

L 10 U 3332/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 13 U 4124/07
Datum
05.05.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 3332/10
Datum
19.01.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 05.05.2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung einer Unfallfolge.

Der am 1953 geborene Kläger war ab dem Jahr 1976 als Auslieferungsfahrer im Getränketransport beschäftigt. Während dieser Tätigkeit verfehlte der Kläger am frühen Morgen des 04.12.2006 beim Absteigen von der Ladepritsche seines Fahrzeugs mit dem rechten Fuß eine Stufe, verlor den Halt und stürzte, in der linken Hand eine Sackkarre haltend, aus einer Höhe von ca. 1,20 m auf den Boden und zwar auf die rechte Schulter seitlich (u.a. Unfallfragebogen Bl. 50 VA, Gutachten Dr. Sch. Bl. 82 VA). Mit einer Hilfsperson arbeitete der Kläger, ohne selbst Getränkekisten zu tragen, bis zum Ende der vorgesehenen Tour weiter (Gutachten Dr. Sch. Bl. 84 VA, Gutachten Dr. E. Bl. 113 SG-Akte).

Nach eigenen Angaben suchte der Kläger noch am Unfalltag seinen Hausarzt auf (Bl. 49 VA, Bl. 113 SG-Akte), der ihn zum Durchgangsarzt Dr. B. (Chirurg/Unfallchirurg) schickte. Letzterer stellte am 05.12.2006 an der rechten Schulter eine leichte Schwellung, einen Druckschmerz - auch über dem AC-Gelenk -, eine mäßig eingeschränkte Beweglichkeit sowie einen schmerzhaften Bogen fest. Er diagnostizierte eine Schulterprellung und eine AC-Gelenksarthrose rechts und äußerte den Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur (Bl. 1 VA). Den am 06.12.2006 erhobenen kernspintomographischen Befund wertete der Radiologe Prof. Dr. B. u.a. als deutliche Partialruptur der langen Bizepssehne (Bl. 4 VA).

Am 11.12.2006 stellte sich der Kläger wegen einer zwei Tage zuvor spontan aufgetretenen Schmerzzunahme bei dem Unfallchirurg Dr. B. (Chefarzt am Krankenhaus B.) vor, der einen Komplettriss der langen Bizepssehne rechts diagnostizierte (Bl. 5 VA).

Am 14.12.2006 erfolgte ein operativer Eingriff im Krankenhaus B. ... Dem Operateur Dr. S. zeigten sich eine Partialruptur der Supraspinatussehne rechts, eine Komplettruptur der langen Bizepssehne, eine große korbhenkelförmige SLAP-Läsion (SLAP steht für superior [oben] Labrum [Lippe] anterior [vorne] posterior [hinten]), beschrieben wird ein Schaden der Gelenklippe im oberen vorderen und hinteren Anteil, der Bereich, aus dem die lange Bizepssehne ihren Ursprung findet, s. Stellungnahme Dr. Sch. Bl. 149 SG-Akte) sowie ein Impingement der rechten Schulter. Die Ruptur der Supraspinatussehne und die SLAP-Läsion bewertete er als alt. Er führte eine Labrumrefixation mit Kapselbrandraffung ventral, eine subacromiale Dekompression sowie eine Bursektomie und eine Tenodese der langen Bizepssehne durch (Operationsbericht Bl. 61 VA). Prof. Dr. B. (pathologisches Institut der Kreiskliniken Reutlingen) fand in der ihm überlassenen Probeentnahme aus der Bizepssehne Zeichen für ein mehrzeitiges Geschehen mit Reparationsvorgängen und frischen Rupturzeichen bei degenerativer Vorschädigung (Bl. 60 VA).

In der Folgezeit verblieben im Bereich der rechten Schulter auch nach einer im Mai 2007 durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme (Entlassungsbericht Bl. 56 SG-Akte) Bewegungs- und Belastungsdefizite. Die vom Kläger an sich gewünschte Wiedereingliederung in den bisherigen Beruf (s. Bl. 33 SG-Akte) scheiterte. Nach einer arbeitgeberseitigen Kündigung ist der Kläger seit dem 01.01.2008 arbeitslos (Bl. 114 SG-Akte).

Der von der Beklagten beratungsärztlich befragte Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. Sch.-B. hielt den

Unfallmechanismus nicht für geeignet, einen traumatischen Rotatorenmanschettenschaden zu verursachen. Er verwies auf ausgeprägte degenerative Veränderungen und ging davon aus, dass es bei dem Sturz lediglich zu einer Prellung der rechten Schulter gekommen sei (Bl. 39 VA). Daraufhin wies die Beklagte Dr. B. mit Schreiben vom 21.03.2007 (Bl. 40 VA) an, die bisher zu ihren Lasten durchgeführte Heilbehandlung mit sofortiger Wirkung abubrechen und weitere Behandlungen zu Lasten der Krankenkasse durchzuführen. Dieses Schreiben übersandte sie dem Kläger zur Kenntnis (Bl. 41 VA). Der Kläger erhob hiergegen Widerspruch (Bl. 48 VA).

