

L 10 U 104/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 13 U 3943/09
Datum
17.11.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 104/12
Datum
22.05.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 17.11.2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung von Unfallfolgen sowie die Gewährung von Verletztengeld streitig.

Der am 1949 geborene Kläger ist seit 1999 bei der Firma G ... S. GmbH & Co. KG (Firma S.) in B. als Baggerfahrer beschäftigt. Anlässlich einer am 11.02.2008 erfolgten ersten Vorstellung bei dem Arzt für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. Bl. klagte der Kläger neben seit Jahren bestehenden Schmerzen in der LWS auch über Schmerzen in den Schultern beidseits mit Betonung links. Nach Untersuchung der Schultern, bei der Dr. Bl. funktionelle Bewegungseinschränkungen beidseits (Dorsal-Ventralflexion 40-0-160 Grad, Abduktion 170 Grad, Innen/Außenrotation 100-0-60 Grad, schmerzhafter Bogen zwischen 90 und 120 Grad) sowie Druckschmerzen über den AC-Gelenken feststellte, äußerte er den Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur beidseits. Nachdem der Kläger am 12.02.2009 über wieder seit drei Monaten bestehende Schulterschmerzen rechtsseitig geklagt und sich bei der Untersuchung im Vergleich zur Voruntersuchung eine Zunahme der Bewegungseinschränkungen gezeigt hatte, überwies Dr. Bl. den Kläger zu einer radiologischen Untersuchung der rechten Schulter (vgl. Auskunft des Dr. Bl., Bl. 29/32 SG-Akte). Die sodann am 26.02.2009 in der Praxis der Radiologen Dres. H. und S. durchgeführte Kernspinresonanztomographie (NMR) zeigte eine Rotatorenmanschettenruptur rechts.

Am Vortag, also am 25.02.2009, erlitt der Kläger gegen 8.00 Uhr einen Arbeitsunfall, indem er beim Versuch, seinen Bagger zu besteigen, auf dem vereisten Tritt abrutschte und auf die linke Schulter fiel.

Anlässlich der am 05.03.2009 zur Besprechung des Ergebnisses der durchgeführten NMR erfolgten Vorstellung bei Dr. Bl. (vgl. insoweit Arztbrief vom 01.08.2010, Bl. 91/93 SG-Akte bzw. Gutachten Bl. 139 LSG-Akte) berichtete der Kläger von dem Unfall und gab an, am Unfalltag seine Tätigkeit vor Feierabend abgebrochen zu haben. Bei der durchgeführten Untersuchung fand Dr. Bl. äußerlich einen unauffälligen Befund; sensible Ausfälle an den Armen zeigten sich nicht. Die Funktion der linken Schulter fand er mit einer Dorsal-Ventralflexion von 40-0-130 Grad, einer Abduktion von 130 Grad und einer Innen/Außenrotation von 70-0-40 Grad leicht eingeschränkt. Er beschrieb ferner einen Druckschmerz subacromial ventral und lateral, einen leichten Druckschmerz über dem linken AC-Gelenk sowie einen schmerzhaften Bogen links zwischen 90 und 120 Grad. Die angefertigten Röntgenaufnahmen der linken Schulter zeigten nach Auswertung durch Dr. Bl. unauffällige knöcherne Verhältnisse und eine leichte AC-Arthrose links. Dr. Bl. diagnostizierte eine Schulterprellung links und wiederum den Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur links. Er veranlasste eine radiologische Untersuchung der linken Schulter und erachtete den Kläger für arbeitsfähig (vgl. Durchgangsarztbericht vom 05.03.2009, Bl. 3 VerwA).

Die sodann am 11.03.2009 im Krankenhaus A. durchgeführte Kernspintomographie der linken Schulter zeigte frische Komplett rupturen der Supra- und Infraspinatussehne mit Sehnenretraktion (vgl. Bl. 17 VerwA), weshalb Dr. Bl. eine Operationsindikation sah, ab 17.03.2009 Arbeitsunfähigkeit bescheinigte (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 17.03.2009, Bl. 29 LSG-Akte) und eine Vorstellung im Krankenhaus Balingen veranlasste. Anlässlich der dort erfolgten Vorstellung am 18.03.2009 fand der untersuchende Durchgangsarzt Sipoglu eine deutliche Supraspinatusschwäche links, ein positives Apprehensionszeichen und eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit mit einer Körperabspreizbewegung bis 80 Grad und einer Vorwärtsbewegung bis 100 Grad. Die Außenrotation beschrieb er als stark eingeschränkt und mit grober Kraftminderung als Hinweis für eine Infraspinatussehnenbeteiligung. Die Innenrotation war erhalten. Durchgangsarzt Sipoglu sah die Indikation für eine arthroskopische Rekonstruktion (vgl. Nachschaubericht vom 18.03.2009, Bl. 9 VerwA), die dann am 26.03.2009

im Rahmen einer stationären Behandlung im Krankenhaus Balingen, bei der sich zusätzlich eine Labrumruptur und eine rupturierte lange Bizepssehne ergaben (OP-Bericht, Bl. 27 VerwA), durchgeführt wurde (Labrumrefixation, Tenodese der langen Bizepssehne, Rekonstruktion und Naht der Rotatorenmanschette; vgl. Entlassbrief des Krankenhauses Balingen vom 31.03.2009, Bl. 13/14 VerwA).

