

L 6 U 2010/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 2 U 519/01
Datum
20.10.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 2010/06
Datum
11.12.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 20. Oktober 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Anerkennung einer Rotatorenmanschettenruptur als Unfallfolge sowie die Gewährung von Verletztenrente streitig.

Der 1940 geborene Kläger erlitt am 8. November 1999, einem Montag, gegen 06:45 Uhr einen Wegeunfall, als er zur Aufnahme seiner Tätigkeit von der Werksgarage seines Arbeitgebers, der Firma M. N. GmbH (im Folgenden: GmbH), kommend über den betriebseigenen Parkplatz zur Pforte gehen wollte. In beiden Händen eine Tasche tragend, stürzte er über eine tief hängende Absperrkette nach vorne auf die rechte Schulter. Der Kläger nahm seine Tätigkeit gleichwohl auf, stellte sich am Vormittag dieses Tages jedoch in der Sanitätsstation bei der Werksschwester vor, von der er einen Salbenverband erhielt. Verbandswechsel erfolgten dann am 9., 10. und 11. November 1999. Am Freitag, den 12. November 1999 befand sich der Kläger auf Geschäftsreise. Am darauf folgenden Montag trat er seinen bis 2. Dezember dauernden Urlaub an. Nach seiner Rückkehr holte er sich telefonisch einen Termin bei dem Orthopäden und Chirurgen Dr. S., bei dem der Kläger sich dann am 13. Dezember 1999 vorstellte. Seine berufliche Tätigkeit unterbrach der Kläger jedenfalls bis 15. Februar 2000 nicht.

In seiner Unfallmeldung vom 23. Februar 2000 beschrieb Dr. S. als Befund eine Bewegungseinschränkung der rechten Schulter mit Druckschmerzhaftigkeit ventral, eine Pseudoinstabilität sowie einen starken Schulterhochstand rechts. Die von ihm gefertigten Röntgenbilder der rechten Schulter zeigten keine Fraktur. Dr. S. veranlasste eine Magnetresonanztomographie (MRT) der rechten Schulter, die am 30. Dezember 1999 durchgeführt wurde. Diese ergab eine Supra- und Infraspinatussehnenruptur mit Sehnenretraktion und begleitender Muskelatrophie mit dadurch bedingtem Humeruskopfhochstand mit quasi direktem Kontakt des Humeruskopfes zur subacromialen Gelenkfläche.

Am 31. Januar 2000 stellte sich der Kläger bei Prof. Dr. H. in der A.-Klinik vor, der ausweislich seines Befundberichts vom 3. Februar 2000 bei schon beginnender Defekarthropathie und kompletter Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne die Indikation zur Operation mit funktioneller Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion sah. Ausweislich seines Berichts an die Beklagte vom 19. März 2000 führte er am 25. Februar 2000 eine operative Partialrekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Muskeltransfer-Operation des Latissimus dorsi und des Teres major nach L'Episcopo durch (vgl. OP-Bericht vom 25. Februar 2000). Die Beklagte veranlasste zur Beurteilung des Zusammenhangs der festgestellten Rotatorenmanschettenruptur mit dem Unfall vom 8. November 1999 die Stellungnahme des Arztes für Chirurgie Prof. Dr. B., der unter dem 25. April 2000 darlegte, es sei wenig glaubhaft, dass es beim Kläger im Anschluss an den Unfall zu einer deutlichen Einschränkung der Beweglichkeit und massiven Schmerzhaftigkeit gekommen sei, da keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden und eine ärztliche Konsultation über vier Wochen hinweg nicht erfolgt sei. Allerdings habe die MRT am 30. Dezember 1999 eine Rotatorenmanschettenruptur mit Supraspinatus- und Infraspinatussehnenruptur rechts dokumentiert. Interessanterweise sei in dem entsprechenden Sehnenbereich eine massive fettige Degeneration zu finden gewesen, die sowohl einem bereits vorbestehenden unfallunabhängigen Leiden zugeordnet werden könne, allerdings auch unfallabhängig und während der seit dem Unfall vergangenen Zeitspanne aufgetreten sein könne. Angesichts dessen erachtete er die Einholung eines Zusammenhangsgutachtens für erforderlich.