Dr. B. teilte auf Nachfrage der Beklagten mit, die Dokumentation im Operationsbericht und die Histologie sprächen für einen vorwiegend degenerativen Schaden (Bl. 59 VA). Dem schloss sich der von der Beklagten nach dem Vorschlag des Klägers mit der Begutachtung beauftragte Arzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. Sch. an (Bl. 80 ff. VA). Zwar könnten das leere Vorerkrankungsverzeichnis und der kernspintomographische Befund für eine unfallbedingte Schädigung sprechen. Dem stünden jedoch eindeutig die Schilderungen zum Unfallereignis (ein direkter Sturz auf die rechte Schulter sei nicht geeignet, eine Zusammenhangstrennung der Rotatorenmanschette oder der langen Bizepssehne zu verursachen), der klinische Erstbefund (kein "Drop-arm-Sign", Zeichen eines Impingements als Hinweis auf eine degenerative Schädigung, Fortsetzung der Bierfahrtätigkeit), der Operationsbericht (kein Erguss, Feststellung einer Knorpelschädigung, einer Ausdünnung der Sehne des oberen und unteren Schulterblattgrätenmuskels, gelenkseitige Teilruptur des oberen Schulterblattgrätenmuskels, osteophytäre Veränderungen als Hinweise auf degenerative Veränderungen) und der feingewebliche Untersuchungsbefund (dieser ermögliche die Annahme, dass es bei dem Ereignis zu einem weiteren Einreißen kleiner Sehnenanteile gekommen sei, der wesentliche Schaden müsse jedoch als degenerativ gewertet werden) entgegen. Der Unfall sei mithin nur wesentliche Ursache einer Schulterprellung geworden. Mit Sicherheit hätten davor eine degenerative Teilschädigung der Rotatorenmanschette, eine degenerative Schädigung der langen Bizepssehne und Arthrosen des Schultergelenks sowie des Schulterhauptgelenks vorgelegen. Darauf gestützt wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 12.10.2007 zurück.

Deswegen hat der Kläger am 25.10.2007 beim Sozialgericht Reutlingen Klage erhoben. Das Sozialgericht hat die Fachärzte für Allgemeinmedizin V. (keine Behandlung von Schulterbeschwerden) und Dr. W. sowie Dr. B. schriftlich als sachverständige Zeugen befragt. Dr. W. hat mitgeteilt, den Kläger vor dem Unfall u.a. wegen Beschwerden an der linken Schulter (chronische Arthrose) und wegen degenerativer Veränderungen der Halswirbelsäule mit Schmerzausstrahlungen in den rechten Schultergürtel und in den rechten Arm behandelt zu haben. Schmerzen im rechten Schultergelenk seien bei ihm nicht dokumentiert. Für den Patienten sei es mitunter schwer zu unterscheiden, ob Schmerzen im Schultergelenk selbst oder durch Veränderungen an der Halswirbelsäule entstehen. Dr. B. hat über frühere anderweitige Behandlungen und über den Behandlungsverlauf nach dem streitigen Unfall berichtet.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das Sozialgericht den Chefarzt der Abteilung für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Stiftungsklinik Weißenhorn Prof. Dr. E. mit der Erstellung eines Gutachtens nebst ergänzender Stellungnahme beauftragt. Dieser hat die inkomplette Ruptur der Rotatorenmanschette als eher sekundär bezeichnet und den traumatischen Abriss der langen Bizepssehne (Ausriss des Bizepsankers und gleichzeitig Abriss mit Korbhakenpathologie des Labrums) als primäre, viel schwerere Verletzung angesehen. Der Unfall sei zumindest eine wesentliche Teilursache für eine richtungsweisende Verschlimmerung eines vorbestehenden Schadens. Dafür spreche das leere Vorerkrankungsregister, insbesondere könne ein Mensch mit einer SLAP-Läsion die vom Kläger zuvor durchgeführte Arbeitsintensität nicht ausüben. Die dezidierte Analyse des Sturzvorgangs - auszugehen sei von einem reflektorischen Verhalten, bei dem der Kläger versucht habe, primär den Sturz durch den ausgestreckten Arm nach hinten abzufangen - spreche für eine Luxation des Schultergelenkes mit spontaner Reposition und einem dabei erfolgten Abriss der langen Bizepssehne. Dies belege auch der klinische Erstbefund, zumal es nicht, wie vermutet, um eine Rotatorenmanschettenläsion, sondern um eine Sehnenverletzung der langen Bizepssehne gegangen sei. Der feingewebliche Befund spreche ebenfalls für eine wesentliche Teilursache. Unbestritten sei, dass die lange Bizepssehne sicherlich einen Vorschaden gehabt habe. Soweit der Operateur keinen Erguss beschrieben habe, könne dies an der durchgeführten Operationstechnik oder an einer bereits erfolgten Resorption gelegen haben. Bei dem Sturz habe es sich um keine alltägliche Belastung gehandelt. Die Sturzhöhe reiche aus, um eine Schulterluxation und sogar eine Rotatorenmanschettenruptur zu provozieren. Diese sei aber im vorliegenden Fall nicht eingetreten, vielmehr habe sich eine Labrumläsion mit SLAP-Läsion in komplizierter Weise auf einen vorbestehenden Schaden aufgepfropft. Aus seiner langjährigen Erfahrung sei ihm kein Fall einer Spontanruptur der langen Bizepssehne zusammen mit einer SLAP-Läsion bekannt. Es sei von einem sequenziellen Geschehen und einer Verletzungskette auszugehen, die im Rahmen des Unfalls tatsächlich zu den entsprechenden Verletzungen und zu der Demaskierung eines irgendwie gearteten Vorschadens geführt habe.