Nach Auswertung der medizinischen Unterlagen durch den Beratungsarzt der Beklagten, nach dessen Auffassung wesentlich mehr gegen als für einen Zusammenhang zwischen der Rotatorenmanschettenruptur und dem Sturz spreche, bat die Beklagte die behandelnden Ärzte des Krankenhauses Balingen mit Schreiben vom 11.05.2009, die Behandlung zu ihren Lasten abubrechen, weil kein Arbeitsunfall vorliege. Mit Schreiben vom selben Tag bat sie ferner die AOK - Die Gesundheitskasse Neckar-Alb, kein Verletztengeld auszus zahlen, da kein entschädigungspflichtiger Arbeitsunfall vorliege. Unter Bezugnahme auf dieses Schreiben erhob der Kläger Widerspruch und machte geltend, einen Arbeitsunfall erlitten zu haben. Auch Dr. Bl. wandte sich deshalb an die Beklagte und führte aus, es liege eindeutig ein Arbeitsunfall mit einer Distorsionsprellung der linken Schulter vor. Der acht Tage nach dem Unfall erhobene Untersuchungsbefund spreche nicht für und nicht gegen eine frische Rotatorenmanschettenruptur. Er habe den Kläger am 11.02.2008 wegen Schulterschmerzen beidseits untersucht; im Vergleich dazu sei die Funktionsminderung nach dem Unfall erheblich. Entscheidend für die Beurteilung, ob eine Rotatorenmanschettenruptur traumatisch oder degenerativ sei, sei die Histologie. Nach der Beschreibung der Pathologin Dr. D. entspreche das histologische Bild aber einem frischen, ca. vier Wochen alten, Trauma, wobei die degenerativen Veränderungen eher gering ausgeprägt seien. Der erneut hinzugezogene Beratungsarzt der Beklagten hielt unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich beigezogenen weiteren Unterlagen (u.a. Befund der Dr. D., Institut für Pathologie der Kreiskliniken R., Bl. 46 VerwA) an der zuvor geäußerten Auffassung fest, wonach mehr Gesichtspunkte gegen als für eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion sprächen (u.a. ärztliche Behandlung erstmals acht Tage nach dem Unfall, Erstbefund mit guter Beweglichkeit).

Mit Bescheid vom 21.08.2009 lehnte die Beklagte die Gewährung von Leistungen aus Anlass des Arbeitsunfalls vom 25.02.2009 über den 24.03.2009 hinaus sodann ab. Zwischen dem angeschuldigten Unfall und der festgestellten Rotatorenmanschettenruptur bestehe angesichts der vom Beratungsarzt im einzelnen dargelegten Gesichtspunkte kein ursächlicher Zusammenhang. Der Arbeitsunfall habe lediglich zu einer Prellung der linken Schulter mit einer hierdurch bedingten Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit bis 24.03.2009 geführt. Über diesen Zeitpunkt hinaus bestehe kein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung. Der dagegen eingelegte Widerspruch des Klägers blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 22.10.2009).

Am 26.11.2009 hat der Kläger dagegen beim Sozialgericht Reutlingen (SG) mit dem Antrag Klage erhoben, den Bescheid vom 21.08.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.10.2009 aufzuheben, eine Rotatorenmanschettenruptur als Unfallfolge festzustellen und die Beklagte zu verurteilen, ihm Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung zu gewähren. In der mündlichen Verhandlung hat er sein Begehren konkretisiert und die Feststellung von Rupturen der langen Bizepssehne, Infraspinatus- und Supraspinatussehne und eines Labrumrisses als Unfallfolge beantragt sowie ihm nach Ablauf der Entgeltfortzahlung Verletztengeld zu gewähren. Er hat geltend gemacht, die Rupturen seien allein auf den Sturz vom 25.02.2009 zurückzuführen und seien nicht Folge erheblicher Vorschäden. Entgegen der Annahme der Beklagten habe er sofort nach dem Sturz heftige Schmerzen gehabt. Um die Schmerzen zu ertragen, habe er Schmerzmittel (Ibuprofen) eingenommen.

Das SG hat Dr. Bl. schriftlich als sachverständigen Zeugen angehört. Dieser hat u.a. über die Vorstellungen des Klägers am 11.02.2008, 12.02.2009 und 05.03.2009, die dabei erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen berichtet. Das SG hat darüber hinaus das Gutachten des Prof. Dr. L., Zentrum für Schulter- und Ellenbogenchirurgie, A.-Klinik H., auf Grund Untersuchung des Klägers vom 10.06.2010 eingeholt. Dieser hat die Schädigung der Rotatorenmanschette überwiegend auf alterungs- und verschleißbedingte Veränderungen und nicht auf den Sturz vom 25.02.2009 zurückgeführt. Für einen Unfallzusammenhang sprächen die angegebene Beschwerdefreiheit bis zum Zeitpunkt des Sturzes, das angegebene, unmittelbar nach dem Sturz eingetretene Beschwerdebild, die fehlende Rückbildung der Muskelbäuche im Rahmen der kernspintomographischen Untersuchung sowie die Ausführungen im pathologischen Befund. Gegen einen ursächlichen Zusammenhang sprächen die ärztlich dokumentierten vorbestehenden Beschwerden, der theoretisch für eine strukturelle Schädigung der Rotatorenmanschette nicht geeignete Ereignisablauf, das Fehlen äußerer Verletzungszeichen nach Angaben des Untersuchten und im Rahmen des Erstbefundes, das eine Woche nach der Verletzung dokumentierte aktive Bewegungsmaß, die röntgenologisch und mittels MRT eindeutig feststellbare Schadensanlage, das Fehlen eines Bone bruise und die ausgedünnten Sehnenränder im Rahmen der Kernspintomographie vom 11.03.2009, die Beschreibung der Sehnenränder im Operationsbericht sowie die Beschreibung des feingeweblichen Befundes. Zusammenfassend überwogen bei Weitem die Hinweise auf eine alterungs- und verschleißbedingte Entstehung des Schadens. Mit hoher Wahrscheinlichkeit könne davon ausgegangen werden, dass der Kläger sich bei dem Sturz eine schwere Prellung und/oder Zerrung der linken Schulter zugezogen habe. Möglicherweise sei es auch zu einem Riss im Bereich der oberen Gelenkklippe gekommen; auch sei nicht auszuschließen, dass es anlässlich des Sturzes zu einer Vergrößerung der vorbestehenden Läsion der Rotatorenmanschette gekommen sein könnte. Diese hätte jedoch zum gleichen Zeitpunkt bei einer willkürlichen Kraftanstrengung auch ohne äußere Gewalteinwirkung in gleichem Ausmaß eintreten können. Gegen dieses Gutachten hat sich der Kläger unter Vorlage des Arztbriefs des Dr. Bl. vom 01.08.2010 (Bl. 91/93 SG-Akte) gewandt. Nach dessen Auffassung sei die Rotatorenmanschettenruptur eindeutig Unfallfolge, nachdem im MRT- und im histologischen Befund eindeutig eine frische Ruptur beschrieben werde und der Kläger anlässlich seiner Vorstellung am 12.02.2009 nur über Schmerzen in der rechten Schulter geklagt habe. Hierzu hat sich Prof. Dr. L. ergänzend geäußert; er ist weiterhin davon ausgegangen, dass die gegen einen ursächlichen Zusammenhang sprechenden Kriterien überwogen.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat das SG sodann das Gutachten des Dr. Bl. eingeholt. Dieser hat den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem in Rede stehenden Unfall und der Rotatorenmanschettenruptur im Wesentlichen gestützt auf den radiologischen und histologischen Befund, die eindeutig von einer "frischen Ruptur" sprächen, bejaht. Hiergegen hat sich die Beklagte unter Vorlage der beratungsärztlichen Stellungnahme des Dr. Brandner gewandt.