In dem am 26. April 2000 mit einem Mitarbeiter der Beklagten geführten Telefonat gab der Kläger u.a. an, vor dem Unfall nie Beschwerden an der rechten Schulter gehabt zu haben; er habe sich lediglich im Jahr 1991 eine Verletzung am linken Arm zugezogen. Er habe

verschiedene Sportarten betrieben, u. a. auch Tennis. Nach dem Unfall habe er zwei Wochen weiter gearbeitet und sei dann für zwei Wochen im Urlaub gewesen. Erst danach habe er am 13. Dezember 1999 Dr. S. aufgesucht.

Die Beklagte veranlasste das unfallchirurgische Gutachten des Prof. Dr. W., Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T., der zunächst den Bericht des Betriebsarztes Dr. B. veranlasste, in dem dieser u.a. über die Vorstellungen des Klägers bei der Werksschwester berichtete. In seinem Gutachten vom 7. August 2000 vertrat Prof. Dr. W. die Auffassung, dass das Unfallereignis nicht zu einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion geführt habe, sondern lediglich zu einer schweren Schulterprellung bei vorbestehendem Schaden. Bei dem Unfall sei es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung, insbesondere der Beschwerden bei vorbestehendem Schaden gekommen. Bei dem Unfallhergang selber mit direkter Kontusion habe es sich um einen Unfallmechanismus gehandelt, der gegen eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion spreche. Die klinischen Befunde (schmerzhafter Bogen und Bewegungseinschränkung), die vier Wochen nach dem Unfall erhoben worden seien, sprächen aufgrund ihres zeitlichen Abstands zum Unfallereignis nicht sicher für eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion. Die sieben Wochen nach dem Unfall anlässlich der durchgeführten MRT erhobenen Befunde (deutliche Retraktion der Muskulatur mit fettiger Degeneration, AC-Gelenkarthrose und Omarthrose) sprächen allerdings gegen eine frische Rotatorenmanschettenläsion. Gegen eine traumatische Läsion der Rotatorenmanschette spreche auch der am 13. Dezember 1999 röntgenologisch dokumentierte erhebliche Humeruskopfhochstand, der ausweislich der Nativ-Röntgenuntersuchung vom 23. April 1999 sieben Monate vor dem Unfallereignis bereits vorgelegen habe. Dies werde durch die Röntgenaufnahmen der rechten Schulter dokumentiert, die anlässlich der Behandlung von Wirbelsäulenbeschwerden seinerzeit gefertigt worden seien. Auch die ausgeprägten degenerativen Veränderungen seien radiologisch seinerzeit schon dokumentiert. Der vor dem Unfall bereits vorhanden gewesene Humeruskopfhochstand spreche für eine vorbestehende degenerative Schädigung der Rotatorenmanschette. Mit Bescheid vom 25. September 2000 lehnte die Beklagte Ansprüche auf Entschädigung insoweit ab, als diese über den 24. Februar 2000 hinaus geltend gemacht wurden. Folge des Arbeitsunfalls sei lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung der vorbestehenden Leiden gewesen, wobei mit Ablauf des 24. Februar 2000 wieder der Gesundheitszustand wie vor dem Unfallereignis vorgelegen habe. Im Widerspruchsverfahren machte der Kläger geltend, sieben Monate vor dem Unfall habe nach den Angaben des Dr. S. lediglich ein leichter Humeruskopfhochstand vorgelegen; die Rotatorenmanschette sei eindeutig durch den Sturz geschädigt worden. Mit Widerspruchsbescheid vom 6. Februar 2001 wurde der Widerspruch zurückgewiesen.