Das Sozialgericht hat eine ergänzende gutachtliche Stellungnahme nach Aktenlage bei Dr. Sch. eingeholt. Dieser hat ausgeführt, gegen die von Prof. Dr. E. angenommene Ausrenkung spreche, dass es keine Einblutungen und Einrisse gegeben habe. Eine SLAP-Läsion könne traumatisch oder degenerativ sein. Da der Operateur die Läsion kategorisch als alt beschrieben habe, sei die Schadensanlage bewiesen. Der Operationsbefund und der histologische Befund belege, dass es auch ohne den Unfall durch eine alltägliche Belastung zur Zusammenhangstrennung der deutlich degenerativ veränderten langen Bizepssehne gekommen wäre.

Mit Urteil vom 05.05.2010 hat das Sozialgericht die auf eine Anerkennung der Ruptur der langen Bizepssehne als Folge des Unfalls und auf eine Leistungsgewährung über den 21.03.2007 hinaus gerichtete Klage abgewiesen. Ein rechtlich wesentlicher Ursachenzusammenhang zwischen dem Abriss der langen Bizepssehne und dem Arbeitsunfall sei nicht nachgewiesen. Ausschlaggebend sei die Überlegung, dass jedenfalls Verschleißerscheinungen im Bereich der Rotatorenmanschette des rechten Schultergelenks vorlagen (alte SLAP-Läsion), die auch ohne Hinzutreten des Unfallereignisses geeignet gewesen seien, den bei der Operation festgestellten Schaden zu verursachen. Diese Verschleißerscheinungen seien von überragender Bedeutung gewesen. Das Sozialgericht hat sich insbesondere auf das Gutachten von Dr. Sch. gestützt und ergänzt, nach der sozialmedizinischen Literatur sei die Ruptur der langen Bizepssehne zu 90 % nicht unfallbedingt. Ursächlich sei die wiederholte mechanische Belastung der Sehne. Es erscheine bereits fraglich, ob die Komplettruptur der langen Bizepssehne bereits am 04.12.2006 eingetreten sei. Dagegen spreche der kernspintomographische Befund vom 06.12.2006, auch wenn Dr. Sch. diesen mit einer Komplettruptur der langen Bizepssehne für vereinbar erachtet habe. Es spreche einiges dafür, dass der Radiologe Prof. Dr. B. die Aufnahmen richtig interpretiert habe, zumal der Kläger nach dem Unfall eine spontane Schmerzzunahme angegeben habe. Es erscheine durchaus möglich bzw. wahrscheinlich, dass die Komplettruptur erst zu diesem Zeitpunkt eingetreten sei. Damit könnte bereits fraglich sein, ob der Unfall den Bizepssehnenriss im "naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne" verursacht habe. Allerdings dürfte der naturwissenschaftlich-philosophische Zusammenhang insofern zu bejahen sein, als im Rahmen eines mehrzeitigen Geschehens die Vertiefung eines bereits bestehenden Schadens eingetreten sei. Jedoch trete der Unfall gegenüber den degenerativen Veränderungen in seiner Bedeutung für die Verursachung des Schadens so weit zurück, dass er nicht mehr als rechtlich wesentlich betrachtet werden könne.

Es hat sich daher der Beurteilung von Dr. Sch. angeschlossen. Die Annahme von Prof. Dr. E., dass der Unfall neben den degenerativen Veränderungen für den Schaden wesentlich sei, beruhe auf Annahmen und Spekulationen. Es sei zwar möglich, aber nicht hinreichend wahrscheinlich, dass der Unfall einen wesentlichen Anteil an der Verursachung des Schadens gehabt habe.

Gegen das ihm am 09.07.2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am 15.07.2010 Berufung eingelegt. Er trägt vor, das Sozialgericht habe ohne eine weitere Sachaufklärung, insbesondere ohne Einholung eines radiologischen Gutachtens, den Zeitpunkt des Kompletttrisses der Bizepssehne festgelegt. Das Gericht widerspreche sich, wenn es einerseits die Eignung des Unfallereignisses verneine, dann aber die naturwissenschaftliche Kausalität bejahe. Ein degenerativer Vorschaden sei nicht belegt. Das Sozialgericht sei auf den von Prof. Dr. E. beschriebenen, sicher nicht degenerativ bedingten Ausriss des Bizepssehnenankers nicht eingegangen. Prof. Dr. E. habe dargestellt, dass es sich bei dem Unfall nicht nur um eine Gelegenheitsursache gehandelt habe.

