

L 10 U 5409/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 2 U 302/12
Datum
02.12.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 5409/13
Datum
18.06.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 02.12.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung von Unfallfolgen in Bezug auf das rechte Schultergelenk streitig.

Der am 1951 geborene Kläger erlitt am 05.03.2011 gegen 14.30 Uhr im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit als Heilerziehungspfleger im C. G. einen Arbeitsunfall, als ein Bewohner des Heimes im Speisesaal gegen ihn handgreiflich wurde, auf den Kläger einschlug, ihn trat und zu Boden riss, wobei der Kläger auf den rechten Oberarm und die Schulter stürzte, ohne sich abfangen zu können.

Am 06.03.2011 stellte sich der Kläger bei dem Durchgangsarzt Prof. Dr. U. vor, der auf Grund des klinischen Befundes (Schürfwunden an beiden Handrücken, Prellmarke, Hämatom proximaler Oberschenkel links und Oberarm links, Schmerzen Oberarm rechts) und des Röntgenergebnisses (keine Fraktur rechter Oberarm) multiple Prellungen diagnostizierte und Arbeitsunfähigkeit für den 06.03.2011 bescheinigte (vgl. Durchgangsarztbericht vom 09.03.2011 (Bl. 2 VerwA). Am 07.03.2011 suchte der Kläger Dr. W. auf und klagte über multiple Schmerzpunkte sowie Angstzustände seit dem tätlichen Vorfall. Neben Hämatomen im Bereich der Extremitäten fand Dr. W. im Bereich des rechten Oberarms distal dorsal eine Schwellung und ein deutliches Hämatom. Den M. Bizeps beschrieb er als intakt und die Schulterbeweglichkeit rechts passiv frei, jedoch endgradig schmerzhaft, vor allem bei der Außenrotation. Dr. W. führte ein Beratungsgespräch mit Hinweisen zur Entspannung und bescheinigte Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich bis 20.03.2011 (vgl. Verlaufsbericht vom 07.03.2011, Bl. 13 VerwA). Bei der Wiedervorstellung am 16.03.2011 beklagte der Kläger anhaltende starke Schmerzen am rechten Oberarm und der linken Hüfte. Als Befund dokumentierte Dr. W. im Bereich des rechten Oberarms ein rückläufiges aber noch gut sichtbares Hämatom mit deutlichem Druckschmerz. Durchblutung, Motorik und Sensorik (DMS) sowie die Gelenke von rechter Schulter und Ellenbogen beschrieb er als frei. Er bescheinigte das Fortbestehen von Arbeitsunfähigkeit bis voraussichtlich 28.03.2011 (vgl. Verlaufsbericht vom 16.03.2011, Bl. 12 VerwA). Anlässlich seiner Wiedervorstellung bei Dr. W. am 21.03.2011 berichtete der Kläger vor allem noch über Schmerzen im Bereich des rechten Oberarms mittig, vor allem nachts, weshalb er schmerzbedingt nicht schlafen könne. Als Befund dokumentierte Dr. W. im Bereich des rechten Oberarms einen deutlichen Druckschmerz des rechten Oberarms mittig lateral sowie ein Resthämatom. Den rechten Ellenbogen beschrieb er als frei, jedoch endgradig schmerzhaft und die DMS peripher ohne Befund. Die gefertigten Röntgenaufnahmen des rechten Ellenbogens und Oberarms zeigten keine Fraktur und keine Arthrose. Dr. W. bescheinigte Arbeitsunfähigkeit noch bis 24.03.2011 (vgl. Verlaufsbericht vom 21.03.2011, Bl. 14 VerwA).

Nach einer vom 25.03. bis 03.04.2011 unternommenen Studienreise nach Istanbul und Dubai stellte sich der Kläger am 04.04.2011 erneut bei Dr. W. vor und beklagte anhaltende Schmerzen in der rechten Schulter und im gesamten rechten Arm, vor allem nachts, wobei er durch die Schmerzen ständig aufwache; zeitweise bestehe auch eine Pelzigkeit des gesamten rechten Armes. Bei der klinischen Untersuchung der rechten Schulter fand Dr. W. den Lift-Off-Test, den Jobe-Test sowie den Impingement-Test positiv und den Horizontal-Adduktions-Test stark positiv. Der Nackengriff war bis zum Ohr möglich; den Schürzenbandgriff beschrieb er als normal. Die röntgenologische Untersuchung der rechten Schulter zeigte eine leichte AC-Gelenksarthrose, keine Fraktur, Arthrose und Verkalkung sowie einen regelrechten acromiohumeralen Abstand. Dr. W. behandelte die rechte Schulter mit einer lokalen intraartikulären Injektion und bescheinigte Arbeitsunfähigkeit bis 18.04.2011 (vgl. Verlaufsbericht vom 04.04.2011, Bl. 15 VerwA). Bei der Vorstellung am 18.04.2011 beklagte der Kläger im Bereich der Schulter trotz Injektion Schmerzen ohne Besserung. Die rechte Schulter fand Dr. W. allseits beweglich bei Druckschmerz am distalen Oberarm lateral und zurückgebildetem Hämatom. Die Muskeltests und die DMS peripher waren ohne Befund.

