

L 2 U 206/12

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Regensburg (FSB)

Aktenzeichen

S 7 U 5029/11

Datum

10.04.2012

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 206/12

Datum

24.07.2013

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Der Sturz direkt auf die Schulter, ohne dass es zu Abstützbewegungen gekommen ist, stellt keinen Unfallmechanismus dar, der geeignet wäre, einen Riss der Rotatorenmanschette zu verursachen.

I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 10. April 2012 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Parteien ist streitig, ob eine Komplettruptur der rechten Supraspinatussehne als Folgen des Arbeitsunfalls vom 28.12.2009 im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) anzuerkennen ist.

Die 1969 geborene Klägerin erlitt am 28.12.2009 einen Unfall, als sie im Rahmen ihres landwirtschaftlichen Betriebes auf Glatteis ausrutschte. Sie hat angegeben, zügig gegangen zu sein, weil sie sich sicher gewesen sei, dass es an der Stelle nicht glatt wäre. Sie trug eine Schaufel Schrot in der rechten Hand, die sie auch beim Sturz nicht losgelassen habe, wobei jedoch der Schrot in hohem Bogen verstreut wurde. Es habe ihr schlagartig die Beine nach links weggezogen, so dass sie keine Gelegenheit gehabt habe, um sich abzustützen, sondern direkt auf die rechte Schulter gefallen sei.

Die Klägerin hat angegeben, sie habe durch den Sturz sofort starke Schmerzen in der rechten Schulter bekommen und habe nicht mehr weiterarbeiten können. Sie sei von einer starken Prellung ausgegangen, und wollte erst einmal abwarten. Sie habe in den nächsten Tagen weitergearbeitet, aber vorwiegend mit der linken Hand. Da sie aber nach fast 10 Tagen ihren rechten Arm immer noch nicht heben konnte und die Schmerzen nicht besser wurden, sei sie zum Arzt gegangen.

Laut H-Arzt-Bericht Dr. L. vom 11.01.2010 hatte sich die Klägerin bei dem Unfall eine "Kontusion rechte Schulter mit Supraspinatus- und langem Bizepssyndrom" zugezogen. Eine Sonographie der rechten Schulter habe eine vermehrte Echogenität im Bereich der Rotatorenmanschette gezeigt, aber keine sichere Konturunterbrechung. Der Jobe-Test sei rechts positiv mit Schmerzverstärkung bei Beugung des rechten Armes gegen den Widerstand. Es finde sich ein Druckschmerz im Insertionsbereich der Supraspinatussehne mit schmerzhaftem Bogen, ein Druckschmerz auch im Verlauf der langen Bizepssehne.

Der Radiologe Dr. I., führte am 29.01.2010 eine Magnetresonanztomographie (MRT) der rechten Schulter durch und gab in seinem Bericht vom 01.02.2010 folgenden Befund an: Distensionszeichen distaler Verlauf des M. supraspinatus ohne transmurales Rupturkorrelat, keine ossären Destruktionsnachweise, kein knöcherner Band- oder Sehnenriss, meniskoide Form des Labrum glenoidale, schräg stehende Acromionvariation mit caudal betonter AC-Gelenksarthrose und beginnender Stenosierung des subacromialen Raumes (fragliches Impingement).

Mit Bescheid vom 20.05.2010 erkannte die Beklagte eine Prellung der rechten Schulter als Folge des Arbeitsunfalls vom 28.12.2009 an.

Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit wurde für die Zeit vom 28.12.2009 bis zum 20.01.2010 anerkannt. Für die seit dem 21.01.2010 ärztlich behandelten Beschwerden im Bereich der rechten Schulter werde eine Entschädigung nicht gewährt, weil diese nicht Folgen des Arbeitsunfalls vom 28.12.2009 seien.

Der dagegen am 07.06.2010 erhobene Widerspruch wurde aufgrund einer Stellungnahme des Dr. F. vom 13.06.2010 mit Widerspruchsbescheid vom 14.07.2010 zurückgewiesen.

Im August 2010 begab sich die Klägerin in die Behandlung des auf Schultererkrankungen spezialisierten Orthopäden und Unfallchirurgen PD Dr. Dr. C. ... Die Klägerin gibt an, dieser habe sofort anhand der auf Datenträger mitgebrachten MRT-Aufnahme vom 29.01.2010 erkannt, dass es sich um eine Teiltraktur der Supraspinatussehne gehandelt habe.

Am 16.11.2010 führte Dr. C. eine arthroskopische Operation des rechten Schultergelenks durch und stellte eine "kleinere Komplettraktur der Supraspinatussehne B 1 anterior mit Auffaserungen/ partiell pasta-artig" fest, was mit einem ein Jahr zuvor stattgefundenen Trauma vereinbar sei. Die Bursa subacromialis habe eine deutliche Bursitis aufgewiesen bei deutlicher subacromialer Stenose anterolateral. Als Therapie seien eine Bursektomie subacromial und eine Dekompression der subacromialen Stenose sowie eine Naht der Supraspinatussehne unter Setzen eines Titan-Ankers vorgenommen worden.

Am 18.11.2010 beantragte die Klägerin eine bei der Beklagten "nochmalige Überprüfung" mit der Begründung, dass Dr. C. zwischenzeitlich eine kleinere Komplettraktur der Supraspinatussehne festgestellt habe. Dr. I. habe eine eindeutige Fehldiagnose gestellt.

Die Beklagte holte die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. D. ein, der am 06.12.2010 ausführte, dass eindeutig eine reine Prellung der rechten Schulter vorgelegen habe ohne Abstützung durch den rechten Arm, wie die Klägerin selbst geschildert habe, und dass nach der Literatur ein reines Aufpralltrauma nicht geeignet sei, eine intakte Rotatorenmanschette zu zerreißen.