Dagegen erhob der Kläger am 6. März 2001 beim Sozialgericht Heilbronn (SG) Klage. Er machte geltend, es sei unverständlich, weshalb sein erheblicher Sturz nicht geeignet gewesen sein solle, eine Rotatorenmanschettenverletzung zu verursachen. Er wiederholte die Einschätzung, die Dr. S. ihm gegenüber abgegeben habe. Gegen die Auffassung des Gutachters spreche auch, dass er stets Sport (Tennis und Skifahren) betrieben und nie unter Problemen im Bereich der Rotatorenmanschette gelitten habe. Dass keine alte Verletzung der Rotatorenmanschette vorgelegen habe, könne der Operateur Prof. Dr. H. bestätigen. Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage ihrer Verwaltungsakten und unter Aufrechterhaltung ihres bisherigen Standpunktes entgegen. Nach dem unzweifelhaften Unfallhergang, wobei der Kläger mit beiden Händen Gepäck getragen habe und unerwartet über eine Absperrkette direkt auf die rechte Schulter gefallen sei, ohne sich mit der rechten Hand unter dem rechten Ellenbogen abzustützen, habe kein Mechanismus vorgelegen, der geeignet gewesen sei, den festgestellten massiven Rotatorenmanschettendefekt zu verursachen. Nach medizinischer Erfahrung ereigne sich ein traumatischer Rotatorenmanschettenriss bei einem Sturz auf den ausgestreckten Arm. Beachtlich sei im Übrigen, dass Dr. S. im Rahmen seiner ambulanten Behandlung ein Impingementsyndrom diagnostiziert und Prof. Dr. H. positive Impingementzeichen an der rechten Schulter festgestellt habe. Bei diesem Syndrom handle es sich um eine Funktionsbeeinträchtigung des Schultergelenks durch chronische Überlastung, wie sie gewöhnlich bei Tennis- und Golfspielern, Schwimmern und Werfern auftrete. Die vorgebrachte jahrelange Ausübung von Tennis und Skifahren unterstütze die Einschätzung des Gutachters bzgl. des Vorliegens vorbestehender Verschleißschäden im Bereich der rechten Schulter, die zudem auch röntgenologisch gesichert seien. Im Übrigen sei der objektivierte Oberarmkopfhochstand nicht lediglich leicht, sondern erheblich gewesen. Zudem seien nach gesicherter medizinischer Erfahrung im Alter des Klägers Abnützungserscheinungen im Bereich der Schultern üblicherweise vorhanden. Gegen das auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) vom SG erhobene fachchirurgisch-orthopädische Gutachten des Prof. Dr. B., Chefarzt der Sportklinik in S., wandte die Beklagte ein, der Sachverständige gehe zu Unrecht von einer leeren Anamnese bzgl. Beschwerden an der rechten Schulter aus, nachdem ein Röntgenbild vom 23. April 1999 vorhanden sei, auf dem sich bereits ein erheblicher Humeruskopfhochstand mit Einengung des Subacromialraumes als Hinweis für eine Rotatorenmanschettenruptur zeige. Soweit der Sachverständige den Ereignisablauf am 8. November 1999 als nicht mehr rekonstruierbar erachtet habe, sei dies unzutreffend, da zeitnah ausführliche und übereinstimmende Angaben vorlägen.

Auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) erhob das SG das Gutachten des Prof. Dr. B. vom 13. Mai 2002. Dieser gelangte zu der Einschätzung, dass das Unfallereignis mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentliche Ursache der Rotatorenmanschettenruptur sei. Zum einen sei die Anamnese bzgl. Schulterverletzungen bzw. Erkrankungen bis zum Unfalltag völlig leer und der Kläger habe bis zum Unfalltag aktiv Tennis spielen können. Zum anderen sei eine exakte Rekonstruktion des Unfallhergangs nicht mehr möglich und somit eine definitive Aussage, ob das Unfallereignis geeignet gewesen sei, eine Rotatorenmanschettenruptur herbeizuführen, nicht möglich. Darüber hinaus könnten die kernspintomographisch und intraoperativ gesehenen degenerativen Veränderungen auch alleine auf das lange Zeitintervall zwischen Operation und Untersuchung zurückgeführt werden; sie implizierten nicht automatisch eine primär bestehende massive degenerative Veränderung der Rotatorenmanschette. Das SG hörte darüber hinaus Dr. S. unter dem 5. Dezember 2003 schriftlich als sachverständigen Zeugen. Dieser führte aus, den Kläger am 23. April 1999 wegen belastungsabhängig geklagten Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule, ausstrahlend zur rechten Schulter, behandelt zu haben. Radiologisch sei seinerzeit an der rechten Schulter ein hochstehender Humeruskopf objektiviert worden. Das SG hörte Prof. Dr. B. unter dem 2. April 2004 unter Übersendung der Röntgenaufnahmen des Dr. S. vom 23. April 1999 ergänzend, worauf dieser ausführte, die entsprechenden Röntgenbilder seien aufgrund fehlender Zentrierung auf den Subacromialraum nicht dazu geeignet, diesen zu beurteilen und somit auch nicht einen Humeruskopfhochstand. Deshalb sei der Schluss, vor dem Unfallereignis habe bereits eine Rotatorenmanschettenruptur vorgelegen, nicht zulässig. Mit Sicherheit seien am Unfalltag jedoch degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette vorhanden gewesen. Gleichwohl sei er der Auffassung, dass diese Veränderungen lediglich eine Teilursache, nicht aber die wesentliche Ursache der jetzt festgestellten Unfallfolgen seien. Nach Einholung der weiteren ergänzenden Stellungnahme des Prof. Dr. B. vom 7. April 2005 in Bezug auf die vom ihm eingeschätzte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) wies das SG die Klage gestützt auf das Gutachten des Prof. Dr. W. mit Urteil vom 20. Oktober 2005 ab. Wegen der Einzelheiten der Begründung wird auf den Inhalt des dem Bevollmächtigten des Klägers am 24. März 2006 gegen Empfangsbekanntnis zugestellten Urteils verwiesen.

Hiergegen hat der Kläger am 10. April 2006 beim SG Berufung eingelegt und sich gegen die Annahme des Prof. Dr. W. sowie unter Berufung auf das Gutachten des Prof. Dr. B. und die Auskunft des behandelnden Orthopäden Dr. S. gewandt, bei ihm sei ein Vorschaden vorhanden gewesen. Dagegen spreche bereits, dass er stets Sport betrieben und nie ein Schulterproblem gehabt habe, das zur Ruptur der Rotatorenmanschette geführt haben könnte. Er bekräftigte nochmals den zugrunde zu legenden Unfallhergang dahingehend, dass er in beiden Händen jeweils eine schwere Tasche getragen habe, im Laufschrift über die Kette gestützt und mit voller Wucht auf die rechte Schulter gefallen sei. Das Schultergelenk sei selbstverständlich unmittelbar vor der Einwirkung muskulär fixiert gewesen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 20. Oktober 2005 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 25. September 2000 in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 6. Februar 2001 zu verurteilen, ihm Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig.