Mit Urteil vom 17.11.2011 hat das SG die Klage gestützt auf das Gutachten des Prof. Dr. L. abgewiesen. Es sei nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festzustellen, dass die Rotatorenmanschettenruptur bei dem Unfall eingetreten sei. Für einen vorbestehenden Schaden sprächen die bereits 2008 bestehenden Schmerzen beidseits, derentwegen Dr. Bl. schon zuvor den Verdacht auf Rotatorenmanschettenrupturen beidseits geäußert habe. Gegen eine gewaltsame Zerreißung spreche u.a. auch der Umstand, dass der Kläger nicht unverzüglich einen Arzt aufgesucht habe, eine Krankschreibung erst am 17.03.2009 erfolgt und am 05.03.2009 mit einer leichten Bewegungseinschränkung der linken Schulter kein verletzungstypischer Erstbefund erhoben worden sei. Wenn auch der

histologische Befund mit einem vier Wochen zurückliegenden Trauma vereinbar sei, so fänden sich gleichwohl weder darin noch im MRT-Befund eindeutige Hinweise auf ein Trauma. Soweit der Sachverständige in Betracht gezogen habe, dass es anlässlich des Sturzes zu einer Vergrößerung eines vorbestehenden Schadens gekommen sein könnte, sei ein rechtlich wesentlicher Kausalzusammenhang gleichwohl zu verneinen, da auch in diesem Fall der vorbestehende Schaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die überragende Ursache für den nunmehr bestehenden Gesundheitsschaden sei.

Gegen das seinen Bevollmächtigten am 07.12.2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 09.01.2012, einem Montag, beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt und unter Wiederholung und Vertiefung seines Vorbringens gestützt auf das Gutachten des Dr. Bl. an seiner bisher vertretenen Auffassung festgehalten. Von einer vorbestehenden Rotatorenmanschettenruptur links könne nicht ausgegangen werden, da Dr. Bl. insoweit lediglich eine Verdachtsdiagnose gestellt habe. Es sei davon auszugehen, dass bei ihm als Rechtshänder linksseitig ein besserer Befund vorgelegen habe als rechtsseitig. Rechtsseitig seien aber bis heute keine so schwerwiegenden Schäden aufgetreten wie linksseitig. Dies belege, dass der Sturz ursächlich für die Rotatorenmanschettenbeschädigung links sei. Gegen einen Unfallzusammenhang spreche weder der Umstand, dass er wenige Tage weiter gearbeitet habe, noch dass er nicht sofort einen Arzt aufgesucht habe. So sei ihm die Weiterarbeit lediglich wegen der von Dr. Bl. verordneten Schmerzmittel unter großen Mühen möglich gewesen und einen Arzttermin habe er trotz seiner sofortigen Bemühungen erst für den 05.03.2009 erhalten.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 17.11.2011 und den Bescheid vom 21.08.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.10.2009 aufzuheben, festzustellen, dass die Ruptur der langen Bizepssehne links, die Ruptur der Infraspinatus- und Supraspinatussehne links sowie der Labrumriss links Folgen des Unfalls vom 25.02.2009 sind, und die Beklagte zu verurteilen, ihm nach Ablauf des Entgeltfortzahlungszeitraums Verletztengeld zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig.

Der Senat hat u.a. eine Auskunft bei der Firma S. eingeholt und im Hinblick auf ihre Untersuchung von Gewebeproben Dr. D. schriftlich als sachverständige Zeugin angehört. Diese hat die Darlegungen in ihrem histologischen Befund erläutert und sich zum Alter der beschriebenen Kontinuitätsunterbrechungen geäußert. Der Senat hat schließlich ergänzende Stellungnahmen des Sachverständigen Prof. Dr. L. unter Berücksichtigung des Gutachtens des Dr. Bl. sowie der ergänzenden Ausführungen der Dr. D. eingeholt.

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 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß den [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers ist zulässig; sie ist jedoch nicht begründet.

Der Kläger begehrt die gerichtliche Feststellung von Rupturen der langen Bizepssehne, der Supraspinatus- und Infraspinatussehne sowie eines Labrumrisses links als Gesundheitsschaden in Folge des Arbeitsunfalles vom 25.02.2009. Nach [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) kann mit der Klage die Feststellung begehrt werden, ob eine Gesundheitsstörung die Folge eines Arbeitsunfalles ist. Eine solche Feststellung einer Unfallfolge begehrt der Kläger allerdings nicht. Denn die Rupturen der genannten Sehnen und der Labrumriss wären - einen ursächlichen Zusammenhang hier unterstellt - nicht Folge des Unfalles, sondern der dem Begriff des Unfalles immanente Primärschaden oder Gesundheitserstschaden (s. zur Unterscheidung von Gesundheitserstschaden und Unfallfolge BSG Urteil vom 15.05.2012, [B 2 U 16/11 R](#), Rdnr. 19). Allerdings hat das Bundessozialgericht die Regelung des [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) - ohne Problematisierung - auf die Feststellung von Gesundheitserstschäden erweitert (BSG, Urteil vom 24.07.2012, [B 2 U 23/11 R](#), Rdnr. 14). Damit ist die vom Kläger erhobene Feststellungsklage unzulässig.