Der Kläger beantragt,

unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Reutlingen vom 05.05.2010 den Bescheid vom 21.03.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.10.2007 aufzuheben und eine operierte Ruptur der langen Bizepssehne als Folge des Unfalls vom 04.12.2006 festzustellen.

die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die Entscheidung des Sozialgerichts für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässige Berufung ist unbegründet.

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 21.03.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.10.2007, mit dem die Beklagte - so ausweislich des Widerspruchsbescheides - allgemein die Gewährung weiterer Entschädigungsleistungen ablehnte. Das Sozialgericht und die Beteiligten gehen insoweit zutreffend davon aus, dass es sich bei der Übersendung des eigentlich an Dr. B. gerichteten Schreibens vom 21.03.2007 an den Kläger ihm - dem Kläger - gegenüber um einen Verwaltungsakt i.S. des [§ 31](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) handelte, weil die Beklagte damit gerade gegenüber dem Kläger zum Ausdruck brachte, dass ausgehend von einer zwischenzeitlich ausgeheilten Schulterprellung keine Unfallfolgen verblieben und deshalb auch keine Entschädigungsleistungen zu erbringen sind. Der Kläger sah - wie sich aus der Einlegung des Widerspruchs ergibt - das Schreiben ebenfalls als Verwaltungsakt an und auch die Beklagte bestätigte dies im Widerspruchsbescheid.

Der Kläger erstrebt deshalb zulässigerweise im Wege der kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1](#) und [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) die Aufhebung dieser, weitere Entschädigungsleistungen ablehnenden Verwaltungsentscheidung sowie die gerichtliche Feststellung von fortbestehenden Unfallfolgen. Denn er macht - nachdem die Beklagte die Gewährung von Entschädigungsleistungen pauschal ablehnte - keine konkreten Ansprüche auf bestimmte Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung (z. B. Heilbehandlung, Verletztengeld oder Verletztenrente) geltend. Vielmehr begehrt er zunächst nur eine Klärung von Grundlagen der in Frage kommenden Leistungsansprüche, hier des von der Beklagten verneinten Ursachenzusammenhangs zwischen dem erlittenen Arbeitsunfall und der Ruptur der langen Bizepssehne. Eine solche Klärung kann der Versicherte im Wege der Feststellungsklage herbeiführen (vgl. zu alledem BSG, Urteil vom 07.09.2004, [B 2 U 45/03 R](#) in [SozR 4-2700 § 2 Nr. 2](#)).

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn die angefochtenen Bescheide verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die von ihm begehrte Feststellung einer operierten Ruptur der Bizepssehne als Unfallfolge aus Anlass des Ereignisses vom 04.12.2006. Entsprechend ist seine Berufung zurückzuweisen.

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3, 6](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit; [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Für einen Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich (BSG, Urteil vom 30.01.2007, [B 2 U 8/06 R](#)), dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen auf Grund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls.

Hier wurde zwischen den Beteiligten - zu Recht - nie darüber gestritten, dass der Kläger einen Arbeitsunfall erlitt. Der in Rede stehende Sturz ereignete sich in Ausübung der versicherten Tätigkeit. Zwar stellte die Beklagte das Vorliegen eines Arbeitsunfalls nie ausdrücklich fest. Jedoch brachte sie in den angefochtenen Bescheiden hinreichend klar zum Ausdruck, dass auch sie vom Vorliegen eines Arbeitsunfalls ausgeht. Ihre Zuständigkeit für eine (arbeits-)unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit auf Grund der am 04.12.2006 erlittenen Schulterprellung stellte sie nie in Abrede. Auch zur Überzeugung des Senats steht fest, dass der Kläger einen Arbeitsunfall - Sturz während der versicherten Tätigkeit mit (zumindest) Prellung der rechten Schulter - erlitt.

Damit ist aber nicht zugleich die Annahme gerechtfertigt, dass die nach dem Arbeitsunfall festgestellten weiteren Gesundheitsschäden, hier vor allem die vom Kläger allein streitgegenständlich gemachte Ruptur der langen Bizepssehne, rechtlich wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen ist.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gilt wie allgemein im Sozialrecht für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden die Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 12.04.2005, [B 2 U 27/04 R](#) in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#)). Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden schon aus diesem Grund nicht ursächlich. Kann dagegen das Unfallereignis nicht hinweggedacht werden, ohne dass der Gesundheitsschaden entfiel (*conditio sine qua non*), ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob das versicherte Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden (BSG, Urteil vom 09.05.2006, [B 2 U 1/05 R](#) in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)).

Die hier vorzunehmende Kausalitätsprüfung hat somit nach dieser zweistufigen Prüfung zu erfolgen (siehe hierzu Hepp/Lambert, Die Begutachtung der Rotatorenmanschettenruptur im sozialgerichtlichen Verfahren in MedSach 2009, 181 ff.).

Die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung müssen erwiesen sein, d.h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [2 RU 43/84](#) in [SozR 2200 § 555a Nr. 1](#)). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG, Urteil vom 09.05.2006, [a.a.O.](#) auch zum Nachfolgenden). Diese liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden. Es genügt nicht, wenn der Ursachenzusammenhang nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Dabei ist zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Denn es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde. Es reicht daher zur Begründung des ursächlichen Zusammenhangs nicht aus, gegen diesen Zusammenhang sprechende Umstände auszuschließen.