Der Senat hat Prof. Dr. H. unter dem 8. August und 30. November 2006 sowie 24. Oktober und 19. November 2007 schriftlich als sachverständigen Zeugen angehört. Im Hinblick auf die Atrophie und die massive fettige Degeneration im Bereich der Supra- und Infraspinatusmuskeln ging dieser von einer vorbestehenden Schädigung der Sehnen und Muskeln aus, die rein degenerativ, also alterungsbedingt entstanden sei. Da der Unfallmechanismus im Sinne eines Sturzes auf die Schulter bei fehlender Abstütz- oder Abspreizbewegung ein typischer Unfallmechanismus sei, der Rupturen oder Vergrößerungen von Rupturen verursachen könne, habe der Unfall eine deutliche Verschlechterung/Vergrößerung verursacht. Beachtlich sei in diesem Zusammenhang, dass intraoperativ nicht nur der Riss von Supra- und Infraspinatussehne objektiviert worden sei, sondern auch die Sehne des M. teres minor abgerissen gewesen sei. Dies sei von besonderer Bedeutung, weil eine bestehende Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne mit völliger Schmerzfreiheit und freier Schultergelenksbeweglichkeit einhergehen könne, während dies sich absolut ändere, wenn auch die Sehne des M. teres minor abreiße. Hiergegen wandte der von der Beklagten hinzugezogene Beratungsarzt Prof. Dr. B. in seiner Stellungnahme vom 21. September 2006 ein, es könne nicht davon ausgegangen werden, dass es durch das Unfallgeschehen zu einer richtungsweisenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens gekommen sei. Prof. Dr. H. habe intraoperativ nämlich einen länger vorbestehenden Schaden der Rotatorenmanschette mit Atrophie und fettiger Degeneration der Muskelbäuche gefunden, also Vorschäden in einem ausgedehnten Ausmaß; solche Folgeveränderungen kämen bei kleinen oder kleinsten Schäden der Rotatorenmanschette nicht vor. Daher handle es sich lediglich um eine Spekulation, wenn Dr. H. annehme, dass es durch den Sturz zu einer deutlichen Vergrößerung des Risses mit einer Dekompensation der Kräftepaare gekommen sein müsse. In seiner weiteren Stellungnahme vom 2. August 2007 äußerte sich Prof. Dr. B. dahingehend, dass die Behauptung, eine Ruptur der Supraspinatussehne könne mit völliger Schmerzfreiheit und freier Schultergelenksbeweglichkeit einhergehen, ebenso auf eine Ruptur der Sehne des M. teres minor zutreffe, wobei aus seinen klinischen Kenntnissen solche Rupturen allerdings gerade nicht mit völliger Schmerzfreiheit und freier Schultergelenksbeweglichkeit einhergingen.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 und 2 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft und zulässig; sie ist jedoch nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 25. September 2000 in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 6. Februar 2001 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente im Hinblick auf die bei ihm eingetretene Rotatorenmanschettenmassenruptur. Denn diese ist nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit rechtlich wesentlich auf den am 8. November 1999 erlittenen Sturz auf die rechte Schulter zurückzuführen.

Nach [§ 8 Abs. 1](#) des Siebten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) ist ein Arbeitsunfall ein Unfall, den ein Versicherter infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleidet. Nach Abs. 2 Nr. 1 dieser Regelung sind versicherte Tätigkeiten auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit. Ein Unfall ist ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führt. Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls ist danach erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang, vgl. [BSGE 63, 273](#), 274 = SozR 2200 § 548 Nr 92 S. 257; [BSG SozR 3-2200 § 548 Nr 19](#)), dass die Verrichtung zu dem Unfallereignis geführt hat und letzteres einen Gesundheits(erst)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität). Das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheits(erst)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls ([BSGE 94, 269](#)).

Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem bei dem Unfall erlittenen Primärschaden einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen diesem und der verbliebenen Gesundheitsstörung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, der Primärschaden und die eingetretene Gesundheitsstörung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, welcher nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, ist grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreichend, aber auch erforderlich (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 30. April 1985 - [2 RU 43/84](#) - [BSGE 58, 80](#), 82; BSG, Urteil vom 20. Januar 1987 - [2 RU 27/86](#) - [BSGE](#)

[61, 127](#), 129; BSG, Urteil vom 27. Juni 2000 - [B 2 U 29/99 R](#) - HVBG-Info 2000, 2811). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht ([BSGE 19, 52](#); BSG [SozR 4-2700 § 8 Nr 17](#) mwN). Kommen mehrere Ursachen in Betracht, so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (BSG, Urteil vom 28. Juni 1988 - [2/9b RU 28/87](#) - [BSGE 63, 277](#), 278). Insoweit ist eine wertende Gegenüberstellung der ursächlichen Faktoren erforderlich (BSG, Urteil vom 29. März 1963 - [2 RU 75/61](#) - [BSGE 19, 52](#), 53; BSG, Urteil vom 31. Oktober 1969 - [2 RU 40/67](#) - [BSGE 30, 121](#), 123; BSG, Urteil vom 20. Januar 1977 - [8 RU 52/76](#) - [BSGE 43, 110](#), 112).

Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). 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 (BSG vom 12. April 2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - [BSGE 94, 269](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr 15](#) und vom 09. Mai 2006 = [SozR 4-2700 § 8 Nr 17](#)). Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen.