Mit Bescheid vom 08.12.2010 lehnte die Beklagte die Rücknahme des Bescheides vom 20.05.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.07.2010 ab. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass ein für eine Rotatorenmanschettenverletzung ungeeigneter Unfallhergang vorgelegen habe und mit großer Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass vorbestehende degenerative Veränderungen die festgestellte Sehnenruptur verursacht hätten.

Gegen diese Entscheidung hat die Klägerin am 22.12.2010 Widerspruch eingelegt und nachfolgend damit begründet, dass bei ihr keine wesentlichen degenerativen Veränderungen vorgelegen hätten, das Verhalten nach dem Unfall für eine traumatische Sehnenruptur spreche und die Möglichkeit bestehe, dass doch ein "Verreißen der Schulter" erfolgt sei.

Die Beklagte holte daraufhin ein Gutachten von Prof. Dr. N./ Dr. M. vom 13.04.2011 ein, die einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem angeschuldigten Ereignis und der Rotatorenmanschettenruptur bejahten. Der Befund sei ohne äußere Einwirkung nicht vorstellbar. Im Rahmen des Unfalls vom 28.12.2009 sei es zu einer ausgeprägten Kontusion und ggf. auch Distorsion des rechten Schultergelenks gekommen. So wie die kernspintomographischen Aufnahmen vom 29.01.2010 zu befunden seien, sei am ehesten davon auszugehen, dass es zumindest zu einer Partialruptur der rechten Supraspinatussehne gekommen sei, wenngleich diese natürlich nur einen Teil der Rotatorenmanschette ausmache, die bekanntlich ja aus vier Sehnenzügen in Summa bestehe, wenngleich die Supraspinatussehne eine sehr wichtige und fast als führend anzugebende Sehne darstelle. Infolgedessen sei davon auszugehen, dass der Unfall vom 28.12.2009 auch eine partielle Ruptur der rechten Supraspinatussehne induziert habe.

Der Beratungsarzt Dr. F. hat in seiner Stellungnahme vom 27.05.2011 dem Gutachten von Prof. Dr. N. unter Hinweis auf einen ungeeigneten Unfallhergang sowie die zum Unfallzeitpunkt bereits vorhandenen degenerativen Veränderungen und eine deutliche subacromiale Enge widersprochen. Außerdem sei schon am 11.01.2010 ein Humeruskopfhochstand beschrieben worden, was bei einer traumatischen Ruptur erst Monate nach dem Unfall zu erwarten gewesen wäre.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21.07.2011 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 08.12.2010 als unbegründet zurück.

Dagegen hat die Klägerin am 03.08.2011 beim Sozialgericht (SG) Regensburg Klage erhoben. Das SG hat die Unfallfallakte der Beklagten sowie Röntgen- und CT-Bilder der behandelnden Ärzte beigezogen und den Facharzt für Chirurgie und Sportmedizin Dr. D. mit der Erstellung eines Gutachtens nach ambulanter Untersuchung der Klägerin beauftragt.

Der Sachverständige Dr. D. ist in seinem Gutachten vom 27.12.2011 zu dem Ergebnis gekommen, dass die Klägerin bei dem Unfall vom 28.12.2009 lediglich eine Prellung der rechten Schulter erlitten habe mit Arbeitsunfähigkeit bis 20.01.2010. Eine messbare Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei nicht verblieben. Der Sachverständige stützt sich dabei auf fünf Argumente:

1. Der Unfall sei nicht geeignet gewesen, Teile der Rotatorenmanschette unphysiologisch zu belasten.

Der Sturz auf die rechte Schulter habe nur zu einer Prellung des Schultergelenks führen können. Verletzungen an der Rotatorenmanschette träten auf, wenn diese plötzlich passiv über ihre Zerreißgrenze hinaus gedehnt würde. Dies sei bei einem direkten Trauma nicht der Fall, da die tieferliegenden Strukturen des Schultergelenks durch das knöcherne Gerüst des Schultergelenks und den dicken Deltamuskel geschützt würden. Erst wenn diese Strukturen verletzt würden, könne es auch zu Schäden an der Rotatorenmanschette kommen. Derartige Begleitschäden müssten aber vier Wochen nach dem Ereignis im MRT nachweisbar sein. Bei einem Anpralltrauma könne eine Sehne nicht passiv überdehnt werden und deshalb nicht zerreißen.

2. Im Erstbefund seien keine Bewegungseinbußen festgestellt worden, die mit einem Rotatorenmanschettschaden vereinbar wären. In diesem Bericht werde keine Bewegungseinschränkung beschrieben. Ein Druckschmerz liege am Ansatz der Supraspinatussehne vor mit einem schmerzhaften Bogen sowie an der langen Bizepssehne. Rupturen an der Rotatorenmanschette hätten zumindest zu einer Bewegungseinschränkung im Schultergelenk führen müssen, entsprechend den Aufgaben der vier Sehnen der Rotatorenmanschette.

3. Weder im Ultraschall vom 08.01.2010 noch im Kernspintomogramm vom 29.01.2010 sei eine Defektbildung an der Rotatorenmanschette zu erkennen gewesen. Defektzeichen seien an allen vier Teilen der Rotatorenmanschette nicht feststellbar gewesen, auch die lange Bizepssehne sei intakt gewesen. Ein Knochenödem als Begleitschaden einer Teilverrenkung im Schultergelenk sei nicht ersichtlich gewesen.