Hier ist es bereits nicht wahrscheinlich, dass der Sturz am 04.12.2006 naturwissenschaftliche Ursache der zur Feststellung begehrten und später operierten Ruptur der langen Bizepssehne war. Dagegen spricht der Verlauf und der Inhalt der durchgeführten Befunderhebung.

Wie das Sozialgericht hat auch der Senat durchschlagende Zweifel, dass die Komplettruptur der langen Bizepssehne, die erstmals Dr. B. am 12.12.2006 diagnostizierte, durch den Sturz am 04.12.2006 hervorgerufen wurde. Denn unmittelbar nach dem Unfall wurde diese Ruptur in diesem Ausmaß nicht diagnostiziert. Maßgebliche Bedeutung misst der Senat dabei dem von Dr. B. am 05.12.2006 erhobenen Befund zu. Bei dieser Untersuchung am 05.12.2006 stellte Dr. B. ausweislich des von ihm verfassten D-Arzt-Berichtes und seiner sachverständigen Zeugenaussage gegenüber dem Sozialgericht an der rechten Schulter eine leichte Schwellung sowie einen Druckschmerz subacromial und über dem AC-Gelenk fest und dokumentierte Bewegungseinschränkungen der Schulter. Anders als Dr. B. am 12.12.2006 fand sich aber keine Verlagerung des Bizepsmuskels nach ellenbeugenwärts und auch keine Verminderung der groben Kraft, jeweils Hinweise auf einen Abriss der Bizepssehne. Den Beweis für diesen Abriss führte Dr. B. durch den Nachweis der Sehne in der Oberarmmitte gegenüber einem leeren Sulcus (= Rinne) körperfernwärts davon sowie dem sonografischem Nachweis einer Einblutung im Sulcus. Derartige Umstände lagen ausweislich des Untersuchungsbefundes von Dr. B. am 05.12.2006 gerade nicht vor. Hierzu passt die von Dr. B. dokumentierte Angabe des Klägers, es sei vor zwei Tagen, ausgehend von der Untersuchung am 12.12. also am 10.12., zu einer Schmerzzunahme am rechten Oberarm - also gerade im Bereich des Verlaufs des Bizeps - gekommen. Bestätigt sieht sich der Senat durch den radiologischen Untersuchungsbefund von Prof. Dr. B., der in Auswertung des Kernspintomogramms vom 06.12.2006 lediglich eine Partialruptur der langen Bizepssehne diagnostizierte. An der Richtigkeit seiner Auswertung hat der Senat auch angesichts der anderslautenden Auswertung der Bilder durch Dr. Sch. (frischer Abriss der langen Bizepssehne) keine Zweifel. Denn diese Auswertung durch den Arzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. Sch. ist nicht in gleicher Weise fachkundig wie jene des Chefarztes der Klinik für Radiologie am Krankenhaus A. und Facharztes für Radiologische Diagnostik Prof. Dr. B. ... Dr. Sch. ging in seiner Auswertung auch nicht auf den Befundbericht von Prof. Dr. B. ein. Eine weitere Sachaufklärung durch Einholung eines radiologischen Gutachtens ist insoweit, entgegen der Auffassung des Klägers, nicht erforderlich. Denn Ziel dieses radiologischen Gutachtens wäre allein die fachkundige Auswertung der Bilder des Kernspintomogramms. Eine solche Auswertung liegt indessen mit dem Befundbericht von Prof. Dr. B. vor. Hinzu kommt, dass dieses Ergebnis der Radiologie - wie bereits dargelegt - mit den übrigen dokumentierten Umständen - Befund von Dr. B. im Gegensatz zu jenem von Dr. B., Angaben des Klägers über eine Schmerzzunahme gerade im Bereich des Bizeps - in Übereinstimmung steht. Der Senat sieht es somit als wahrscheinlich an, dass die Komplettruptur der langen Bizepssehne erst mehrere Tage nach dem Unfall eintrat.

Indessen wäre der naturwissenschaftliche Kausalzusammenhang insoweit auch dann zu bejahen, wenn der Unfall zwar lediglich zu einer Teilruptur der langen Bizepssehne geführt, diese sich aber - durch die dadurch hervorgerufene Schwächung des Sehnengewebes - zur späteren Komplettruptur weiter entwickelt hätte. Allerdings fehlen für die Annahme einer durch den Unfall hervorgerufenen Teilruptur hinreichende tatsächliche Anhaltspunkte. Fest steht insoweit, dass nach dem Unfall - kernspintomografisch durch Prof. Dr. B. belegt - eine deutliche langstreckige Auftreibung der langen Bizepssehne mit Auffaserung im Sinne einer Partialruptur vorlag. Dieser Befund alleine lässt aber eine Differenzierung zwischen degenerativen, also unfallunabhängigen und traumatischen strukturellen Schäden nicht zu. Hinweise über eine traumatische Genese dieses Befundes finden sich im Befundbericht von Prof. Dr. B. jedoch nicht. Der spätere histologische Befund weist zwar neben degenerativen Veränderungen auch frische Rupturzeichen im Bereich der Bizepssehne nach. Diese frischen Rupturzeichen lassen sich aber nicht danach unterscheiden, ob sie vom Unfalltag oder von der - wie dargelegt - wahrscheinlich mehrere Tage später erfolgten Komplettruptur stammten. Dies übersieht Dr. Sch., der allein auf Grund dieses histologischen Befundes und seiner unzutreffenden Annahme, am 06.12.2006 (Anfertigung des Kernspintomogramms) habe eine Komplettruptur vorgelegen, den naturwissenschaftlichen Zusammenhang bejaht.

