

L 6 U 3648/16

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Heilbronn (BWB)

Aktenzeichen

S 5 U 1388/15

Datum

01.09.2016

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 U 3648/16

Datum

04.05.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 1. September 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 12. Juni 2014 Heilbehandlung und Verletztengeld.

Der 1956 geborene Kläger war im Jahr 1993 aus Kasachstan in die Bundesrepublik Deutschland zugezogen. Seit April 2000 ist er bei der Firma BTS Betontechnik Sch. GmbH als Schweißer und Brennschneider beschäftigt. Am 16. November 2011 verletzte er sich nach seinen Angaben beim Umdrehen einer Blechscheibe zum Schweißen den rechten Oberarm. Er arbeitete zunächst weiter und suchte erst am 29. November 2011 einen Durchgangsarzt auf, der eine Ruptur der langen Bizepssehne diagnostizierte. Nachdem der von der Beklagten befragte Beratungsarzt, Chirurg und Orthopäde Dr. K., am 12. März 2012 zu dem Ergebnis gekommen war, dass der Unfallmechanismus nicht geeignet gewesen sei, eine traumatische Ruptur der kräftigen proximalen Bizepssehne zu verursachen, wurde die Heilbehandlung zu Lasten der Beklagten abgebrochen.

Am 12. Juni 2014 zog sich der Kläger erneut eine Verletzung am rechten Oberarm während der Arbeit zu. Am 16. Juni 2014, einem Montag, suchte er deswegen einen Arzt auf. Im Durchgangsarztbericht darüber wurde angeführt, dass er beim Hochhalten eines Bleches ein "Krachen" im rechten Oberarm verspürt hätte und seitdem seinen rechten Arm nicht mehr anheben könne. Zunächst habe er noch versucht zu arbeiten. Das Röntgen der Schulter in zwei Ebenen ließ keine Fraktur oder Luxation erkennen. Es wurde eine Schulterdistorsion rechts diagnostiziert, ein Gilchristverband zur Ruhigstellung des Schultergelenks angelegt und ein Termin für eine Magnetresonanztomographie (MRT) vereinbart.

Diese am 24. Juni 2014 durchgeführte MRT-Untersuchung der rechten Schulter im Klinikum Ludwigsburg ergab eine Omarthrose, einen Humeruskopfhochstand und eine AC-Gelenksarthrose mit konsekutiver subacromialer Enge sowie einen Gelenkerguss. Es bestünde eine Rotatorenmanschettenläsion mit Supraspinatussehnenruptur mit ödematös aufgetriebenen proximalen Sehnenabschnitten und fortgeschrittener Muskelatrophie, insgesamt im Sinne einer Cuff-Arthropathie. Auch die lange Bizepssehne scheine gerissen.

Am 10. September 2014 wurden im Klinikum Ludwigsburg eine diagnostische Arthroskopie der rechten Schulter mit Debridement und eine arthroskopische subacromiale Dekompression (ASAD) durchgeführt. Eine Rekonstruktion der Rotatorenmanschette gelang nicht. Der diesbezügliche Operationsbericht führte eine bereits hochgradig fortgeschrittene Rotatorenmanschettenmassenruptur mit Retraktion Grad 2 bis 3 nach Patte, eine ein- bis zweigradige Chondromalazie im Bereich des Glenoids und u.a. eine bekannte Ruptur der langen Bizepssehne an.

Nachdem der Durchgangsarzt Prof. Dr. A. vom Klinikum Ludwigsburg am 26. September 2014 eingeschätzt hatte, dass die in der MRT festgestellte Omarthrose und die AC-Gelenksarthrose nicht relevant für die Entstehung der Rotatorenmanschettenruptur seien, allerdings bereits Anzeichen einer degenerativen Vorschädigung mit Muskelatrophie Grad II, einem positiven Tangentenzeichen und einer ein- bis zweigradigen Verfettung bestanden hätten, der Unfallhergang mit Anheben eines schweren Metallblechs mit ausgestrecktem Arm nicht grundsätzlich ungeeignet sei, eine Rotatorenmanschettenruptur auszulösen, holte die Beklagte das insoweit blande Vorerkrankungsverzeichnis der klägerischen Krankenkasse sowie eine weitere beratungsfachärztliche Stellungnahme bei Dr. K. ein. Dieser kam am 15. November 2014 zum Ergebnis, dass die Rotatorenmanschette beim Kläger schon länger abgelöst sei. Die Muskulatur sei fettig

umbaut. Bei maximalem Humeruskopfhochstand habe sich eine massive Arthrose des gesamten Schultergelenks gezeigt. Ein geeigneter Mechanismus für einen traumatischen Rotatorenmanschettenschaden habe ebenfalls nicht vorgelegen, so dass die gesamte Behandlung zu Lasten der Krankenkasse durchzuführen sei.