Es hätten auch Begleitverletzungen wie Einblutungen in den Kapselbandapparat oder in andere Begleitstrukturen gefehlt, abgesehen von einem Ödem am Supraspinatusmuskel, der oberhalb der Schulterblattgräte liege und bei einem Sturz von außen verletzbar sei.

4. Die Klägerin habe mit der verletzten Schulter noch weitergearbeitet und habe erst 10 Tage danach den erstbehandelnden Orthopäden aufgesucht. Bei Ruptur einer so wichtigen Sehne der Rotatorenmanschette wäre zu erwarten gewesen, dass der Funktionsverlust des Schultergelenks so ausgeprägt war, dass zumindest 1 oder 2 Tage später ein Arzt aufgesucht worden wäre.

5. Es habe vor dem Unfall bereits eine Schadensanlage vorgelegen, die sowohl im MRT als auch im Operationsbericht geschildert werde, nämlich eine Arthrose des Eckgelenks, eine Tendinose der langen Bizeps- und der Supraspinatussehne und eine Einengung des subakromialen Raumes, der sogar intraoperativ erweitert werden musste im Wege einer Akromioplastik.

Die Klägerin hat erstinstanzlich beantragt, den Bescheid der Beklagten vom 08.12.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.07.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihren Bescheid vom 20.05.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.07.2010 insoweit zurückzunehmen, als der Riss der Rotatorenmanschette nicht als Folge des Unfalls vom 28.12.2009 anerkannt wurde, den Riss der Rotatorenmanschette als Folge des Unfalls anzuerkennen und der Klägerin Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v. H. zu gewähren.

Das SG hat mit Gerichtsbescheid vom 10.04.2012 (Az. [S 7 U 5029/11](#)) die Klage gegen den Bescheid vom 08.12.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.07.2011 abgewiesen. Die zulässige Klage sei unbegründet. In den Gründen hat es sich dem Gutachten des Sachverständigen Dr. D. angeschlossen.

Die Klägerin hat gegen den Gerichtsbescheid, der ihr am 04.05.2012 zugestellt worden war, am 21.05.2012 beim Bayerischen Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt.

Auf Antrag der Klägerin hat das LSG das Gutachten des Orthopäden und Unfallchirurgen PD Dr. C. vom 24.09.2012 eingeholt. Dieser hat ausgeführt, die ihm vorliegende Fremdaufnahmen einer Kernspintomographie der rechten Schulter vom 29.01.2010 zeigten im Ansatzbereich der Supraspinatussehne eine deutliche Signalanreicherung mit Unterbrechung der Sehnenstruktur. Es handle sich dabei um einen teilweisen Riss der Rotatorenmanschette, der nach Ellmann eingeteilt werden könne in Stadium I-II (knapp 50 % der Sehnendicke betreffend).

Mit großer Wahrscheinlichkeit liege auch ein geeigneter Verletzungsmechanismus vor. Bei einem plötzlichen Sturz bzw. einem Wegreißen der Beine, wie von der Klägerin beschrieben, könne mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit immer von einer reflexartigen Abstützreaktion ausgegangen werden. Es könne davon ausgegangen werden, dass der Klägerin der genaue Unfallmechanismus aufgrund des Schreckmoments nicht ersichtlich sei. Mit großer Wahrscheinlichkeit sei es im Rahmen einer unbewussten, reflexartigen Abstützreaktion zu einem der beiden folgenden Ereignisabläufe gekommen, die jeweils geeignete Verletzungsmechanismen darstellten: entweder zu einer passiv forcierten Außen- oder Innenrotation bei anliegendem oder abgespreiztem Arm (ähnlich dem Sturz von der Treppe mit dem Versuch, den Fall durch Festhalten aufzuhalten) oder zu einer axialen Stauchung etwa nach oben/vorne (ähnlich dem ausgestreckten Sturz auf einen nach hinten ausgestreckten Arm). Im Übrigen lägen experimentelle und wissenschaftlich beweisende Studien zu tatsächlich geeigneten Abläufen und Belastungen ohnehin nicht vor.

Die Klägerin habe sofort nach dem Ereignis starke Schmerzen verspürt, aber zunächst abgewartet. Sie sei nach zehn Tagen zum Arzt gegangen, weil sie den rechten Arm immer noch nicht heben konnte. Bei der Erstuntersuchung sei der Jobe-Test, also der Versuch, den Arm horizontal zu halten, als positiv dokumentiert, ferner sei eine Schmerzverstärkung bei Beugung des rechten Armes gegen den Widerstand dokumentiert worden. Damit liege der typische Verlauf eines unfallbedingten, frischen Risses der Rotatorenmanschette vor: Im Moment des Unfallereignisses spüre der Verletzte meist einen "reißenden" Schmerz. Nach einigen Tagen komme es zu einer Verbesserung des Schmerzes, und im Vordergrund stünden dann die Einschränkung der aktiven Beweglichkeit, die Minderung der Kraft und die nächtlichen Schmerzen. Ein Arztbesuch erfolge meist sofort oder innerhalb von einigen Tagen. Für einen Zeitraum von etwa ein bis drei Monaten nach einem Ereignis könnten dann 95 % der Patienten mit einem unfallbedingten Riss der Rotatorenmanschette den Arm nicht mehr aktiv über die Horizontale heben. Dies sei bei der Klägerin der Fall gewesen.