Arbeitsunfähigkeit bescheinigte er bis 15.05.2011 (vgl. Verlaufsbericht des Dr. W. vom 18.04.2011, Bl. 21 VerwA).

Anlässlich seiner Wiedervorstellung am 03.05.2011 berichtete der Kläger, seine Tätigkeit am 02.05.2011 wieder aufgenommen zu haben. Im Hinblick auf den klinischen Befund der rechten Schulter (Abduktion 90°, Elevation mit leichter passiver Unterstützung voll möglich, Rotation und Anteversion frei) verordnete Dr. W. zur Verbesserung der Schulterbeweglichkeit Physiotherapie; im Übrigen empfahl er nochmals die psychologische Mitbehandlung (vgl. Verlaufsbericht vom 03.05.2011, Bl. 25 VerwA). Bei der Wiedervorstellung des Klägers am 06.06.2011, bei der er über fortbestehenden Schmerzen im Bereich der rechten Schulter klagte und sich insbesondere der Jobe-Test und der Lift-Off-Test positiv zeigten (Bl. 31 VerwA), veranlasste Dr. W. eine Kernspintomographie des rechten Schultergelenks, die noch am 06.06.2011 durchgeführt wurde. Ausweislich des Befundberichts des Radiologen Dr. G. zeigte sich hierbei ein Humeruskopfhochstand mit Aufbrauch des subacromialen Raumes, eine vollständige Ruptur der Supraspinatussehne mit Retraktion des Sehnenstumpfes bis in Höhe des Acromioclavicular(AC)gelenks sowie eine Acromionform Typ 3 nach Bigliani (Bl. 37 VerwA).

Die Beklagte holte eine Stellungnahme ihres Beratungsarztes Dr. K. ein, der die Ruptur der Supraspinatussehne als vorbestehendes Schadensbild ansah. Da mit Sehnenretraktionen frühestens nach einem Zeitraum von zwei bis drei Monaten zu rechnen sei und ein Humeruskopfhochstand selbst bei frischen, selbst ausgedehnten traumatischen Läsionen noch später zu erwarten sei, sei zweifelsfrei von einem vorbestehenden Schadensbild auszugehen, wenn bereits drei Monate nach dem angeschuldigten Ereignis ein Humeruskopfhochstand nachgewiesen werden könne und die Retraktion der Sehne bis in den AC-Gelenksbereich hineinreiche.

Mit Bescheid vom 25.10.2011 lehnte die Beklagte sodann die Übernahme der Kosten für die Behandlung des rechten Schultergelenks ab 07.06.2011 ab. Unfallbedingt sei es zu einer Zerrung des (vorgeschädigten) rechten Schultergelenks gekommen, die allenfalls zu einer Behandlungsbedürftigkeit von drei Monaten führe. Ab 07.06.2011 sei die Behandlung wegen der bei der Kernspintomographie festgestellten vorbestehenden Veränderungen im rechten Schultergelenk erforderlich gewesen.

Im Widerspruchsverfahren holte die Beklagte Vorerkrankungsverzeichnisse ein und veranlasste das Gutachten des Prof. Dr. M., Chefarzt der O. in R., der einen Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Rotatorenmanschettenschaden verneinte. Gegen eine traumatische Entstehung der Supraspinatussehnenläsion spreche neben dem Unfallhergang, der Nachweis degenerativer Veränderungen im Bereich des Schultergelenks, insbesondere des Schultereckgelenks mit Einengung des subacromialen Raumes, die weite Retraktion der Sehne in der Kernspintomographie vom 06.06.2011 und der Oberarmkopfhochstand, der sich bereits in den Röntgenaufnahmen vier Wochen nach dem Ereignis zeige. Der Umstand, dass der Kläger vor dem Unfall von Seiten der rechten Schulter beschwerdefrei gewesen sei, spreche nicht gegen die Annahme eines Vorschadens, da die beschriebenen degenerativen Veränderungen und Defektbildungen in der Sehne schleichend verliefen, weshalb sie häufig überhaupt nicht bemerkt und erst anlässlich einer Bagatellverletzung symptomatisch würden.