Mit Bescheid vom 17. Dezember 2014 entschied die Beklagte, dass der Kläger wegen der Folgen seines Arbeitsunfalls vom 12. Juni 2014 keinen Anspruch auf Rente, Heilbehandlung oder sonstige Leistungen der Berufsgenossenschaft habe. Die Erwerbsfähigkeit sei nicht um wenigstens 20 vom Hundert (v.H.) gemindert. Der Arbeitsunfall habe zu einer verheilten Zerrung des rechten Schultergelenks ohne unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit geführt. Der Riss der langen Bizeps- und Supraspinatussehne rechts sei unfallunabhängig und nicht durch den Unfall entstanden. Darauf seien die weitere Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit zurückzuführen.

Hiergegen erhob der Kläger mit der Begründung Widerspruch, dass er am 12. Juni 2014 Blechstreifen mit einer Länge von 80 bis 100 cm von unten nach oben gehalten, an einer Säge entlanggezogen und dann mit ausgestreckten Händen gedreht habe. Das schnelle Umdrehen des Bleches habe für den Riss der Supraspinatussehne gesorgt. Aufgrund dieses Unfalls könne er nicht mehr länger seine Arbeit ausüben. Außerdem verwies der Kläger auf das Ereignis vom 16. November 2011, bei dem er sich einen Riss der langen Bizepssehne zugezogen habe, der nicht operiert worden sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25. März 2015 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Der Kläger leide unter einer fortgeschrittenen Arthrose des rechten Schultergelenks mit Oberarmkopfhochstand. Der zur Supraspinatussehne gehörende Muskel sei bereits deutlich zurückgezogen, was auf einen Monate bis Jahre zurückliegenden Vorgang hinweise. Auch die übrigen Sehnenanteile der Rotatorenmanschette seien infolge der langjährigen mechanischen Belastung und dem auf den MRT-Bildern sichtbaren Engpass im Bereich des Schultergelenkes geschädigt. Frische Verletzungen, die auf ein Unfallereignis hinwiesen, seien durch die Arthroskopie im September 2014 nicht bestätigt worden. Unabhängig davon wäre auch der beschriebene Hergang der Ereignisse nicht geeignet gewesen, eine Schädigung im Bereich der Rotatorenmanschette hervorzurufen. Das Halten bzw. Umdrehen eines Bleches könne keine Sehnenbeschädigung hervorrufen. Es handele sich hierbei um eine willentlich ausgeführte Bewegung, bei der die Sehnen im Schulterbereich angespannt seien mögen. Eine unnatürliche Beanspruchung oder Dehnung könne hierdurch nicht eintreten.

Am 27. April 2015 hat der Kläger beim Sozialgericht Heilbronn (SG) Klage erhoben.

Ein zudem gegen die Beklagte beim SG angestregtes Klageverfahren (S 5 U 3286/15) auf Anerkennung einer Berufskrankheit wegen der Schulterprobleme (Bescheid vom 14. Juli 2015, Widerspruchsbescheid vom 1. September 2015) ruht derzeit.

Das SG hat beim Chirurgen, Unfallchirurgen und Orthopäden Dr. D. ein Gutachten eingeholt. Am 8. Mai 2016 hat der Gutachter ausgeführt, dass der Kläger nach seinem Bericht über das Unfallereignis einen Schmerz verspürt habe, als er den rechten Arm über Kopfhöhe angehoben und das Blech durch eine Drehbewegung des Armes an der Bandschleifmaschine nach unten geführt habe. Diese Bewegung stelle aber eine geplante und koordinierte Tätigkeit und physiologische Bewegung dar, die ein ungeeigneter Hergang für die Verletzung der Rotatorenmanschette respektive der Supraspinatussehne sei. Wichtig sei auch, dass die Rotatorenmanschette einem hohen Verschleiß unterliege. Ein Faktor hierfür sei eine Schultergelenks-Arthrose im Sinne eines sog. Engpass-Syndroms. Die Vermessung der Kernspinbilder des Klägers habe einen solchen Engpass ergeben. Folge sei der Oberarmkopfhochstand. Außerdem würden weitere im Kernspintomogramm zur Darstellung kommende krankhafte Veränderungen bei ihm beweisen, dass die Rotatorenmanschettenerreißung nicht dem Ereignis vom 12. Juni 2014 zugeschrieben werden könne, nämlich eine Muskelverschmächtigung, dargestellt durch ein Tangenzzeichen, und eine Muskelverfettung, die durch eine lang bestehende Inaktivität infolge einer Sehnenzerreißung entstehe. Insgesamt bestehe keine Gesundheitsstörung, für die ein Zusammenhang mit dem Ereignis vom 12. Juni 2014 denkbar erscheine.