Ein zeitnahe Zusammenhang zwischen Unfallereignis und dem Auftreten von Beschwerden und der Erstvorstellung bei einem Arzt sei zu fordern. Das Fortsetzen der Arbeit nach einem Unfallereignis schließe jedoch eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette nicht aus. Leichtere körperliche Tätigkeiten oder Bürotätigkeiten könnten oft noch durchgeführt werden. Jedoch sei davon auszugehen, dass ein Versicherter mit einem frischen Riss der Rotatorenmanschette innerhalb von 3 bis 7 Tagen einen Arzt aufsuche. Ein Arztbesuch innerhalb von drei Tagen sei als Pro-Kriterium zu werten. Kein Arztbesuch innerhalb von einem Monat sei der Beweis gegen die Kausalität. Hier sei ein Arztbesuch nach zehn Tagen erfolgt. Dies sei spreche zwar grundsätzlich eher gegen einen kompletten frischen Riss der Rotatorenmanschette, zu berücksichtigen sei jedoch, dass der Riss anfänglich nicht komplett gewesen sei, dass nach seiner langjährigen Erfahrung Personen, die in der Landwirtschaft und sonstigen Berufen mit hoher körperlicher Belastung arbeiten, eine hohe Schmerzschwelle aufwiesen und dass - wie die Klägerin ihm gegenüber angegeben habe - der Unfall zwischen Weihnachten und Neujahr stattfand und die Klägerin wegen der Schließung der lokalen Arztpraxis einen Arztbesuch vermieden habe.

Die Frage, ob die Ruptur der Rotatorenmanschette traumatisch oder degenerativ bedingt gewesen sei, könne nicht allein aufgrund der Kernspintomographie entschieden werden. Ein Erguss und ein Knochen-Ödem (bone bruise) mit signalreicher Darstellung wiesen auf eine unfallbedingte Schädigung hin. Im vorliegenden Fall habe ein geringes Knochenödem festgestellt werden können.

Im MRT vom 29.01.2010 sei ein teilweiser Riss der Rotatorenmanschette (unter 50 % der Sehnendicke) nachgewiesen worden.

Unfallereignisse führten - wie hier - häufig zu größeren teilweisen Rissen der Rotatorenmanschette, die dann im Lauf der Zeit bei anhaltender Belastung größer bzw. zu kompletten Rissen würden, wozu der Sachverständige auf zwei Quellen in der wissenschaftlichen Literatur verweist.

Die bei der Arthroskopie am 16.11.2010 festgestellte "pasta-artige" Riss-Form (mit längsgerissenen Fasern) sei mit einem ein Jahr zuvor stattgefundenen Unfall vereinbar. Diese Riss-Form spreche auch für eine Vergrößerung eines Teil-Risses im Lauf der Zeit. Degenerative Veränderungen hätten im MRT vom 29.01.2010 noch nicht festgestellt werden können.

Die Kläger habe bis zu dem Unfallereignis niemals Beschwerden in der rechten Schulter gehabt. Auch aus den Akten seien Hinweise auf eine Vorschädigung nicht ersichtlich.

Die in der Kernspintomographie vom 29.01.2010 festgestellte geringe Arthritis des Schultergelenks (Akromioklavikulargelenks) habe keine Beschwerden verursacht und sei nicht als relevante Degeneration zu werten, sie stehe in keinem Zusammenhang mit dem Riss der Rotatorenmanschette.

Bezüglich des Gutachtens von Dr. D. sei zu kritisieren, dass dieser behaupte, dass ein Knochenödem in der Kernspintomographie vom 29.01.2010 nicht nachweisbar gewesen sei. Dies sei nicht richtig; er verweise auf seine obigen Ausführungen. Weiter habe Dr. D. unrichtig festgestellt, dass bei der Erstuntersuchung keine auffälligen Befunde dokumentiert worden seien. Schließlich habe Dr. D. zu Unrecht als degenerativen Vorschaden gewertet, dass im Rahmen der Operation die subakromiale Enge beseitigt worden sei. Vielmehr sei es ein übliches Verfahren, jede subakromiale Enge, die häufig vorliege, im Rahmen jeder arthroskopischen Operation zu beseitigen. Hierauf könne nicht auf eine den Riss der Rotatorenmanschette begünstigende Vorschädigung geschlossen werden.

Die Klägerin sei vom 28.12.2009 bis zum 31.01.2010 und vom 16.11.2010 bis zum 10.01.2011 unfallbedingt arbeitsunfähig gewesen. Die Behandlungsbedürftigkeit habe zuletzt bis zum 10.01.2011 bestanden. Die MdE habe sich vom 28.12.2009 bis zum 31.01.2010 auf 50 %, vom 01.02.2010 bis zum 15.11.2010 auf 20 %, vom 16.11.2010 bis zum 31.12.2010 auf 100 %, vom 01.01.2011 bis zum 31.05.2011 auf 20 % und ab dem 01.06.2011 auf 10 % belaufen.

Der Beratungsarzt Dr. F. hat zum Gutachten des Dr. C. mit Schreiben vom 10.11.2012 dahingehend Stellung genommen, dass die im Gutachten diskutierten Mechanismen bezüglich weiterer Unfallhergänge rein spekulativer Natur seien und nicht durch entsprechende Verletzungszeichen (Blutergüsse an Arm und Schulter) bestätigt würden. Adäquate Begleitverletzungen an Bandstrukturen, der Gelenkpfanne oder am Oberarmkopf würden nicht bestätigt. Ein im MRT vom 29.01.2010 beschriebenes geringes Knochenödem stelle keine eindeutige Begleitverletzung dar.