Soweit der Kläger die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung von Verletztengeld begehrt, ist die Klage gleichermaßen zulässig. Zwar ist über die Gewährung von derartigen Sozialleistungen vor Klageerhebung in einem Verwaltungsverfahren zu befinden, das mit einem Verwaltungsakt abschließt, gegen den die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zulässig ist ([§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#)), weil auch im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung zwischen Versicherungsfall - siehe die Definition der Versicherungsfälle in [§§ 7 ff. SGB VII](#) - und Leistungsfall - vgl. die [§§ 26 ff. SGB VII](#) - zu unterscheiden ist, und die Beklagte hat diese konkrete Leistung in dem angefochtenen Bescheid nicht einmal erwähnt. Jedoch ist bei der Auslegung von Verwaltungsakten in Anwendung der für Willenserklärungen maßgeblichen Grundsätze ([§§ 133, 157](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches) vom objektiven Sinngehalt ihrer Erklärungen auszugehen, wie sie der Empfänger bei verständiger Würdigung nach den Umständen des Einzelfalles objektiv verstehen musste, wobei der der Bestandskraft (Bindungswirkung) zugängliche Verfügungssatz zu Grunde zu legen und zur Klärung seines Umfangs die Begründung des Bescheides zu berücksichtigen ist (BSG, Urteil vom 16.11.2005, [B 2 U 28/04 R](#)). Ausgehend hiervon durfte der Kläger auf Grund des Verfügungssatzes des Bescheides, der die Aussage enthält, dass die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung abgelehnt werden, davon ausgehen, dass die Beklagte auch die Gewährung von Verletztengeld ablehnte. Der Verfügungssatz mag für sich genommen zwar missverständlich sein, weil er Leistungen jeweils ablehnte, soweit sie den Zeitraum ab 24.03.2009 betreffen, jedoch keine Differenzierung vornimmt, welche Leistungen damit gemeint sind. Allerdings hatte sich die Beklagte bereits im Vorfeld dieser Entscheidung mit dem Hinweis an die Krankenkasse des Klägers gewandt, in ihrem Auftrag an diesen kein Verletztengeld auszuzahlen und damit diese konkrete Leistung benannt, die der Kläger ihres Erachtens nicht beanspruchen könne. Gerade gegen dieses an seine Krankenkasse gerichtete Schreiben hat sich der Kläger dann aber im Weiteren verhalten und hiergegen ausdrücklich "Widerspruch" erhoben. Vor diesem Hintergrund durfte der Kläger bei verständiger Würdigung der Ausführungen im Bescheid vom 21.08.2009 davon ausgehen, dass die Beklagte mit der Ablehnung von Leistungen über den 24.03.2009 hinaus insbesondere nun auch ihm gegenüber die Gewährung von Verletztengeld ablehnte.

Die zulässige Feststellungsklage ist nicht begründet. Ebenso wie das SG erachtete es auch der Senat nicht für wahrscheinlich, dass die beim Kläger mittels MRT vom 11.03.2009 bzw. am 26.03.2009 intraoperativ objektivierten Rupturen im Bereich der Rotatorenmanschette ursächlich auf den in Rede stehenden Sturz auf die linke Schulter zurückzuführen sind.

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 hinweg gedacht 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 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.

Der Senat hält es nicht für wahrscheinlich, dass der Sturz vom 25.02.2009 naturwissenschaftliche Ursache der vom Kläger zur Feststellung begehrten Gesundheitsschäden war. In Übereinstimmung mit der Auffassung des SG sieht auch der Senat keine ausreichenden Indizien für die Annahme einer akuten traumatischen Schädigung der in Rede stehenden Strukturen der Rotatorenmanschette durch den angeschuldigten Sturz. Gegen einen solchen Zusammenhang spricht maßgeblich der am 05.03.2009 von Dr. Bl. erhobene Erstbefund.

Ausweislich seines Durchgangsarztberichts vom 05.03.2009 fand Dr. Bl. an diesem Tag, also acht Tage nach dem Ereignis, im Bereich der linken Schulter einen äußerlich unauffälligen Befund und eine leichte Bewegungseinschränkung mit einer Dorsal-Ventralflexion von 40-0-130 Grad, einer Abduktion von 130 Grad, einer Innen/Außenrotation von 70-0-40 Grad sowie einem schmerzhaften Bogen zwischen 90 und 120 Grad, ferner einen Druckschmerz subacromial ventral sowie lateral und über dem linken AC-Gelenk. Zwar äußerte Dr. Bl. den Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur links, der sich durch die gleichzeitig veranlasste und dann am 11.03.2009 erfolgte radiologische Untersuchung der linken Schulter bestätigte, gleichwohl weist dies - der geäußerte Verdacht - nicht auf einen Unfallzusammenhang hin. Denn den Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur links hatte Dr. Bl. bereits ein Jahr zuvor geäußert, als der Kläger sich bei ihm wegen Schulterbeschwerden beidseits mit Betonung links vorgestellt hatte. Bereits seinerzeit hatte Dr. Bl. leichte Funktionseinschränkungen beidseits (Dorsal-Ventralflexion 40-0-160 Grad, Abduktion 170 Grad, Innen/Außenrotation 100-0-60 Grad, schmerzhafter Bogen zwischen 90 und 120 Grad; Druckschmerzen über den AC-Gelenken) wenn auch in geringerem Ausmaß als nunmehr linksseitig - festgestellt und als Ursache hierfür Rotatorenmanschettenrupturen beidseits in Betracht gezogen. Wenn auch die Funktionseinschränkung im Bereich der linken Schulter am 05.03.2009 ausgeprägter war als ein Jahr zuvor, handelte es sich - so die Bewertung von Dr. Bl. selbst im Durchgangsarztbericht - um nur leichte Bewegungseinschränkungen. Diese, von Dr. Bl. festgestellten Befunde lassen die Annahme einer akuten traumatischen Schädigung von Strukturen der Rotatorenmanschette im nach dem Sturz radiologisch und intraoperativ festgestellten Ausmaß nicht zu.