Der Kläger hat das Gutachten für unzutreffend erachtet und auf die Stellungnahme des ihn behandelnden Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. St. vom 21. Juni 2016 verwiesen. Darin führt dieser aus, dass er den Kläger bezüglich der Arbeitsunfälle zwar nie zeitnah untersucht habe. Nach dem ersten Arbeitsunfall habe er ihn erst wieder 2013 und nach dem zweiten Arbeitsunfall erst wieder Mitte 2015 gesehen. Gleichwohl stelle er fest, dass der Kläger kurz vor dem ersten Arbeitsunfall bezüglich der Schulter offensichtlich völlig beschwerdefrei gewesen sei. Im weiteren Verlauf sei es nun zu einer massiven Schädigung gekommen. Allein der zeitliche Verlauf des Auftretens der Beschwerden im Zusammenhang mit den Unfällen lasse darauf schließen, dass zumindest eine nicht unerhebliche Schädigung der Schulter durch berufliche Überlastungsereignisse angenommen werden müsse.

Mit angekündigtem Gerichtsbescheid vom 1. September 2016 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat sich dabei vor allem auf das Sachverständigengutachten von Dr. D. gestützt. Gegen eine unfallbedingte Rotatorenmanschettenschädigung sprächen die physiologische Tätigkeit, die Schultergelenksarthrose, die Schultergelenksarthrose und der Oberarmkopfhochstand sowie der stark retrahierte Muskel mit fettiger Degeneration. Auch aus der Stellungnahme von Dr. St. ergäben sich keine Gründe, von der Beurteilung des gerichtlichen Sachverständigen abzuweichen. Soweit Dr. St. insbesondere mit dem zeitlichen Ablauf argumentiere, sei auf das Gutachten von Dr. D. zu verweisen, wonach die Befunde Tangenzzeichen und Verfettung der Supraspinatussehnenmuskulatur nicht vereinbar mit einer Zerreißung der Supraspinatussehne 12 Tage vor Durchführung des Kernspintomogramms seien.

Am 30. September 2016 hat der Kläger beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung einlegen lassen. Er kritisiert u.a., dass sich der Gutachter Dr. D. im Wesentlichen auf seine Vorerkrankungen, auf die er die Massentraktur der Rotatorenmanschette zurückführe, beschränkt habe. Auf die Stellungnahme des Prof. Dr. A. vom Klinikum Ludwigsburg vom 26. September 2014 sei er nicht eingegangen.

Auf Antrag des Klägers hat der Senat ein Gutachten nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) beim Orthopäden und Unfallchirurgen Prof. Dr. C. eingeholt. Er hat am 9. Januar 2017 angeführt, dass dieser nach seinen eigenen Angaben bis zum streitigen Unfall niemals Beschwerden in der rechten Schulter gehabt habe. Er habe wegen des früheren Bizepssehnenabrisses nur weniger Kraft gehabt. In Übereinstimmung mit Dr. D. könne der Ablauf der Ereignisse am 12. Juni 2014 jedoch keinem potentiell geeigneten Mechanismus zur Verletzung einer Rotatorenmanschette zugeordnet werden. Es habe vielmehr ein physiologischer Bewegungsablauf vorgelegen, so dass für das Ereignis eine sogenannte Gelegenheitsursache bestehe. Die Symptome wären also bei jeder anderen Tätigkeit des täglichen Lebens in etwa zum gleichen Zeitpunkt aufgetreten. Dies werde durch die röntgenologischen und kernspintomographischen Befunde gestützt. Die zeitnahe zum Ereignis

angefertigten Aufnahmen hätten eine fortgeschrittene Muskelatrophie gezeigt, die nicht innerhalb von 12 Tagen entstehen könne. Die kernspintomographisch gezeigte Cuff-Arthropathie sei ebenfalls als eindeutiges Zeichen eines schon deutlich länger bestehenden Verschleißleidens der Rotatorenmanschette zu werten. Zusammenfassend sprächen die unfallunabhängig vorbestehenden erheblichen degenerativen Veränderungen, der Unfallmechanismus, die nach dem Ereignis gefertigten bildgebenden Aufnahmen sowie auch der Operationsbericht vom September 2014 dagegen, dass die bei dem Kläger nach dem 12. Juni 2014 festgestellten Gesundheitsstörungen auf dieses Ereignis zurückzuführen seien.