Der Sachverständige Dr. D. ist in seiner ergänzender Stellungnahme vom 08.01.2013 auf das Gutachten des Dr. C. eingegangen. Dr. C. beschreibe korrekt die Unfallmechanismen, die zu einer Rotatorenmanschettenruptur führen könnten. Die Annahme, dass ein solcher Unfallmechanismus vorgelegen habe, ohne dass er jemals beschrieben worden sei, sei jedoch rein spekulativ. Soweit Dr. C. auf den positiven Jobe-Test rechts verweise, sei ihm entgegenzuhalten, dass der Orthopäde L. zusätzlich von einem schmerzhaften Bogen im rechten Schultergelenk spreche, was bedeute, dass der Arm beim seitlichen Hochführen ab einem rechten Winkel schmerze. Es habe also entweder eine nur leichtgradige oder kaum eingeschränkte Beweglichkeit im rechten Schultergelenk vorgelegen, die für keinen ernsthaften Befund spreche. Nicht korrekt sei weiter, dass der Orthopäde L. sonographisch eine Rissbildung festgestellt habe, vielmehr laute der Befund, dass keine sichere Konturunterbrechung vorliege. Im MRT-Befund vom 29.01.2010 habe der Radiologe ausdrücklich eine Ruptur des M. supraspinatus verneint. Dies widerspreche den Angaben des Dr. C. ...

Bei einem Sturz direkt auf das Schultergelenk selbst käme allenfalls ein Verrenkungsmechanismus in Frage, der zu einem Schaden an der Rotatorenmanschette hätte führen können. Ein solcher Verrenkungsmechanismus sei jedoch auszuschließen, da die typischen Verrenkungszeichen im MRT fehlten, insbesondere Ödembildungen im Bereich der Pfanne und am Oberarmkopf. Die geringe, vom Orthopäden Dr. C. angegebene Ödemzone am großen Rollhöcker gehöre nicht zu diesen Verrenkungszeichen.

Zu Unrecht rechtfertigte Dr. C. die lange Dauer von 10 Wochentagen bis zum ersten Arztbesuch damit, dass Büro- und Schreibtischarbeiten auch nach einem Rotatorenmanschettenriss noch ausgeübt werden könnten. Dabei vergesse er, dass die Klägerin in der Landwirtschaft tätig sei. Dort gebe es nur schwere körperliche Tätigkeiten, die vor allem den Gebrauch beider Arme und Hände forderten.

Dr. C. erkläre nicht, warum die bei der Operation vorgefundene subacromiale Enge auch im Lebensalter der Klägerin vorliege. Wenn eine Degeneration im subacromialen Raum fehle (wie im Gutachten C. behauptet), so sei bei einem Teileinriss der Supraspinatussehne auch keine subacromiale Enge zu erwarten. Eine derartige ausgedehnte subacromiale Dekompression werde nur dann durchgeführt, wenn eine eindeutige Enge vorliege, die wie in diesem Fall durch die Degeneration an der Rotatorenmanschette und am Endgelenk entstanden sei.

Das LSG hat auf Antrag der Klägerin den Sachverständigen Dr. C. um ergänzende Stellungnahme gebeten. Dieser hat mit Schreiben vom 24.04.2013 mitgeteilt, dass er sich den Ausführungen des Sachverständigen Dr. D. nicht anschließen könne und auf sein Gutachten vom 24.09.2012 verweise.

Die Klägerin weist darauf hin, sowohl Dr. C. als auch Dr. M. hätten in den kernspintomographischen Aufnahmen vom 29.01.2010 eine Ruptur der rechten Supraspinatussehne erkennen können. Sie seien von nur geringfügig ausgeprägten arthrotiformen Veränderungen ausgegangen.

Soweit Dr. D. davon ausgehe, dass die Klägerin während der 10 Tage bis zum ersten Arztbesuch körperlich hart hätte arbeiten müssen, weil sie in der Landwirtschaft tätig war, sei zu entgegnen, dass sich der Unfall am 28.12.2009 ereignete und im Winter in der Landwirtschaft weniger Arbeiten anfielen als sonst. Zudem habe ihr Ehemann, der neben der Landwirtschaft normalerweise in Vollzeit auswärts arbeite, zwischen Neujahr und Dreikönig Urlaub gehabt und habe ihr alle Arbeiten in der Landwirtschaft abgenommen. Nach Dreikönig habe sie dann sofort gemerkt, dass sie die Arbeiten in der Landwirtschaft nicht mehr ausüben könne, und sei so schnell wie möglich zum Arzt gegangen.

In der mündlichen Verhandlung hat die Klägerin nochmals den Unfallhergang geschildert und bestätigt, dass sie als Ehefrau des versicherten Landwirts mitversichert ist. Auf die Niederschrift der Sitzung wird Bezug genommen.

Die Klägerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 10.04.2012 und den Bescheid der Beklagten vom 08.12.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.07.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihren Bescheid vom 20.05.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.07.2010 insoweit zurückzunehmen, als darin der Riss der Rotatorenmanschette an der rechten Schulter nicht als Folge des Arbeitsunfalls vom 28.12.2009 anerkannt und Leistungen für die Zeit ab dem 21.01.2010 abgelehnt wurden. Ferner beantragt sie, festzustellen, dass der Riss der Rotatorenmanschette an der rechten Schulter Folge des Arbeitsunfalls vom 28.12.2009 ist, und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin wegen der Folgen des Unfalls vom 28.12.2009 ab dem 21.01.2010 eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 30 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie auf die beigezogene Akte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, insbesondere wurde sie form- und fristgerecht eingelegt (§§ 105 Abs. 2 Satz 1, 143, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG). Die Berufung bedarf gemäß § 144 SGG keiner Zulassung.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Zu Recht hat das SG die zulässige Klage als unbegründet abgelehnt. Die Klage ist in vollem Umfang zulässig. Die Klägerin kann nicht gemäß § 44 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) die Rücknahme der Bescheide verlangen, mit denen die Anerkennung der Rotatorenmanschettenruptur als weiterer Unfallfolge und die Anerkennung von Unfallfolgen sowie entsprechenden Leistungen über den 20.01.2010 hinaus bestandskräftig abgelehnt worden waren. Weder hat die Beklagte im Sinne des § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X bei Erlass des Bescheides vom 20.05.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.07.2010 das Recht unrichtig angewandt, noch ist sie von einem Sachverhalt ausgegangen, der sich als unrichtig erweist. Dementsprechend hat die Klägerin auch keinen Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung über den 20.01.2010 hinaus.