Für die Beurteilung der Frage, ob der Rotatorenmanschettenmassenriss im Bereich der rechten Schulter des Klägers Folge des Wegeunfalls vom 8. November 1999 ist, legt der Senat als Unfallhergang zugrunde, dass der Kläger beim Laufen mit zwei Taschen in den Händen über eine Absperrkette gestolpert und dabei mit im Wesentlichen angelegten Armen seitlich nach vorne unmittelbar auf die rechte Schulter gestürzt ist. Diesen Ablauf schilderte der Kläger unter dem 10. März 2000 im Unfallfragebogen der Beklagten, also zeitnah zu dem maßgeblichen Ereignis. Der Senat sieht keine Veranlassung, an der Richtigkeit dieser Schilderung zu zweifeln. Denn sowohl die Unfallschilderung des Dr. S. in seiner Unfallmeldung vom 23. Februar 2000, als auch die im Befundbericht des Prof. Dr. H. vom 3. Februar 2000 dokumentierten anamnestischen Angaben des Klägers anlässlich seiner Erstvorstellung am 31. Januar, wonach es zu einem direkten Trauma der rechten Schulter durch einen Sturz gekommen sei, sind ohne weiteres mit den späteren Angaben im Unfallfragebogen in Einklang zu bringen. Entsprechendes gilt auch für die Ausführungen des Betriebsarztes der GmbH Dr. B., der in seinem Schreiben an den im Verwaltungsverfahren beauftragten Gutachter vom Unfallhergang in der Form berichtete, dass der Kläger über eine tief hängende Absperrkette, die wie eine Fußangel gewirkt habe, gefallen sei und den in der Hand befindlichen Koffer zu spät habe fallen lassen, so dass er direkt auf die rechte Schulter gestürzt sei. Im Hinblick auf diese übereinstimmenden und zeitnah dokumentierten Schilderungen vermag der Senat den von dem Sachverständigen Prof. Dr. B. für "hoch wahrscheinlich" erachteten Geschehensablauf, bei dem es nicht allein zu einer Kontusion der rechten Schulter, sondern zusätzlich zu einer plötzlichen Distorsion bzw. einem fortgeleiteten Trauma mit Quetschung der Rotatorenmanschette gekommen sei, nicht zu Grunde zu legen.

Um die Ursächlichkeit eines Unfalls für einen Riss der Rotatorenmanschette zu prüfen, ist eine Abwägung der für eine traumatische Genese bzw. eine degenerative Verursachung sprechenden Kriterien vorzunehmen. Denn die Rotatorenmanschette unterliegt im hohen Maße der Degeneration, die bereits ab dem 3. Lebensjahrzehnt beginnt (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage 2003, Ziff. 8.2.5.1).