Insoweit hat der Sachverständige Prof. Dr. L. im Rahmen seines Gutachtens und seiner dem Senat erteilten ergänzenden Stellungnahmen überzeugend dargelegt, dass eine gewaltsame Zerreißung einer Sehne der Rotatorenmanschette ein erhebliches Verletzungsereignis darstellt, das im Regelfall äußere Verletzungszeichen, wie Schwellungen und Blutergüsse, hinterlässt. Derartige Verletzungszeichen fand Dr. Bl. eine Woche nach dem Sturz nicht. Vielmehr beschrieb er einen äußerlich unauffälligen Befund. Soweit der Kläger im Laufe des Verfahrens angegeben hat, sein Arm sei in den Tagen nach dem Sturz geschwollen und blau angelaufen gewesen, ist dies - so für den Senat überzeugend der Sachverständige Prof. Dr. L. - mit dem acht Tage nach dem Unfall von Dr. Bl. erhobenen äußerlich unauffälligen Befund nicht in Einklang zu bringen. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn man die weiteren Angaben des Klägers zu Grunde legt, nach dem Unfall Ibuprofen 800 mg eingenommen zu haben. Denn auch die Wirkung dieses Medikaments, das nach den Darlegungen des Dr. Bl. in seinem Arztbrief vom 01.08.2010 neben einer erheblichen Schmerzminderung die linke Schulter nicht wesentlich hat anschwellen lassen, erklärt nicht den gänzlich unauffälligen Befund, also einen Befund ohne jegliches Zeichen einer Schwellung oder eines Blutergusses.

Darüber hinaus lässt sich auch die bei der klinischen Untersuchung am 05.03.2009 festgestellte Bewegungseinschränkung mit der in der Kernspintomographie vom 11.03.2009 objektivierten Komplettruptur der Supra- und Infraspinatussehne nicht vereinbaren. Insoweit hat der Sachverständige Prof. Dr. L. für den Senat überzeugend ausgeführt, dass es bei einem vollständigen traumatischen Abriss sowohl der Supraspinatussehne als auch der Infraspinatussehne zum Vollbild eines Drop-Arm-Zeichens kommt. So führt der vollständige Abriss der Supraspinatussehne zumindest für einige Wochen zu einer vollständigen Aufhebung der aktiven Abspreizfähigkeit mit Pseudoparalyse und Drop-Arm-Zeichen und der vollständige Abriss der Infraspinatussehne zu einem vollständigen Verlust der aktiven Außenrotation mit positivem LAG-Zeichen, was bedeutet, dass der Arm, wenn der Untersucher ihn passiv nach außen dreht und ihn loslässt durch den Tonus der Innendrehmuskeln automatisch wieder nach innen gezogen wird. Derartige Funktionseinschränkungen stellte Dr. Bl. anlässlich seiner Untersuchung am 05.03.2009 gerade nicht fest. Er beschrieb weder ein Drop-Arm-Zeichen noch eine aufgehobene Außenrotation. Diese zeigte sich mit 40 Grad vielmehr lediglich leicht eingeschränkt. Die entsprechende Diskrepanz veranlasste den Sachverständigen Prof. Dr. L.

sogar zu der Aussage, dass eine Beweglichkeit im Bereich der linken Schulter, wie sie der Befund vom 05.03.2009 beschreibt, bei einem vollständigen Abriss der Supraspinatussehne und der Infrapinatussehne, wie sie später im MRT und bei der Operation festgestellt wurde, einem Wunder gleichkomme. Schließlich hat der Sachverständige für den Senat auch überzeugend dargelegt, dass die zu erwartende - biomechanisch, nicht jedoch schmerzbedingte - Funktionseinschränkung nicht durch die Einnahme von Medikamenten hat verhindert werden können, weshalb insoweit ohne Bedeutung ist, dass der Kläger angesichts der aufgetretenen Schmerzsituation Ibuprofen 800 mg einnahm.

Auffällig ist, dass im Gegensatz zu der am 05.03.2009 erfolgten Untersuchung anlässlich der im Krankenhaus Balingen am 18.03.2009 erfolgten Vorstellung weit schwerwiegendere Bewegungseinschränkungen festgestellt wurden. Der untersuchende Arzt Sipoglu beschrieb in seinem Nachschaubericht vom 18.03.2009 insoweit nunmehr erhebliche Funktionseinschränkungen, und zwar solche, die seinen Ausführungen zufolge sowohl auf eine deutliche Supraspinatusschwäche als auch auf eine Infrapinatussehnenbeeinträchtigung hinwiesen. Ausgehend von dem am 05.03.2009 objektivierten und nicht auf einen Abriss der Supraspinatus- und Infrapinatussehne hinweisenden Befund ließe sich diese funktionelle Verschlimmerung damit erklären, dass die in Rede stehenden Rupturen im Rahmen eines chronischen Geschehens zwischen dem 05.03.2009 und der radiologischen Untersuchung vom 11.03.2009 eingetreten sind. In Einklang bringen ließe sich dies auch mit dem Umstand, dass der Arzt Sipoglu anlässlich seiner Untersuchung zwar erhebliche Beeinträchtigungen im Bereich der Supraspinatus- und Infrapinatussehne fand, jedoch kein Drop-Arm-Zeichen als Hinweis auf einen Abriss der Supraspinatussehne, obwohl eine Komplettruptur zu diesem Zeitpunkt mittels NMR bereits objektiviert war. Denn nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. L. kann ein vollständiges Abreißen dieser Sehne unter Umständen kompensiert werden, wenn sich aus einem Teilriss über Wochen und Monate durch zunehmenden Abrieb ein vollständiges Abreißen der Sehne ergibt. Das Vollbild eines Drop-Arm-Zeichens tritt dann nicht auf.

Im Hinblick auf die Ruptur der langen Bizepssehne, die sich als Längsruptur darstellte - ein Abriss lag insoweit anders als in Bezug auf die Supraspinatus- und Infrapinatussehne nicht vor -, war anlässlich der Erstuntersuchung am 05.03.2009 nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. L. zwar keine funktionelle Einschränkung zu erwarten, jedoch ist insoweit zu bedenken, dass die Ruptur bei einer traumatischen Ursache äußerlich hätte auffällig sein müssen, wobei insbesondere eine Blutergussbildung im Bereich der Bizepssehnenloge zu erwarten wäre. Eine solche Blutergussbildung wurde angesichts des oben bereits dargelegten unauffälligen äußeren Befundes anlässlich der Erstuntersuchung aber gerade nicht festgestellt. Damit findet sich im Erstbefund auch in Bezug auf die später objektivierter Ruptur der langen Bizepssehne kein Hinweis auf eine traumatische Ursache. Eine Bizepssehnenruptur wurde darüber hinaus auch nicht durch die Kernspintomographie vom 11.03.2009 objektiviert. Insoweit ist im Befund des Krankenhauses A. vielmehr eine geringe Tendinitis des intraartikulären Anteils der langen Bizepssehne beschrieben, wobei Rupturzeichen ausdrücklich verneint wurden ("ohne Rupturzeichen"). Objektiviert wurde eine Ruptur der langen Bizepssehne dann erstmals anlässlich der operativen Behandlung am 26.03.2009, d.h. einen Monat nach dem angeschuldigten Ereignis.