Nach § 8 Abs. 1 SGB VII sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Für einen Arbeitsunfall ist danach im Regelfall erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (sachlicher oder innerer Zusammenhang), diese Verrichtung wesentlich ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis - das Unfallereignis - verursacht hat (Unfallkausalität) und das Unfallereignis wesentlich einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität). Das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen ist keine Voraussetzung für die Anerkennung als Arbeitsunfall, sondern für die Gewährung einer Verletztenrente (BSG, Urteil vom 31.01.2012 Az. B 2 U 2/11 R; Urteil vom 27.04.2010 Az. B 2 U 11/09 R). Wesentlich verursacht sind die Gesundheitsstörungen, wenn der Unfall gegenüber sonstigen schädigungsfremden Faktoren (z. B. Vorerkrankungen/Dispositionen) nach der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung von überragender oder zumindest von annähernd gleichwertiger Bedeutung (wesentliche Mitursache) für die Entstehung der Gesundheitsstörung war. Haben mehrere Umstände zu einem Erfolg beigetragen, sind sie in ihrer Bedeutung und Tragweite für den Eintritt des Erfolges annähernd gleichwertig. Kommt einem der Umstände gegenüber dem anderen eine überragende Bedeutung zu, so ist dieser Umstand allein Ursache.

Eine wesentliche Mitursache liegt dann nicht vor, wenn beim Versicherten eine Anlage so stark und leicht ansprechbar war, dass es zur Auslösung akuter Erscheinungen keiner besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern jedes andere alltäglich vorkommende ähnlich gelagerte Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinungen ausgelöst hätte (Gelegenheitsursache).

Anspruch auf Verletztenrente haben Versicherte nach § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII, wenn ihre Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist. Da die Klägerin im Rahmen eines landwirtschaftlichen Unternehmens über ihren Ehemann versichert ist (§ 2 Abs. 1 Nr. 5 Buchst. a bzw. b SGB VII), besteht ein Anspruch auf eine Rente erst, wenn die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 30 v.H. gemindert ist (§ 90 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Gemäß § 56 Abs. 2 SGB VII richtet sich die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Weiter regelt § 56 Abs. 3 SGB VII, dass bei Verlust der Erwerbsfähigkeit Vollrente und bei einer MdE Teilrente geleistet wird, die in der Höhe des Vmhundertsatzes der Vollrente festgesetzt wird, der dem Grad der MdE entspricht.

Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten durch die Unfallfolgen eingeschränkt werden, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet. Bei der Beurteilung der MdE sind auch die von der Rechtsprechung sowie von dem unfallversicherungsrechtlichen und unfallmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten allgemeinen Erfahrungssätze - entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft - zu beachten, die zwar nicht im Einzelfall bindend sind, aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Beurteilung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis bilden (vgl. BSG, Urteil vom 23.04.1987 Az. 2 RU 42/86 m. w. N.). Bei der Bildung der MdE sind alle Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen, die mit Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Versicherungsfall stehen. Die Bemessung der MdE ist eine tatsächliche Feststellung, die das Gericht nach § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft; dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (BSG, Urteil vom 05.09.2006 Az. B 2 U 25/05 R).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt: Als Voraussetzung für die Feststellung von Unfallfolgen und die Bewilligung von Leistungen müssen die versicherte Tätigkeit, die Verrichtung zur Zeit des Unfalls, das Unfallereignis und die Gesundheitsschädigung im Sinn des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, feststehen. Für den Nachweis des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und einem Gesundheitsschaden bzw. der Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung der Entschädigungspflicht genügt grundsätzlich die "hinreichende" Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst recht nicht die bloße Möglichkeit (BSG, Urteil vom 31.01.2012 Az. B 2 U 2/11 R; Urteil vom 02.04.2009 Az. B 2 U 29/07 R). Eine solche Wahrscheinlichkeit ist anzunehmen, wenn nach vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Faktoren ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gestützt werden kann (BSGE 45, 285; 60, 58). Hierbei trägt der Versicherte, also die Klägerseite, die objektive Beweislast für die anspruchsbegründenden Tatsachen, d.h. deren etwaige Nichterweislichkeit geht zu ihren Lasten (vgl. BSG, Urteil vom 05.02.2008 Az. B 2 U 10/07 R).

Nach diesen Grundsätzen hat es die Beklagte zu Recht abgelehnt, die Ruptur der rechten Rotatorenmanschette als Folge des Arbeitsunfalls vom 28.12.2009 anzuerkennen. Der Senat ist nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit der Auffassung, dass die im August 2010 von Dr. C. diagnostizierte und im November 2010 operierte Ruptur der Rotatorenmanschette auf den Arbeitsunfall der Klägerin vom 28.12.2009 zurückzuführen war. Denn zum einen fehlt es am Nachweis eines geeigneten Unfallhergangs für eine wesentlich traumatisch bedingte Supraspinatussehnenruptur und zum anderen bestanden bei der Klägerin deutliche Risikofaktoren für einen degenerativen Verschleiß der Supraspinatussehne. Zwar lassen sich Art und Ausmaß des degenerativen Verschleißschadens der Supraspinatussehne nicht mit voller Sicherheit feststellen. Jedoch überwiegen die Gesichtspunkte, die gegen den Unfall als wesentliche (Teil-)Ursache des Sehnenrisses sprechen. Dabei stützt sich der Senat auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. D., das ihm überzeugender erscheint als das von der Beklagten im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten des Prof. Dr. N./ Dr. M. sowie das auf Antrag der Klägerin gerichtlich eingeholten Gutachten des PD Dr. C ...