Für eine traumatische Verursachung spricht das leere Vorerkrankungsverzeichnis, insbesondere auch die glaubhafte Angabe des Klägers, wonach vor dem in Rede stehenden Ereignis keine Schmerzhaftigkeit im Bereich der rechten Schulter vorgelegen habe. Allerdings sprechen zahlreiche Gesichtspunkte gegen eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur. So geht der Senat insbesondere davon aus, dass mit dem seitlich nach vorne erfolgten Sturz auf die rechte Schulter bei im Wesentlichen angelegten Armen, bedingt durch die vom Kläger getragenen Taschen, kein Verletzungsmechanismus vorgelegen hat, der generell geeignet ist, eine Rotatorenmanschettenruptur herbeizuführen. So werden als geeignete Verletzungsmechanismen insbesondere eine Zugbeanspruchung mit unnatürlicher Längendehnung der Sehne des Supraspinatus angesehen, wie dies bspw. bei massivem plötzlichen Rückwärtsreißen oder Heranführen des Armes, bei starker Zugbelastung, bei gewaltsamer Rotation des Armes oder bei einem Sturz auf den nach hinten und innen gehaltenen Arm der Fall ist. Als ungeeignete Hergänge werden demgegenüber Mechanismen angesehen, bei denen keine Zugbeanspruchung mit unnatürlicher Längendehnung der Sehne des Supraspinatus eintritt. Dies ist etwa der Fall bei einer direkten Krafteinwirkung auf die Schulter durch Sturz, Prellung oder Schlag, bei einer fortgeleiteten Krafteinwirkung bei seitlicher oder vorwärts geführter Armhaltung (Stauchung), bei aktiven Tätigkeiten, die zu einer abrupten, aber planmäßigen Muskelkontraktion führen oder bei plötzlichen Muskelanspannungen, da die in den Muskeln der Rotatorenmanschette entwickelten Kräfte zu gering sind (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin a.a.O. Ziff. 8.2.5.2). Da beim Kläger nach dem zugrunde zu legenden Unfallhergang mit dem Sturz unmittelbar auf die rechte Schulter eine Kraft direkt auf die Schulter eingewirkt hat, vermag der Senat entgegen der Auffassung des Prof. Dr. H. gerade keinen typischen Unfallmechanismus anzunehmen. Die Einschätzung des Prof. Dr. H. kann auch nicht in Einklang gebracht werden mit dessen eigenen Darlegungen in der gemeinsamen Abhandlung "Empfehlungen zu Diagnostik und Begutachtung der traumatischen Rotatorenmanschettenläsion von L., H., W., G. (in: Der Unfallchirurg 2000, 417 - 426). Denn auch darin wird der einfache Sturz nach vorn oder seitlich auf den Arm ohne starke Verdrehung oder forcierte Adduktion bzw. der Sturz mit direkter Prellung der Schulter nicht als geeigneter Verletzungsmechanismus für eine Rotatorenmanschettenläsion angesehen. Diese Auffassung hat im Übrigen auch Prof. Dr. W. unter Hinweis auf die Kriterien für die Begutachtung von Rotatorenmanschettenläsionen vertreten, die vom Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften vorgelegt wurden. Auch Prof. Dr. B. hat sich den diesbezüglichen Darlegungen des Prof. Dr. W. ungeachtet des Umstandes angeschlossen, dass er seine eigene Bewertung darauf gestützt hat, eine exakte Rekonstruktion des Unfallhergangs sei nicht möglich. Insoweit bestätigte er nämlich die Richtigkeit der Argumentation des Prof. Dr. W., der völlig korrekt eine direkte Kontusion der Schulter als Ursache zur Herbeiführung einer Rotatorenmanschettenruptur abgelehnt habe.

Gegen eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette spricht darüber hinaus auch der Umstand, dass der Kläger seine berufliche Tätigkeit sowohl am Unfalltag als auch bis zum Beginn seines Urlaubs vom 15. November bis 2. Dezember 1999 ohne Arbeitsunterbrechung fortgeführt hat und sich erst nach Rückkehr von seiner Urlaubsreise am 13. Dezember 1999, also rund fünf Wochen nach dem in Rede stehenden Ereignis in die ärztliche Behandlung des Orthopäden und Chirurgen Dr. S. begeben hat. Dieses Vorgehen des Klägers lässt sich nicht ohne Weiteres mit dem im allgemeinen vorzufindenden Spontanverlauf einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur in Einklang bringen. Denn dieser ist geprägt ist von einem initial sehr heftigen Schmerz, was im Regelfall zu einem Arztbesuch innerhalb weniger Tage nach der Schädigung führt. Dass der in verantwortlicher Funktion tätige Kläger im Vorfeld des anstehenden Urlaubs noch dringende betriebliche Angelegenheiten zu erledigen hatte und deshalb zunächst keinen Arzt aufsuchte, ist durchaus nachvollziehbar, jedoch verbleiben angesichts dessen gleichwohl Zweifel an dem Ausmaß des beim Kläger tatsächlich aufgetretenen Schmerzes. Immerhin trat der Kläger in der Folgeweche dann sogar noch eine Urlaubsreise an, ohne sich zuvor in ärztliche Behandlung zu begeben.