Der Kläger hat gegen das Gutachten eingewandt, es sei darin unberücksichtigt geblieben, dass er täglich seine Schulter und Wirbelsäule mit der Schmerzsalbe Voltaren einreibe. Außerdem verweist er erneut darauf, dass er vor dem Unfallereignis am 16. November 2011 keine unfallabhängige deutliche Beeinträchtigung gehabt habe.

Er beantragt (sachdienlich gefasst),

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 1. September 2016 und den Bescheid der Beklagten vom 17. Dezember 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. März 2015 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 12. Juni 2014 Heilbehandlung zu gewähren, sowie die Beklagte zu verurteilen, ihm Verletztengeld zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte tritt der Berufung entgegen. Der angefochtene Gerichtsbescheid sei nicht zu beanstanden.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz, die SG-Akte S 5 U 3286/15 sowie auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden kann ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)), ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143, § 144 SGG](#)), aber unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Die Klage auf Gewährung von "Heilbehandlung" ohne weitergehende Konkretisierung (vgl. dazu LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 23. Oktober 2015 – [L 8 U 1345/14](#) –, juris, Rz. 37) ist sachdienlich (vgl. [§ 123 SGG](#)) als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (vgl. [§ 131 Abs. 3 SGG](#)) zu verstehen gewesen und als solche zulässig. Leistungen der Heilbehandlung stehen nämlich nach [§ 26 Abs. 5 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) im pflichtgemäßen Ermessen der Unfallversicherungsträger, diese Ermessensentscheidung umfasst auch das Ob der Leistung (vgl. BSG, Urteil vom 29. November 2011 – [B 2 U 21/10 R](#) –, juris, Rz. 16; vgl. auch Senatsurteil vom 17. März 2016 – [L 6 U 4796/13](#) –, juris, Rz. 30). Die Klage auf Verletztengeld hingegen ist als Anfechtungs- und Leistungsklage zulässig (vgl. Senatsurteil vom 28. Juli 2016 – [L 6 U 124/14](#) –, juris, Rz. 35). Insoweit liegt auch eine Verwaltungsentscheidung mit dem angegriffenen Bescheid vom 17. Dezember 2014 vor. Der Senat hat den Bescheid der Beklagten nach dem Regelungsgehalt und dem objektivierten Empfängerhorizont (vgl. BSG; Urteil vom 4. Dezember 2014 [B 5 AL 2/14 R](#) –, juris, Rz. 24) dahingehend ausgelegt, dass die Beteiligten übereinstimmend davon ausgehen durften, dass mit der Ablehnung einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit letztlich über einen Verletztengeldanspruch entschieden worden ist (vgl. hierzu auch Senatsurteil vom 21. Mai 2015 – [L 6 U 3246/14](#) –, juris, Rz. 34). Über Arbeitsunfähigkeit als nur einem Element eines möglichen Leistungsanspruches, nämlich des Verletztengeldanspruches, kann nicht im Wege etwa einer Feststellungsklage isoliert entschieden werden (vgl. Urteil des Senats vom 28. Juli 2016 – [L 6 U 124/14](#) –, juris, Rz. 35).

Die im Wege der objektiven Klagehäufung (vgl. [§ 56 SGG](#)) verfolgten Klagebegehren sind jedoch unbegründet.

Nach [§ 26 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) haben Versicherte nach Maßgabe der folgenden Vorschriften und unter Beachtung des Neunten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB IX) Anspruch auf Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, auf ergänzende Leistungen, auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sowie auf Geldleistungen. Die Heilbehandlung umfasst nach [§ 27 Abs. 1 SGB VII](#) insbesondere Erstversorgung, ärztliche Behandlung, zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege, Behandlung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach [§ 26 Abs. 2 Nr. 1](#) und 3 bis 7 und Abs. 3 SGB IX.