Der Senat ist sich bewusst, dass das Gutachten des Dr. D. in drei Punkten angreifbar ist, nämlich erstens soweit der Sachverständige auf den Zeitraum von 10 Tagen abstellt, innerhalb dessen die Klägerin nach dem Unfall nicht zum Arzt gegangen ist. Dieser Umstand kann der Klägerin nicht in entscheidender Weise entgegengehalten werden, da sie sofortige starke Schmerzen, die nach einigen Tagen nachließen, und eine andauernde Bewegungseinschränkung geltend gemacht hat. Die Tatsache, dass sie als Landwirtin "hart im Nehmen" war, dass ihr Hausarzt über die Feiertage die Praxis geschlossen hatte und dass ihr Mann bis Dreikönig Urlaub hatte und ihr die anstrengende Arbeit abnehmen konnte, lassen es plausibel erscheinen, dass sie zunächst abwarten wollte und auch die Möglichkeit dazu hatte, bis sie ab dem 07.01.2013 wieder beruflich gefordert war und dann sofort die Unmöglichkeit, diese Leistung zu erbringen, offenbar wurde und den Arztbesuch am 08.01.2010 veranlasste. Der zweite Punkt, der im Gutachten von Dr. D. eine Schwäche darstellt, ist seine Annahme, im Bericht des H-Arzt

Dr. L. vom 08.01.2010 seien keine Bewegungseinschränkungen beschrieben worden. Dies ist so nicht nachvollziehbar, da im Bericht der Jobe-Test (bei dem der ausgestreckte Arm nach oben gegen einen Widerstand gedrückt werden muss) als rechts positiv beschrieben wird mit Schmerzverstärkung bei Beugung des rechten Armes gegen den Widerstand. Außerdem habe ein Druckschmerz im Insertionsbereich der Supraspinatussehne mit schmerzhaftem Bogen bestanden. Zu berücksichtigen ist auch, dass der Unfall, sofern er entsprechend der Theorie von Dr. C. zunächst nur zu einer Teiltraktur führte, auch nur geringere Bewegungseinschränkungen zur Folge haben konnte, als sie bei einer Komplettraktur zu erwarten gewesen wären. Ein drittes Problem am Gutachten von Dr. D. liegt darin, dass er die MRT vom 29.01.2010 im Gegensatz zu Dr. C. nicht selbst beurteilt, sondern sich lediglich auf den Befund des Radiologen Dr. I. bezieht, in dem keine Teiltraktur, sondern nur eine Distension der Supraspinatussehne beschrieben wird. Umgekehrt wird hier gleichzeitig eine Schwäche des Gutachtens von Dr. C. offenbar, der aufgrund eigener Beurteilung der MRT zum Ergebnis einer Teiltraktur kommt, ohne sich aber mit der anderweitigen Beurteilung durch den Radiologen Dr. I. auch nur mit einem einzigen Wort auseinanderzusetzen.

Abgesehen von diesen Punkten, in denen das Gutachten von Dr. D. angreifbar ist, verbleiben jedoch drei entscheidende Gesichtspunkte, die erhebliche Zweifel daran begründen, dass der Unfall für den Riss der Supraspinatussehne wesentlich ursächlich war. Dabei kann zugunsten der Klägerin und entgegen dem Gutachten von Dr. D. unterstellt werden, dass die Dauer von 10 Tagen zwischen Unfall und erstem Arztbesuch durch die Besonderheiten des vorliegenden Falles bei Annahme einer Teiltraktur gerechtfertigt ist, dass die Klägerin sehr wohl unter Bewegungseinschränkungen litt, die jedenfalls mit einer Teiltraktur vereinbar waren, und dass eine Fehlbeurteilung des MRT vom 29.01.2013 durch Dr. I. insoweit vorlag, als die von ihm beschriebene Distension im Sinne einer Teiltraktur zu deuten gewesen wäre. Dennoch verbleiben folgende drei Gesichtspunkte, die erhebliche Zweifel an der wesentlichen Ursächlichkeit des Unfalls begründen und die durch die Gutachten von Dr. C. sowie von Prof. Dr. N./ Dr. M. nicht ausgeräumt werden:

1. Ein für die Verletzung geeigneter Unfallmechanismus lässt sich nicht feststellen.

Die Klägerin hat immer wieder und auch zuletzt in der mündlichen Verhandlung vor dem LSG angegeben, direkt auf die rechte Schulter gefallen zu haben. Der Sturz sei so schnell gegangen, es habe ihr mit solcher Wucht die Beine nach links weggezogen, dass sie keine Möglichkeit gehabt habe, sich abzustützen. Dass es tatsächlich zu keiner - eventuell unbewussten - Abstützreaktion gekommen ist, wird dadurch bestätigt, dass die Klägerin nach dem Unfall die Schaufel noch in der rechten Hand hielt. Dass es - wie Dr. C. argumentiert - während des Sturzes zu reflexhaften Anspannungen des Schultergelenks gekommen ist, die starke Kräfte auf die Sehnen entfalteten, kann nicht ausgeschlossen werden, ist aber auch nicht überwiegend wahrscheinlich. Dass direkte Krafteinwirkungen auf die Schulter im Wege von Sturz, Prellung oder Schlag nicht in der Lage sind, die Rotatorenmanschette zum Reißen zu bringen, ergibt sich auch aus der Literatur und wird damit begründet, dass die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) und durch den Delta-Muskel gut geschützt ist (Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. A. 2010, S. 413). Zwar hat Dr. C. zwei geeignete Unfallmechanismen benannt, die sich theoretisch als Reflexreaktion während des Sturzes hätten abspielen können, ohne ins Bewusstsein der Klägerin einzudringen, jedoch sind die Überlegungen hierzu rein spekulativ. Dass es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu solchen Belastungen gekommen sein sollte, lässt sich nicht nachweisen.