Der von Dr. B. am Tag nach dem Unfall erhobene Befund lässt ebenfalls keinen sicheren Schluss auf eine akute Schädigung gerade der langen Bizepssehne zu. Die von Dr. B. am 05.12.2006 dokumentierten funktionellen Einschränkungen lassen sich auch durch die übrigen Schäden und Entzündungen im Bereich der Rotatorenmanschette (Befundbericht Prof. Dr. B.: Partialruptur der Supraspinatussehne,

Tendinitis calcarea der Supra- und Infraspinatussehne, Tendinopathie der Subscapularissehne), die selbst Prof. Dr. E. nicht rechtlich wesentlich auf den Sturz zurückführt, und insbesondere die unstreitig stattgefundene Prellung erklären. Immerhin ging Dr. B. angesichts der Bewegungseinschränkungen und der Schmerzen gesichert nur von einer Schulterprellung aus, hinsichtlich der Rotatorenmanschette äußerte er nur den Verdacht auf eine Ruptur.

Hinzu kommt, dass schon vor dem Unfall im Bereich der Bizepssehne (wie im Bereich der gesamten Rotatorenmanschette) eine erhebliche strukturelle Läsion vorlag. Dies gilt insbesondere für den Ursprungsort der langen Bizepssehne, dem vorderen Labrum. Insoweit äußerte sich Dr. S. - so Dr. Sch. (Bl. 149 SG-Akte, auch zum Nachfolgenden) - zur Situation am vorderen Labrum eindeutig. Dort fand er bei der Operation eine alte große SLAP-Läsion. Auf der Grundlage der ergänzenden Stellungnahme von Dr. Sch. geht der Senat davon aus, dass eine SLAP-Läsion degenerativen oder auch traumatischen Ursprungs sein kann. Der Senat teilt die Auffassung von Dr. Sch., dass der von Dr. S. beschriebene intraoperative Befund, da der Eingriff (schon) zehn Tage nach dem Ereignis erfolgte, nicht ignoriert werden kann. Wenn aber am Ursprungsort der langen Bizepssehne bereits erhebliche strukturelle Schädigungen (SLAP-Läsion) vor dem Unfall bestanden, lässt dies - so Dr. Sch. überzeugend - den Rückschluss zu, dass auch entsprechende Veränderungen der langen Bizepssehne vorlagen. Im Übrigen belegt dies sowohl der Operationsbericht ("Die Sehne ist in ihrem Querschnitt ovalär verjüngend ruptiert, auch im Bereich des Ansatzes degenerativ verändert") als auch der histologische Befund der Probe aus der Bizepssehne, wenn dort von degenerativen Vorschäden die Rede ist.

Der Umstand, dass der Kläger, wovon der Senat auf Grund der Angaben des Klägers und den vom Sozialgericht eingeholten Aussagen der behandelnden Ärzte ausgeht, nicht speziell über Beschwerden im Bereich der rechten Schulter oder gar im Bereich des rechten Bizeps klagte, spricht nicht gegen das Vorliegen einer erheblichen strukturellen Schädigung der Bizepssehne vor dem Unfall. Denn degenerative Veränderungen von Sehnen, insbesondere auch im Bereich der Rotatorenmanschette, müssen nicht zwangsläufig mit Schmerzen einhergehen, sondern können auch in Bezug auf Schmerzen symptomlos verlaufen (Hepp/Lambert, a.a.O. Seite 182). Der Fall des Klägers zeigt dies eindrücklich. Denn selbst die SLAP-Läsion, die schon vor dem Unfall vorlag, führte nicht zu Beschwerden. Im Übrigen hat Dr. W. über Beschwerden im Bereich des rechten Schultergürtels und des rechten Armes berichtet und darauf hingewiesen, dass es für den Patienten mitunter schwer zu entscheiden sei, ob Schmerzen im Schultergelenk selbst oder durch - beim Kläger bestehende - Veränderungen an der Halswirbelsäule entstehen.

Aber selbst wenn zugunsten des Klägers angenommen wird, dass es am 04.12.2006 durch den Sturz zu strukturellen Schäden der (bereits strukturell vorgeschädigten) langen Bizepssehne kam, vermag der Senat die im Rahmen der zweiten Stufe der Kausalitätsprüfung zu beantwortende Frage, ob das Unfallereignis auch rechtlich wesentlich für die - hier allein streitige - spätere Komplettruptur der langen Bizepssehne war, nicht zu bejahen. Mit Dr. Sch. misst der Senat den ausgeprägten strukturellen Vorschäden der Sehne die überragende Bedeutung für den späteren Abriss der Sehne zu.

Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen Krankheitsanlage (egal, ob bislang stumm oder als Vorschaden manifest) zu vergleichen und abzuwägen ist (Problem der inneren Ursache), ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" (im Falle eines Vorschadens weiterer) akuter Erscheinungen aus ihr durch das Unfallereignis nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Gleiches gilt selbstverständlich, wenn die Erscheinung zu derselben Zeit ohne jede äußere Einwirkung aufgetreten wäre (siehe BSG, Urteil vom 02.02.1999, [B 2 U 6/98 R](#)).

Die innere Ursache muss bei dieser Prüfung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen, die bloße Möglichkeit einer inneren Ursache genügt nicht (BSG, Urteil vom 07.09.2004, [B 2 U 34/03 R](#)). Dies gilt auch für das Ausmaß der inneren Ursache (BSG, Urteil vom 06.12.1989, [2 RU 7/89](#)). Demgegenüber ist für die Beurteilung, ob das Unfallgeschehen bloße Gelegenheitsursache war, ob ein alltägliches Ereignis etwa zu derselben Zeit zum selben Erfolg geführt hätte, Wahrscheinlichkeit notwendig; die bloße Möglichkeit genügt auch hier nicht (BSG Urteil vom 04.12.1991, [2 RU 14/91](#)). Dies bedeutet, dass die Grundlagen der Beurteilung, ob das Unfallereignis bloße "Gelegenheitsursache" war, im Sinne des Vollbeweises feststehen müssen, die Kausalitätsfrage ist wieder nach Wahrscheinlichkeit zu beurteilen. Ist eine erhebliche Vorschädigung der durch den Unfall betroffenen Körperstelle, die eine Schädigung durch ein alltägliches Ereignis ermöglicht hätte oder ohne äußere Einwirkung zu der in Rede stehenden strukturellen Schädigung geführt hätte, nicht nachgewiesen, geht dies nach dem im Sozialrecht geltenden, oben dargelegten Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten der Beklagten (BSG, Urteil vom 30.01.2007, [B 2 U 23/05 R](#) in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 22](#)).

Der Senat geht - wie die Beklagte und das SG aus den oben bereits dargestellten Gründen - davon aus, dass beim Kläger an der Bizepssehne bereits deutliche degenerative Veränderungen vorlagen. Wie ausgeführt ist dies zum einen durch den Operationsbericht und zum anderen durch den feingeweblichen Untersuchungsbefund (Entnahme von der Bizepssehne), der auch degenerative Veränderungen dokumentiert, belegt.

Darüber hinaus sind - so Dr. Sch. auf der Grundlage des Operationsberichts für den Senat überzeugend - für den gesamten Bereich der Rotatorenmanschette vorbestehende degenerative Veränderungen dokumentiert, die das altersentsprechende Maß überstiegen (Bl. 101 VA). Der Operateur Dr. S. beschrieb (s. die Zusammenfassung von Dr. Sch. Bl. 99 VA) eine Knorpelschädigung II. Grades des Oberarmkopfes. Dies ist ein Schadensbild, welches sich nicht innerhalb von zehn Tagen entwickelt haben kann. Die Sehne des oberen und unteren Schulterblattgrätenmuskels erwies sich als ausgedünnt. Dies ist typisch für eine degenerativ veränderte Sehne. Gleiches gilt für die als klein ovalär rupturiert beschriebene Sehne des oberen Schulterblattgrätenmuskels. Bei der Spiegelung des Raumes unter dem Schulterdach wurden osteophytäre Veränderungen entfernt. Insgesamt wurden - so Dr. Sch. - vom Operateur ausschließlich degenerative Veränderungen, jedoch keinerlei frische unfallbedingte Schädigungszeichen - solche zeigten sich also nur im histologischen Befund - beschrieben.

Der Senat ist ferner, gestützt auf die Ausführungen von Dr. Sch., davon überzeugt, dass diese Vorschädigung so weit fortgeschritten war, dass mit der nach dem Unfall aufgetretenen Schädigung zum Unfallzeitpunkt mit Wahrscheinlichkeit schon im Rahmen einer alltäglichen Belastung zu rechnen war (Dr. Sch. Bl. 150 SG-Akte). Dies ergibt sich auch für den Senat aus der Zusammenschau des intraoperativen Befunds, bei dem sich - wie eben ausgeführt - für den Bereich der gesamten rechten Schulter deutliche degenerative Veränderungen aber keine frischen Schädigungszeichen zeigten. Ferner ergibt sich dies aus dem histologischen Befund, der ein - so Dr. Sch. (Bl. 151 SG-Akte) - mehrzeitiges Geschehen belegt. Aus den von Prof. Dr. B. beschriebenen Reparationsvorgängen folgt zwangsläufig, dass schon vor dem

streitgegenständlichen Unfallereignis (Teil-)Rupturen an der langen Bizepssehne aufgetreten sein müssen.