Ein Anspruch auf Heilbehandlung im Hinblick auf das inzident im Bescheid vom 17. Dezember 2014 als Arbeitsunfall anerkannte Ereignis vom 12. Juni 2014 besteht nicht; der Unfall hatte keine behandlungsbedürftigen Gesundheitsstörungen zur Folge. Die bestehenden Gesundheitsschäden an der Rotatorenmanschette sind nicht im Sinne des Unfallversicherungsrechts auf das Unfallereignis vom 12. Juni 2014 zurückzuführen.

Die Zurechnung eines Gesundheitsschadens setzt voraus, dass die Verrichtung der versicherten Tätigkeit den Schaden, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten, aber unversicherten (Wirk-)Ursachen, objektiv (mit-)verursacht hat (vgl. dazu und zum Folgenden BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – [B 2 U 9/11 R](#) –, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 31 ff. und Senatsurteil vom 17. März 2016 – [L 6 U 4796/13](#) –, juris, Rz. 36 f.). Für Einbußen der Verletzten, für welche die versicherte Tätigkeit keine (Wirk-)Ursache war, besteht kein Versicherungsschutz und haben die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht einzustehen. (Wirk-)Ursache sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die in Frage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen. Insoweit ist Ausgangspunkt der Zurechnung die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolgs gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel ("conditio-sine-qua-non"). Im Recht der