Als weiterer Gesichtspunkt ist bei der Beurteilung der Frage, ob die Rotatorenmanschettenruptur mit hinreichender Wahrscheinlichkeit rechtlich wesentlich auf den am 8. November 1999 erlittenen Sturz zurückzuführen ist, zu berücksichtigen, dass beim Kläger im Bereich der rechten Schulter zum Unfallzeitpunkt bereits erhebliche degenerative Veränderungen vorgelegen haben. So hat Prof. Dr. H. intraoperativ eine Atrophie und massive fettige Degeneration im Bereich der Supra- und Infraspinatusmuskeln objektiviert, was auf ein vorbestehendes Schädigungsbild dieser Sehnen hinweist. Insoweit haben Prof. Dr. W. und Prof. Dr. H. übereinstimmend ausgeführt, dass es nur bei länger vorbestehenden Schäden an den entsprechenden Sehnen zu einer Atrophie und fettigen Degeneration der Muskelbäuche kommt. Daran wird deutlich, dass bereits vor dem in Rede stehenden Unfallereignis Läsionen der dortigen Sehnen und Muskeln bestanden haben, die durch reine Degeneration entstanden sind. Diese Veränderungen waren im Alter des Klägers, der sich zum Unfallzeitpunkt im 60. Lebensjahr befand, auch nicht ungewöhnlich. Zudem führen sie nicht immer zu Beschwerden und können daher für den Betroffenen zunächst auch unbemerkt bleiben.

Für das Vorliegen erheblicher Vorschäden spricht darüber hinaus auch der am 13. Dezember 1999 röntgenologisch durch Dr. S. dokumentierte Humeruskopfhochstand, der gleichermaßen auch durch die bei Prof. Dr. H. am 31. Januar 2000 gefertigten Röntgenaufnahmen festzustellen war. Weiterhin fanden sich ein weitgehend aufgebrauchter Subacromialraum und eine deutliche Sklerosierung an der Unterfläche des Akromions, ferner osteophytäre Ausziehungen im Bereich des AC-Gelenks, was sämtlich auf einen vorbestehenden Rotatorenmanschettenschaden hinweist (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin a.a.O., Ziff. 8.2.5.6). Soweit Prof. Dr. H. im Gegensatz zu Prof. Dr. W. die Auffassung vertreten hat, dass die am 23. April 1999 gefertigten Röntgenaufnahmen nicht als Vergleich zu den später angefertigten Aufnahmen herangezogen werden könnten, weil durch die Projektion dieser Aufnahmen der Humeruskopfhochstand und somit der Zustand der Rotatorenmanschette nicht eindeutig beurteilt werden könne, kann dahin stehen, ob die Aufnahme im Sinne der Einschätzung des Prof. Dr. W. dahingehend gedeutet werden kann, dass ein erheblicher Humeruskopfhochstand mit Einengung des Subacromialraumes vorgelegen hat. Denn zweifellos bestätigen die von Dr. S. am 13. Dezember 1999 veranlassten Röntgenaufnahmen einen erheblichen Humeruskopfhochstand als eindeutiges Zeichen für eine Schädigung der Rotatorenmanschette. Da sich ein Oberarmkopfhochstand nach frischer Verletzung der Rotatorenmanschette erst nach drei Monaten zeigt, der in Rede stehende Unfall im Zeitpunkt der durch Dr. S. gefertigten Röntgenaufnahmen am 13. Dezember 1999 jedoch erst rund fünf Wochen zurücklag, geht der Senat davon aus, dass sich der Humeruskopfhochstand bereits vor dem Unfall entwickelt hat, was wiederum auf eine - auch intraoperativ bestätigte - erhebliche vorbestehende degenerative Schädigung der Rotatorenmanschette hinweist.

Bei Abwägung all dieser Gesichtspunkte spricht nach Überzeugung des Senats nicht mehr dafür als dagegen, dass wesentliche Teilursache der beim Kläger objektivierten Rotatorenmanschettenruptur der am 8. November 1999 erlittene Sturz auf die rechte Schulter war. Angesichts dessen ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte über ein Prellung des rechten Schultergelenks hinaus keine weiteren Folgen des Arbeitsunfalls vom 8. November 1999 anerkannt hat.

Die Berufung des Klägers konnte nach alledem keinen Erfolg haben.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-01-12