Somit spricht der am 05.03.2009 erhobene Befund maßgeblich gegen die Auffassung des Klägers, dass durch den angeschuldigten Sturz eine Komplettruptur der Supra- und Infrapinatussehne sowie einer Ruptur der langen Bizepssehne verursacht wurde.

Der Senat sieht auch keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür, den erstmals im Operationsbericht vom 26.03.2009 beschriebenen Labrumriss, d.h. die Veränderungen im oberen Bereich der Gelenkklippe, also dem Bereich, in dem die lange Bizepssehne an der Schulterpfanne ansetzt, ursächlich auf den in Rede stehende Sturz zurückzuführen. Zum einen wurde das Labrum glenoidale im Befund der Kernspintomographie vom Chefarzt der Klinik für Radiologie im Krankenhaus A., Prof. Dr. Bi. (vgl. Bl. 4 Rückseite VerWA), noch als intakt beschrieben und zum anderen handelte es sich bei dem Labrumriss nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. L. um eine SLAP-Läsion vom Typ IV, d.h. um einen korbhenkelartigen Riss, bei der es sich nach allgemeiner Auffassung um eine degenerative Gefügestörung handelt, die vom Labrum glenoidale ausgeht und sich in die lange Bizepssehne fortsetzt. Dies wird - so der Sachverständige - durch die Formulierung im Operationsbericht bestätigt, in dem der Lokalbefund entsprechend beschrieben wird ("LBS-Anker ist abgelöst und zerfetzt. Das Labrum stellt sich korbhenkelartig aufgefasert und rupturiert dar. Die Sehne ist bereits längs und schräg rupturiert."). Für eine traumatische Ursache finden sich auch insoweit keine hinreichenden Hinweise.

Soweit das SG gestützt auf die sog. Kontra-Kriterien, die Prof. Dr. L. im Rahmen seiner Beurteilung herangezogenen hat, neben dem Primärbefund weiter berücksichtigt hat, dass der Kläger nach dem Unfall nicht unverzüglich einen Arzt aufsuchte und die Arbeit nicht zeitnah einstellte, vielmehr erst im Zusammenhang mit der geplanten Operation am 17.03.2009 Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde, misst der Senat diesen Gesichtspunkten keine maßgebliche Bedeutung bei. Denn angesichts der vor dem Unfall bereits vorhanden gewesenen Beschwerdesituation von Seiten der rechten Schulter, die mit Schmerzmittel behandelt wurde, und der vom Kläger angegebenen Weiterführung der medikamentösen Behandlung auch nach dem in Rede stehenden Sturz, ist der vorliegende Sachverhalt nicht mit jenen vergleichbar, die Grundlage für die Erarbeitung der Pro- und Kontra-Kriterien waren, die von den Sachverständigen herangezogenen wurden. Denn diesen liegt erkennbar zu Grunde, dass sich beim Versicherten die üblicherweise anzutreffende Schmerzwahrnehmung findet, nicht aber ein durch eine Schmerzmitteleinnahme beeinflusster Zustand. Wenn auch für die zunächst erfolgte Arbeitseinstellung des Klägers am 25.02.2009 alleiniger Grund nicht die aufgetretene Schmerzsituation war, weil die Arbeit in der Woche vom 23. bis 27.02.2009 und auch tageweise danach ohnehin witterungsbedingt ausfiel, er darüber hinaus zwischen dem 02. und 17.03.2009 an neun Tagen auf der Baustelle tätig war - so die Angaben der Firma S. gegenüber dem Senat - und der Kläger ferner auch seinen Arzt nicht unverzüglich nach dem Unfall aufsuchte, so vermag der Senat hieraus gleichwohl keinen Hinweis auf einen nur geringen Leidensdruck abzuleiten. Denn diese Umstände lassen sich durchaus mit der vom Kläger angegebenen medikamentösen Behandlung erklären. Der Senat kann daher dahingestellt sein lassen, inwieweit der Kläger durch die vorhandenen Schmerzen tatsächlich in der Ausübung seiner konkreten Tätigkeit eingeschränkt war.

Soweit Dr. Bi. entgegen den obigen Darlegungen die Rotatorenmanschettenruptur eindeutig als Folge des in Rede stehenden Sturzes beurteilt, folgt der Senat dem nicht. Denn die Einschätzung dieses Sachverständigen überzeugt nicht. Seine Auffassung begründet er im Wesentlichen mit dem MRT-Befund und dem histologischen Befund, in dem eindeutig von einer frischen Ruptur der Rotatorenmanschette gesprochen werde, sowie dem Umstand, dass die sog. Pro-Kriterien "positiv" seien. Indessen trifft letzteres gerade nicht zu. Denn der von Dr. Bi. acht Tage nach dem Unfall erhobene Befund weist - wie oben ausführlich dargelegt - gerade nicht auf einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem erlittenen Sturz und der später diagnostizierten Rotatorenmanschettenruptur hin und kann daher im Rahmen der vorzunehmenden Gesamtabwägung auch nicht als für einen Ursachenzusammenhang sprechenden Gesichtspunkt und damit als Pro-Kriterium herangezogen werden. Entsprechendes gilt für den Ereignisablauf, der nach den Schilderungen des Klägers im Verwaltungsverfahren für ein Anpralltrauma spricht, das als Ursache für den später, bei der Operation festgestellten ausgeprägten

strukturellen Schaden - wie Prof. Dr. L. ausgeführt hat - eher nicht in Betracht kommt.