gesetzlichen Unfallversicherung muss eine versicherte Verrichtung, die im Sinne der "Conditio-Formel" eine erforderliche Bedingung des Erfolges war, darüber hinaus in einer besonderen tatsächlichen und rechtlichen Beziehung zu diesem Erfolg stehen. Sie muss (Wirk-)Ursache des Erfolges gewesen sein, muss ihn tatsächlich mitbewirkt haben und darf nicht nur eine im Einzelfall nicht wegdenkbare zufällige Randbedingung gewesen sein. Ob die versicherte Verrichtung eine (Wirk-)Ursache für die festgestellte Einwirkung und die Einwirkung eine (Wirk-)Ursache für den Gesundheitsschaden (oder den Tod) war, ist eine rein tatsächliche Frage. Sie muss aus der nachträglichen Sicht ("ex post") nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen, gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten, beantwortet werden (vgl. dazu BSG, a. a. O., Rz. 61 ff.). Eine Verrichtung ist jedes konkrete Handeln von Verletzten, das objektiv seiner Art nach von Dritten beobachtbar und subjektiv, also jedenfalls in laienhafter Sicht, zumindest auch auf die Erfüllung des Tatbestandes der jeweiligen versicherten Tätigkeit ausgerichtet ist. Als objektives Handeln der Verletzten kann es erste Ursache einer objektiven Verursachungskette sein. Diese kann über die Einwirkung auf den Körper, über Gesundheitserstschäden oder den Tod hinaus bis zu unmittelbaren oder im Sinne von [§ 11 SGB VII](#), der für die zweite Prüfungsstufe andere Zurechnungsgründe als die Wesentlichkeit regelt, mittelbaren Unfallfolgen reichen, derentwegen das SGB VII Leistungsrechte wie etwa Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorsieht (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 31). Erst wenn die Verrichtung, die möglicherweise dadurch verursachte Einwirkung und der möglicherweise dadurch verursachte Gesundheitsschaden festgestellt sind, kann und darf auf der ersten Prüfungsstufe der Zurechnung, also der objektiven Verursachung, über die tatsächliche Kausalitätsbeziehung zwischen der Verrichtung und der Einwirkung mit dem richterlichen Überzeugungsgrad mindestens der Wahrscheinlichkeit entschieden werden. Es geht hierbei ausschließlich um die rein tatsächliche Frage, ob und gegebenenfalls mit welchem Mitwirkungsanteil die versicherte Verrichtung, gegebenenfalls neben anderen unversicherten (Wirk-)Ursachen, eine (Wirk-)Ursache der von außen kommenden, zeitlich begrenzten Einwirkung auf den Körper von Versicherten war (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 32). Zweitens muss der letztlich durch die versicherte Verrichtung mitbewirkte Schaden rechtlich auch unter Würdigung unversicherter Mitursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich der begründeten Versicherung fallenden Gefahr, eines dort versicherten Risikos, zu bewerten sein. Denn der Versicherungsschutz greift nur ein, wenn sich ein Risiko verwirklicht hat, gegen das die jeweils begründete Versicherung Schutz gewähren soll (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 33). Wird auf der ersten Stufe die objektive (Mit-)Verursachung bejaht, indiziert dies in keiner Weise die auf der zweiten Stufe der Zurechnung rechtlich zu gebende Antwort auf die Rechtsfrage, ob die Mitverursachung der Einwirkung durch die versicherte Verrichtung unfallversicherungsrechtlich rechtserheblich, also wesentlich, war. Denn die unfallversicherungsrechtliche Wesentlichkeit der (Wirk-)Ursächlichkeit der versicherten Verrichtung für die Einwirkung muss eigenständig rechtlich nach Maßgabe des Schutzzweckes der jeweils begründeten Versicherung beurteilt werden (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 34). Sie setzt rechtlich voraus, dass der Schutzbereich und der Schutzzweck der jeweiligen durch die versicherte Verrichtung begründeten Versicherung durch juristische Auslegung des Versicherungstatbestandes nach den anerkannten Auslegungsmethoden erkannt werden. Insbesondere ist festzuhalten, ob und wie weit der Versicherungstatbestand gegen Gefahren aus von ihm versicherten Tätigkeiten schützen soll (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 16/11 R](#) -, [BSGE 111, 52](#) (55 f.)). Nur wenn beide Zurechnungskriterien bejaht sind, erweist sich die versicherte Verrichtung als wesentliche Ursache (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 37). Diese Voraussetzungen müssen insbesondere für jeden einzelnen Gesundheitserstschaden erfüllt sein. Ein solcher ist jeder abgrenzbare Gesundheitsschaden, der unmittelbar durch eine versicherte Einwirkung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde, die durch ein- und dieselbe versicherte Verrichtung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde. Es handelt sich also um die ersten voneinander medizinisch abgrenzbaren Gesundheitsschäden, die infolge ein- und derselben versicherten Verrichtung eingetreten sind (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 39).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweiswürdigung des Berufungsgerichts als Tatsacheninstanz bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, welche die Tatbestandsmerkmale "Unfallereignis" und "Gesundheitsschaden" der haftungsausfüllenden Kausalität bei unmittelbaren Unfallfolgen oder die Tatbestandsvoraussetzungen nach [§ 11 SGB VII](#) erfüllen sollen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Der Gesundheitsschaden muss darüber hinaus nicht nur sicher feststehen. Er muss auch durch Einordnung in eines der gängigen Diagnosesysteme (z. B. ICD-10) unter Verwendung der dortigen Schlüssel exakt bezeichnet werden können (vgl. BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 31/11 R](#) -, juris, Rz. 18). Demgegenüber genügt für den Nachweis des naturphilosophischen Ursachenzusammenhangs zwischen diesen Voraussetzungen der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 31. Januar 2012 - [B 2 U 2/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 43, Rz. 17).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hält es der Senat nicht für hinreichend wahrscheinlich, dass das Unfallereignis vom 12. Juni 2014 die Massenerreißung der Rotatorenmanschette und die bis heute bestehenden Gesundheitsschäden u. a. mit deutlich eingeschränkter Beweglichkeit hervorgerufen hat. Das hat das SG zutreffend in Auswertung des gerichtlichen Sachverständigengutachtens von Dr. D., dem sich im Berufungsverfahren der Gutachter Prof. Dr. C. in seiner Begründung und im Ergebnis ausdrücklich angeschlossen hat, begründet.

Beim Kläger sprechen die überzeugenderen Argumente dafür, dass eine beachtliche Vorschädigung der rechten Schulter bestand. Hierfür bereits der Umstand hin, dass ein geeigneter Unfallmechanismus für die Verletzung der Rotatorenmanschette fehlt. Die diesbezüglichen Ausführungen der Sachverständigen Dr. D. und Prof. Dr. C. befinden sich im Einklang mit der herrschenden wissenschaftlich-medizinischen Lehrmeinung dazu, welche traumatischen Ereignisse geeignet sind, wesentlich im Sinne der unfallrechtlichen Kausalitätslehre eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen. Hierzu wird in Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 429 ff., ausgeführt, dass ein Riss bzw. Teileinriss der Supraspinatussehne, d.h. der Riss der Rotatorenmanschette, durchaus traumatisch bedingt sein kann. Allerdings darf, um einen geeigneten Verletzungsmechanismus annehmen zu können, der Unfallhergang nicht bloß aus einer aktiven Tätigkeit, die zu einer abrupten aber planmäßigen Muskelkontraktion führt (Heben, Halten, Werfen), bestehen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 433). Beim Kläger traten die Schmerzen in der Schulter und Arm am 12. Juni 2014 beim aktiven Anheben und Drehen eines Bleches auf. Eine solcher bloßer physiologischer Bewegungsablauf ohne Sturz, passive Traktion des Armes oder starke plötzliche Schulterverdrehung ist nach den genannten Ausführungen der medizinischen Wissenschaft nicht geeignet, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen. Das Zusammenspiel von Muskel, Sehne und Knochen setzt eine abgestimmte Belastbarkeit der Einzelkomponenten voraus, so dass bereits ein Heben oder Halten gerade nicht die streitige Ruptur hervorrufen kann (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 433). Auch von Schiltenswolf/Hollo, (Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 6. Auflage 2013, S. 733 f.) werden aktive Kraftanstrengungen, z.B. beim kontrollierten Anheben von Lasten, als ungeeignete Verletzungsmechanismen angesehen. Dies gilt selbst bei plötzlichen Muskelanspannungen bei dem Halte- oder Drehvorgang des Armes, da die in den Muskeln der Rotatorenmanschette entwickelten Kräfte dann zu gering sind (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 433).