2. Dass es zu einem geeigneten Unfallmechanismus gekommen sein musste, kann auch nicht indirekt aus den übrigen feststellbaren Verletzungen geschlossen werden. Insbesondere hat Dr. D. darauf hingewiesen, dass es an einem Knochenödem (bone bruise) oder an Einblutungen in den Kapselapparat gefehlt habe, die als typische Begleitverletzungen im Falle einer Teilverrenkung im Schultergelenk zu erwarten gewesen wären. Das festgestellte Ödem am Supraspinatusmuskel ist insoweit ohne Aussagekraft, da dieser Muskel oberhalb der Schulterblattgräte liegt und deshalb bei einem Sturz von außen leicht verletzbar ist. Nicht nachvollziehbar ist das Gutachten von Dr. C. insoweit, als dieser selbst ein Knochenödem festgestellt haben will. Bei der Beurteilung der kernspintomographischen Fremdaufnahmen der rechten Schulter vom 29.10.2010 auf S. 13 f. seines Gutachtens vom 24.09.2012 wird ein Knochenödem oder bone bruise nicht erwähnt, ebenso wenig wie im Befund des Radiologen Dr. I. vom 01.02.2010, der eine Ödemisierung lediglich im M. supraspinatus, nicht aber im Knochen beschreibt. Insofern können auch aus den Begleitverletzungen keine indirekten Rückschlüsse auf einen geeigneten Unfallmechanismus gezogen werden, vielmehr spricht das Fehlen solcher Begleitverletzungen eher dafür, dass ein geeigneter Unfallmechanismus nicht stattgefunden hat.

3. Schließlich war jedenfalls mit der Enge des subacromialen Raumes, die sich sowohl im MRT vom 29.01.2010 zeigte als auch bei der Arthroskopie vom 16.11.2010, bei der Klägerin ein Risikofaktor gegeben, der geeignet war, die Supraspinatussehne so stark vorzuschädigen, dass sie bei alltäglichen Belastungen reißen konnte. Im Bericht des Radiologen Dr. I. vom 01.02.2010 wird eine schräg stehende Acromionvariation mit caudal betonter AC-Gelenksarthrose und beginnender Stenosierung des subacromialen Raumes (fragliches Impingement) beschrieben. Dr. C. erwähnt in seinem Operationsbericht vom 16.01.2010 eine deutliche Bursitis der Bursa subacromialis und eine deutliche subacromiale Stenose. Die Supraspinatussehne wies Auffaserungen auf, die partiell pasta-artig waren. Die subacromiale Enge wurde im Wege einer Dekompressions-Operation mittels Akromialplastik erweitert, die Bursa entfernt. Der subacromiale Raum ist die Stelle zwischen dem knöchernen Schulterdach (Acromion) und dem Oberarmkopf, durch den die Sehnen der Rotatorenmanschette laufen, wobei ihr Gleiten durch den Schleimbeutel (Bursa) erleichtert wird. Eine anlagebedingte Enge dieses Raumes (die bei der Klägerin festgestellt wurde) begünstigt die Degeneration der Sehnen, weil es durch vermehrtes Reiben zu Auffaserungen der Sehnen kommt, die letztlich zu (teilweisen) Rupturen führen können, wobei von allen Sehnen am meisten die Supraspinatussehne gefährdet ist (Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, aaO., S. 410 f.). Die Entzündung des Schleimbeutels (Bursitis) ist ein Hinweis darauf, dass die subacromiale Enge tatsächlich zu entsprechenden degenerativen Prozessen geführt hatte, und führt gleichzeitig zu einer weiteren Verengung des bereits anatomisch engen Subacromialraums, ebenso wie die bei der Klägerin im MRT vom 29.01.2010 festgestellte Arthrose des Acromioclavicular-Gelenks (Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, aaO., S. 411).

Der Klägerin ist zuzugeben, dass nicht mit voller Sicherheit zu beweisen ist, dass der Risikofaktor subacromiale Enge vor dem Unfall bereits zu einer Degeneration der Supraspinatussehne geführt hatte. Jedoch spricht vieles dafür, zumal ab dem 40. Lebensjahr degenerative Partialrupturen vermehrt auftreten (Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, aaO., S. 410). Letztlich ist es die Kombination dieses Risikofaktors - der eine Wahrscheinlichkeit für das Bestehen einer Schadensanlage begründet - mit der Tatsache, dass ein geeigneter Unfallmechanismus nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden kann und auch keine Begleitverletzungen vorliegen, die auf einen geeigneten Unfallmechanismus hindeuten, die den Senat veranlasst hat, den Zweifeln an der Wesentlichkeit der Kausalität des Unfalls einen höheren Rang einzuräumen als den Gesichtspunkten, die dafür sprechen. Die Beweislast trifft insoweit die Klägerin.

Da ein (Teil-)Riss der Rotatorenmanschette an der rechten Schulter nicht als Unfallfolge festzustellen ist, besteht auch kein Anspruch auf eine Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 30 v.H.

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

Die Revision ist nicht zuzulassen, da weder die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat noch das Urteil von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2013-10-10