Für einen Unfallzusammenhang spricht zwar der histologische bzw. radiologische Befund, wovon im Übrigen auch der Sachverständige Prof. Dr. L. ausgegangen ist, allerdings rechtfertigt dies gerade nicht den von Dr. Bl. gezogenen Schluss, dass die Rotatorenmanschettenruptur "eindeutig" Folge des angeschuldigten Unfalls ist. Denn soweit im MRT-Befund "frische" Komplettrupturen der Supra- und Infraspinatussehne beschrieben und im histologischen Befund als Kommentar vermerkt ist, dass das histologische Bild dem klinischerseits mitgeteilten, etwa vier Wochen zurückliegenden Trauma entspreche, sind dies nur einzelne Aspekte der Kausalitätsbetrachtung. Denn soweit sich radiologisch oder histologisch eine strukturelle Schädigung im Sinne einer Läsion bzw. eines Risses objektivieren lässt, ist damit nicht zwangsläufig eine Aussage verbunden, auf welcher Ursache diese Schädigung beruht. Aus der Beschreibung einer Ruptur als "frisch" kann daher auch nicht zwanglos abgeleitet werden, dass die Ruptur traumatisch entstanden ist. Mit der Bezeichnung "frisch" wird vielmehr lediglich eine Aussage über das Alter der Ruptur getroffen, d.h. über den Zeitpunkt, wann die Ruptur in etwa eingetreten ist. Ob die Ruptur traumatisch, also durch einen Unfall, hervorgerufen wurde, lässt sich aus dem Zustand demgegenüber nicht ableiten.

Gleiches gilt in Bezug auf die erfolgte pathologische Untersuchung. Im Hinblick auf ihren histologischen Befund ("Degenerativ verändertes Gewebe der Rotatorenmanschette mit ausgeprägter chronisch-granulierter Entzündung") hat Dr. D. in ihrer dem Senat erteilten Auskunft als sachverständige Zeugin insoweit dargelegt, dass es sich bei einer Degeneration im morphologischen Sinne um eine Texturstörung mit Abbau des bradytrophen Gewebes (Gelenkkapsel, Bänder, Sehne, Bindegewebsknorpel etc.) handelt, wobei zwischen einer primären Degeneration (eine das altersübliche Maß überschreitende Texturstörung ohne klinisch bekannte Noxe) und einer sekundären Degeneration (Texturstörung als Folge von Noxen/Erkrankungen, wie bspw. entzündlichen oder degenerativen Gelenkserkrankungen, oder einem Trauma) unterschieden wird, anhand der morphologischen Zeichen einer Degeneration (reduzierte Zelldichte bis hin zu zellfreien Arealen, inhomogene Anfärbbarkeit der Grundsubstanz [mukoider Degeneration], in Form und Farbe variable Chondrozyten und fissurale Defekte in der Grundsubstanz bis hin zu Pseudozystenbildung) jedoch nicht unterschieden werden kann, ob die degenerativen Veränderungen primär vorlagen oder einer sekundären Degeneration in Folge vorausgegangener Traumen entsprechen. Da bei einem chronischen Verlauf der primären und sekundären Degeneration jedoch reparative Veränderungen erfolgen - diese waren diffus auch im Gewebe des Klägers nachweisbar - kann angesichts deren Mehrphasigkeit lediglich auf das Alter der Kontinuitätsunterbrechung geschlossen werden. So umfasst die Nekrosephase das akute Geschehen von wenigen Tagen bis zu zwei Wochen (Kennzeichen: Ödem, Faserung und Fibrinauflagerungen), die Regenerationsphase die Zeit von etwa der zweiten Woche bis zur fünften Woche (Kennzeichen: reaktive Fibroblastenproliferate und Regeneratknorpelbildung) und die Reparationsphase die sechste Woche bis etwa zum fünften Monat (Kennzeichen: Rissrandglättung und Narbenbildung). Da nach den Ausführungen der Dr. D. im Sehngewebe und in den Gewebeproben der Gelenklippe typische Veränderungen einer Kontinuitätsunterbrechung mit oberflächlicher Abrundung durch Fibroblasten- und Kapillarproliferate mit reichlich Hämosiderophagen im Gewebe und Auflagerungen von Fibrin und Blut zu erkennen waren und das Rissalter gut zu dem mitgeteilten Traumazeitpunkt passte, ging diese - so ihre Schlussfolgerung - von einer traumatischen Kontinuitätsstrennung aus. Diese Schlussfolgerung ist ausgehend vom histologischen Befund zwar nachvollziehbar, belegt eine sturzbedingte Ursache der in dem untersuchten Gewebe objektivierten Risse jedoch gleichwohl nicht. Denn das Alter der objektivierten Risse ist lediglich annäherungsweise abschätzbar. Entsprechend wäre es zwar möglich, auf Grund eines histologischen Befundes einen Unfallzusammenhang auszuschließen, bspw. dann, wenn sich zeitnah zu einem angeschuldigten Ereignisses histologisch keine reparativen Veränderungen der oben dargelegten Art finden lassen. Demgegenüber vermag allerdings der Umstand, dass - wie vorliegend - das Alter der objektivierten Kontinuitätsunterbrechungen grundsätzlich mit dem Zeitpunkt des angeschuldigten Unfalls in Einklang gebracht werden kann, einen Unfallzusammenhang im Sinne eines Nachweises gleichwohl nicht zu beweisen. Denn eine entsprechende Ruptur kann sich - wie bereits dargelegt - auch ohne traumatische Ursache in dem relevanten Zeitraum unfallunabhängig entwickelt haben. Damit kann der histologische Befund allenfalls als sog. Pro-Kriterium, d.h. als ein für den Unfallzusammenhang sprechender Gesichtspunkt herangezogen werden, wie dies der Sachverständigen Prof. Dr. L. auch getan hat.

Entsprechend hat der Sachverständige Dr. Bl. seine Auffassung daher zu Unrecht im Wesentlichen auf den MRT- und den histologischen Befund gestützt, ohne diese Befunde im Rahmen einer Gesamtabwägung gerade auch unter Berücksichtigung seines eigenen Untersuchungsbefundes vom 05.03.2009 zu würdigen und zu bewerten. Demgegenüber hat der Sachverständige Prof. Dr. L. im Rahmen einer Gesamtabwägung zutreffend weiter berücksichtigt, dass sich im Befund der Kernspintomographie keine verletzungstypischen Veränderungen in Form von Ergussbildungen im Schultergelenk, unter dem Schulterdach oder im Sinne eines Knochenmarködems (sog. Bone bruise) fanden. Als Hinweis auf eine frische Läsion ist seinen Ausführungen zufolge lediglich ein allerdings nicht sehr kräftig ausgeprägter Erguss in dem das Gelenk umgebenden Schleimbeutel zu werten. Auch das weite Zurückziehen der abgerundeten Sehnenränder hat er zutreffend als gegen einen frischen traumatischen Schaden sprechend gewertet. Entsprechendes gilt für die Beschreibung im Operationsbericht, wonach sich seröser Gelenkerguss entleerte, da vier Wochen nach einer traumatischen Zerreißung eher mit einem alten Bluterguss zu rechnen wäre (i.S. einer Verfärbung, vgl. seine ergänzende Stellungnahme gegenüber dem SG zu den von Dr. Bl. erhobenen Einwänden).