Der Einschätzung von Prof. Dr. A. in seinem Schreiben vom 26. September 2014 ist daher nicht zu folgen. Durch das Anheben und Drehen

eines schweren Metallbleches kommt es nicht zu einer unphysiologischen Krafteinleitung auf den Sehnenansatz. Vielmehr lag beim Bewegen des Bleches eine geplante, kontrollierte und aktive Kraftanstrengung vor.

Auch aus der im Klageverfahren vorgelegten Stellungnahme von Dr. St. ergeben sich keine Gründe, von der Beurteilung beider Sachverständigen abzuweisen. Dr. St. setzt sich nicht näher mit der einschlägigen wissenschaftlich-medizinischen Literatur, die gerade bei den Ursachen einer Rotatorenmanschettenruptur eine erhebliche Bedeutung hat, auseinander. Soweit Dr. St. vor allem darauf abstellt, dass die Schulterbeschwerden beim Kläger erst im zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis aufgetreten seien und dieser vorher beschwerdefrei gewesen sei, ist hierbei hervorzuheben, dass Dr. D. und Prof. Dr. C. überzeugend auf die zeitlich zum Ereignis vom 12. Juni 2014, nämlich am 24. Juni 2014, gefertigten Kernspinaufnahmen verwiesen haben, die eine fortgeschrittene Muskelatrophie und eine sogenannte Cuff-Arthropathie objektivierten. Beide sind Zeichen eines bereits länger, d.h. nicht erst 12 Tage bestehenden Verschleißleidens. Die Cuff-Arthropathie ist, wie Prof. Dr. C. ausführt, ein vorangeschrittenes Verschleißleiden des Schulterhauptgelenks, welche unter anderem dadurch charakterisiert ist, dass der Oberarmkopf höher treten kann, weil die zentrierende Kraft der Rotatorenmanschette (Cuff) infolge massiver Ausdünnung und/oder Rissbildung schon länger nicht mehr wirksam ist. Dass der Kläger Dr. St. zu Folge also vor dem Ereignis am 12. Juni 2014 noch keine Schulterbeschwerden gespürt haben mag, steht dem Ergebnis der Gutachter nicht entgegen. Denn dies bedeutet nicht, dass keine Schulterverletzung bestanden hatte. Eine Degeneration kann bis zu dem Ereignis stumm bleiben; eine leere Anamnese schließt weder einen Vorschaden noch eine Schadensanlage aus (vgl. hierzu LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 23. Oktober 2015 – [L 8 U 1345/14](#) –, juris, Rz. 47).

Der Senat sieht sich auch dadurch bestätigt, dass in dem Zwischenbericht des Klinikums Ludwigsburg vom 6. September 2014 unter Bezugnahme auf die Schulter-MRT rechts eine Muskelverfettung zweiten Grades und ein Tangenzteichen aufgeführt wurden, worauf im Übrigen auch Prof. Dr. A. in seinem Schreiben vom 26. September 2014 hinweist. Dieser Befund deutet auf einen erheblichen, älteren Gesundheitsschaden hin, der bereits vor dem 12. Juni 2014 aufgetreten sein musste, da erst durch eine lang bestehende Inaktivität z.B. infolge einer Sehnenzerreißung die Muskelzellen durch Fettgewebe ersetzt werden. Das Tangenzteichen bestätigt die Atrophie des Muskulus supraspinatus bei einer lange bestehenden vollständigen Ruptur der Rotatorenmanschette. Hierzu wird eine Verbindungslinie zwischen oberer Begrenzung des Schulterblattes und des Rabenschnabelfortsatzes, einem Knochenvorsprung im Schulterblatt, gezogen. Wenn, wie beim Kläger, der Muskelbauch unterhalb dieser Verbindungslinie liegt, deutet dies auf eine Atrophie hin, wie Dr. D. schlüssig herausgearbeitet hat.