Auch wenn es sich bei dem Unfallereignis vom 04.12.2006 sicher nicht um ein alltägliches Ereignis handelte, ist für den Senat die Auffassung von Dr. Sch. , dass angesichts der klar belegten Vorschädigung auch ein alltägliches Ereignis ausgereicht hätte, um den nachfolgend eingetretenen Schaden zu verursachen, überzeugend. Der Arbeitsunfall war mithin für den Schadenseintritt nur eine sog. Gelegenheitsursache bzw. Auslöser, nicht jedoch die rechtlich wesentliche Ursache. Von überragender Bedeutung waren die zum Unfallzeitpunkt bereits bestehenden degenerativen Veränderungen. So haben es letztlich auch der beratende Arzt der Beklagten Dr. Sch.-B. (Bl. 39 VA, Bl. 165 SG-Akte) und der behandelnde Arzt Dr. B. gesehen (Bl. 59 VA).

Die gegenteilige Auffassung von Prof. Dr. E., der zwar ebenso wie Dr. Sch. von vorbestehenden degenerativen Veränderungen im rechten Schulterbereich, auch an der Bizepssehne, ausgeht, diesen jedoch keine überragende Bedeutung beimisst, überzeugt den Senat nicht.

Dies beruht darauf, dass Prof. Dr. E. den von Dr. S. erhobenen Befund - u.a. alte SLAP-Läsion, keine frischen Schädigungszeichen (s.o.) - letztlich auf Grund theoretischer Erwägungen ignoriert und aufbauend darauf hinsichtlich der auch von ihm angenommenen vorbestehenden degenerativen Veränderungen keine schlüssige Bewertung der Frage nach der Wesentlichkeit ihres Verursachungsanteils vorgenommen hat. Dr. S. beschrieb die SLAP-Läsion als Operateur und damit auf Grund des unmittelbaren Eindrucks - für den Senat anhand des ausführlichen Operationsberichts und der Erläuterungen von Dr. Sch. nachvollziehbar - eindeutig als alt und nannte auch sonst keine Zeichen einer frischen Schädigung. Soweit Prof. Dr. E. versucht hat, den von Dr. S. erhobenen Befund zu entkräften, beruht seine Argumentation, wie vom Sozialgericht zutreffend bemerkt, auf Spekulationen und unberechtigten Annahmen.

Dies gilt zunächst für den von Prof. Dr. E. angenommenen Unfallhergang. Der von ihm beschriebene Sturzvorgang mit einem reflektorischen Verhalten, bei dem der Kläger versucht haben soll, primär den Sturz durch den ausgestreckten Arm nach hinten abzufangen, ist nicht belegt. Zeitnah hat der Kläger gegenüber Dr. B. lediglich angegeben, auf die rechte Schulter gefallen zu sein. Soweit Prof. Dr. E. weiter angenommen hat, es müsse zu einer Luxation des Schultergelenkes mit spontaner Reposition und dabei zum Abriss der Bizepssehne gekommen sein, hat er dies selbst als "Theorie" (Bl. 121 SG-Akte) bezeichnet. Dies trifft zu, denn angesichts der Schnelligkeit des Ablaufs, der psychischen Situation des Klägers (Schreck, Angst) und der beschränkten menschlichen Wahrnehmungsfähigkeit lässt sich der Unfallhergang naturgemäß nicht weiter klären und auch für eine Luxation liegen - außer, dass sie zu der festgestellten SLAP-Läsion "passen" würde (Prof. Dr. E. Bl. 121 SG-Akte) - keine objektiven Hinweise auf Verletzungsfolgen im Bereich der vorderen Kapsel wie Einblutungen und Einrisse vor. Darauf hat Dr. Sch. für den Senat nachvollziehbar hingewiesen (Bl. 148 SG-Akte). Soweit Prof. Dr. E. hierzu eingewandt hat, die fehlende Beschreibung eines serösen Ergusses im Operationsbericht sei angesichts der angewandten Operationstechnik zu relativieren und schwerwiegende, starke Blutungen und ein deutlicher Hämarthros in dem Schultergelenk seien auch nach einem akutem Schaden eher selten, mögen dies eventuell plausible Erklärungsansätze sein. Am Fehlen objektiver Nachweise für den von Prof. Dr. E. angenommenen Verletzungsmechanismus ändert dies jedoch nichts.

Auch die pauschale Behauptung von Prof. Dr. E., ein Mensch mit einer SLAP-IV-Läsion könne keine körperliche Arbeit von 320 bis 350 Stunden monatlich ausüben (Bl. 157 SG-Akte), ist nicht geeignet, den von Dr. S. erhobenen Befund zu widerlegen. Prof. Dr. E. hat seine Auffassung auch nicht begründet. Weder Dr. Sch. noch Dr. Sch.-B. haben diese Bedenken geteilt. Angesichts der Tatsache, dass - wie bereits ausgeführt - strukturelle Schäden nicht klar mit Funktionsstörungen korrelieren (Hepp/Lambert, a.a.O.) misst der Senat somit dem Operationsbericht die ausschlaggebende Bedeutung zu. Damit beruht die Kausalitätsbeurteilung von Prof. Dr. E. auf einer unzutreffenden, weil die strukturellen Vorschäden nicht berücksichtigenden Tatsachengrundlage.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-01-29