Nach alledem lässt sich insbesondere im Hinblick auf den Erstbefund vom 05.03.2009, der mit der später objektivierten Läsion der Rotatorenmanschette nicht in Einklang zu bringen ist, und der dann am 18.03.2009 festgestellten Verschlechterung der Armfunktion auch unter Berücksichtigung des histologischen Befundes nicht hinreichend wahrscheinlich machen, dass der am 25.02.2009 erlittene Sturz naturwissenschaftliche Ursache der Ruptur der langen Bizepssehne, der Infraspinatus- und Supraspinatussehne sowie des Labrumrisses ist. Bei diesem Beschwerdeverlauf lässt sich der histologische Befund auch mit einem degenerativen Verlauf oder einem nochmaligen, u.U. geringen Trauma nach dem 05.03.2009 (erste Befunderhebung nach dem in Rede stehenden Sturz) in Einklang bringen. Der Senat erachtet es daher nicht für hinreichend wahrscheinlich, dass der Kläger anlässlich des am 25.02.2009 erlittenen Sturzes die später nachgewiesenen Rupturen der langen Bizepssehne, der Supraspinatus- und Infraspinatussehne sowie des Labrums erlitt.

Schließlich hält es der Senat auch nicht für hinreichend wahrscheinlich, dass es anlässlich des Sturzes zu einer substanziellen Vergrößerung eines vorbestehenden Schadens und damit auf der Grundlage eines solchen Vorschadens zur hier streitigen Komplettruptur der Supraspinatus- und Infraspinatussehne kam. Denn auch ein solcher traumatischer Schaden wäre mit den leichten Bewegungseinschränkungen wie sie Dr. Bl. am 05.03.2009 objektivierte, nicht vereinbar. Soweit Prof. Dr. L. dargelegt hat, dass ein Abriss dieser Sehnen unter Umständen durch andere Muskeln kompensiert werden kann, so dass kein Drop-Arm-Zeichen auftritt, hat er dies lediglich in dem Fall für möglich gehalten, dass ein vorhandener Teilriss über Wochen und Monate durch zunehmenden Abrieb zum vollständigen Abreißen der Sehne führt. Damit hat er eine Kompensation für den Fall einer traumatischen Vergrößerung eines

vorbestehenden substanziellen Schadens bis zur Kompletttraktur aber ausgeschlossen.

Soweit Prof. Dr. L. im Rahmen seiner ergänzenden Stellungnahmen (Bl. 66 LSG-Akte) im Hinblick auf die Ausführungen der Dr. D. zum Alter der Gewebedefekte, die einem Trauma vier Wochen zuvor entsprächen, ausgeführt hat, dass es bei dem Sturz zumindest zu einer Schädigung von Anteilen der Rotatorenmanschette gekommen sei, trifft diese Schlussfolgerung gerade nicht zu. Denn wie oben bereits ausgeführt, schließen die im pathologischen Befund beschriebenen frischen Sehnenfaserrisse, die zeitlich mit dem Sturz in Zusammenhang gebracht werden können, einen Zusammenhang mit dem Sturz lediglich nicht aus, bestätigen einen Zusammenhang gleichzeitig aber nicht. Dabei geht auch der Senat - wie schon Prof. Dr. L. in seinem Gutachten für das SG - davon aus, dass eine solche Schädigung grundsätzlich nicht auszuschließen ist. Damit ist aber nur eine bloße Möglichkeit beschrieben, die den erforderlichen wahrscheinlichen ursächlichen Zusammenhang gerade nicht begründet. Entsprechen hat Prof. Dr. L. seine Ausführungen im Gutachten in seiner ergänzenden Stellungnahme gegenüber dem Senat zutreffend als Spekulation bezeichnet.

Dem Kläger steht schließlich auch kein Verletztengeld zu. Rechtsgrundlage des insoweit geltend gemachten Anspruchs ist [§ 45 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach wird soweit hier von Interesse - Verletztengeld erbracht, wenn der Versicherte infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig ist (unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit) und unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen hatte.

Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit erfordert zum einen das Vorliegen eines Gesundheitsschadens sowie eines hierfür ursächlichen Unfallereignisses und zum anderen einen Kausalzusammenhang zwischen der durch den Unfall verursachten Gesundheitsstörung und einer eingetretenen Arbeitsunfähigkeit.

Ein solcher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der über den 24.03.2009 hinaus andauernden Arbeitsunfähigkeit besteht nicht. Denn Grundlage der von Dr. Bl. am 17.03.2009 bescheinigten und dann über den 24.03.2009 hinaus fortdauernden Arbeitsunfähigkeit war der Befund der Kernspintomographie vom 11.03.2009, mit dem eine Kompletttraktur der Supra- und Infraspinatussehne objektiviert wurde, die wiederum Anlass für die dann am 26.03.2009 erfolgte operative Behandlung war. Wie oben im einzelnen ausgeführt, sind diese Rupturen ebenso wie die später intraoperativ objektivierten Läsionen nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den am 25.02.2009 erlittenen Arbeitsunfall zurückzuführen, so dass unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit zu verneinen ist. Die bei dem Sturz erlittene Prellung bedingte jedenfalls über den 24.03.2009 hinaus keine Arbeitsunfähigkeit. Denn nach Einschätzung des Dr. Bl. führte diese schon am 05.03.2009 nicht (mehr) zu Arbeitsunfähigkeit.

Nach alledem kann die Berufung des Klägers keinen Erfolg haben.

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

Für die Zulassung der Revision besteht keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-06-02