Dazu passt auch, dass der Operationsbericht vom 10. September 2014 chondromalazische Veränderungen und eine fehlende Rekonstruierbarkeit der Sehne beschreibt. Dies belegt hinreichend deutlich eine ältere (degenerative) Rotatorenmanschettenläsion (vgl. hierzu Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 435), die bereits vor dem Unfall am 12. Juni 2014 bestanden hatte.

Soweit Kläger zuletzt in seiner Berufungsbegründung auf das frühere Ereignis vom 16. November 2011 und die dortige Bizepssehnenruptur abstellt, ist diese Begebenheit nicht Gegenstand des hiesigen Verfahrens, worauf bereits das SG zutreffend hingewiesen hat. Vorliegend sind alleine die Ansprüche aus dem Unfall vom 12. Juni 2014 streitig. Ob er, wie von ihm angeführt, vor dem Unfallereignis am 16. November 2011 keine unfallabhängigen Beeinträchtigungen gehabt hatte, ist insoweit nicht von Relevanz.

Dass er schließlich täglich seinen Rücken und seine Schulter mit schmerzlindernden Salben behandelt, führt ebenfalls nicht weiter, da es keinen Hinweis auf die hier im Unfallversicherungsrecht zu klärende Frage der Verursachung gibt.

Mithin hat er im Hinblick auf das Ereignis vom 12. Juni 2014 keinen Anspruch auf Heilbehandlung. Nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. D. und Prof. Dr. C. liegen und lagen keine unfallbedingten Gesundheitsstörungen bei ihm vor, so dass auch keine diesbezügliche Behandlungsbedürftigkeit vorgelegen hat.

Der Kläger hat ferner keinen Anspruch auf Verletztengeld.

[§ 45 SGB VII](#) regelt die Voraussetzungen für den Anspruch auf Verletztengeld. Der Anspruch auf Verletztengeld setzt neben der Arbeitsunfähigkeit auf Grund eines Versicherungsfalls (Nr. 1) den Vorbezug von Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder Entgeltersatzleistungen (Nr. 2) voraus. Der Anspruch auf Verletztengeld endet mit dem letzten Tag der festgestellten Arbeitsunfähigkeit ([§ 46 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VII](#)). Der Tatbestand der Arbeitsunfähigkeit i.S.d. gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung ist im Wesentlichen deckungsgleich (BSG, Urteil vom BSG vom 5. Juli 2005 – [B 2 U 10/04](#) – [SozR 4-2700 § 46 Nr. 1](#)). Maßstab für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ist danach die zuletzt vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit konkret ausgeübte Beschäftigung.

Bei dem Kläger fehlt es bereits an dem erforderlichen Nachweis der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit aufgrund des Ereignisses vom 12. Juni 2014. Arbeitsunfähigkeit setzt voraus, dass der Arbeitsunfall eine Beeinträchtigung des Arbeitsvermögens hervorgerufen hat, entweder durch einen unfallbedingten Gesundheitserst- oder einen damit im Ursachenzusammenhang stehenden Gesundheitsfolgeschaden. Die unfallversicherungsrechtliche Zurechnung verlangt, dass die Verrichtung der versicherten Tätigkeit den Schaden, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, objektiv (mit-)verursacht hat. Für Einbußen der Verletzten, für welche die versicherte Tätigkeit keine (Wirk-)Ursache war, besteht schlechthin kein Versicherungsschutz und haben die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht einzustehen.

Nach obigen Ausführungen fehlt bereits eine unfallbedingte Gesundheitsstörung, die eine Beeinträchtigung des Arbeitsvermögens und damit Arbeitsunfähigkeit herbeigeführt haben könnte. Damit steht dem Kläger kein Anspruch auf Verletztengeld zu.

Die Berufung des Klägers ist daher zurückzuweisen, wobei die Kostenentscheidung auf [§ 193 SGG](#) beruht.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB
Saved
2017-05-24