Am 07.03.2012 wurde beim Kläger in der Sportklinik Stuttgart im Rahmen einer Arthroskopie der rechten Schulter eine subacromiale Dekompression sowie LBS-Tenodese und Rotatorenmanschettennaht durchgeführt. Als Diagnose ist im Operationsbericht eine Rotatorenmanschettensmassenruptur mit II- bis III-gradiger Retraktion der Supraspinatussehne und der cranialen Infrapinatussehne sowie eine LBS-Instabilität dokumentiert (vgl. Operationsbericht, Bl. 149 VerwA). Wegen einer Reruptur mit Insuffizienz des Supraspinatussehnenansatzes wurde am 17.07.2012 ferner eine arthroskopische Reinsertion und Vorspannung der Supraspinatussehne durchgeführt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 17.08.2012 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers gestützt auf das Gutachten des Prof. Dr. M. zurück.

Am 18.09.2012 hat der Kläger dagegen beim Sozialgericht Ulm (SG) mit dem Begehren Klage erhoben, die Beklagte zu verurteilen, die als Folge der erlittenen traumatischen Sehnenruptur verbliebenen Schmerzzustände im Schulter-/Armbereich als Folge des Arbeitsunfalls vom 05.03.2011 anzuerkennen und ihm Heilbehandlungskosten über den 07.06.2011 hinaus zu gewähren.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat das SG das Gutachten des Orthopäden Dr. W. eingeholt, der den Kläger im März 2013 untersucht und Ruhe- und Belastungsarthralgien im rechten Schultergelenk nach zweimaligem operativen Eingriff an der Rotatorenmanschette bei Rotatorenmanschettenschaden und bestehenden mäßiggradigen Funktions- und Belastungseinschränkungen des rechten Schultergelenks, insbesondere oberhalb der Horizontalen, beschrieben hat. Die operativ behandelte Verletzung im Bereich der Rotatorenmanschette hat er nicht mit Wahrscheinlichkeit auf das angeschuldigte Ereignis zurückgeführt. So spreche der unfallnahe Verlauf gegen eine wesentliche Verletzung im Schultergelenk im Sinne einer frischen Sehnenruptur. Die dokumentierten klinischen Befunde und Beschwerden seien eher unspezifisch und könnten auch bei einer Prellung des rechten Schultergelenks auftreten. Der Befund der Kernspintomographie ca. drei Monate nach dem Unfall habe zwar keine frischen Verletzungszeichen, wie Einblutungen, mehr zeigen können, jedoch seien darin degenerative Veränderungen und anlagemäßige Veränderungen, wie z.B. ein Acromiontyp 3 nach Bigliani beschrieben sowie deutliche degenerative Veränderungen im Sinne einer Chondrose im Schulterhauptgelenk mit Ausdünnung der Knorpelüberzüge und eine Labrumdegeneration ohne Nachweis eines Einrisses, was insgesamt als degenerative Veränderung angesehen werden müsse, ebenso wie die Acromioclavikulargelenksarthrose. Aufgrund der Bildgebung sei von einer klinisch stummen Schadensanlage im Bereich des rechten Schulter(eck)gelenkes in Form von Verschleißerscheinungen auszugehen. Angesichts dessen bestünden zumindest deutliche Zweifel, dass es bei dem angeschuldigten Ereignis zu einer Ruptur der Supraspinatussehne gekommen ist.

Mit Gerichtsbescheid vom 02.12.2013 hat das SG die Klage gestützt auf die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. K. und das Gutachten des Prof. Dr. M., deren Einschätzung auch durch das Gutachten des Sachverständigen Dr. W. bestätigt worden sei, abgewiesen.

Am 17.12.2013 hat der Kläger dagegen beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt und sich zur Begründung auf sein Vorbringen im Klageverfahren bezogen. Das Begehren, ihm Heilbehandlungskosten über den 07.06.2011 hinaus zu gewähren, hat der Kläger zuletzt nicht mehr aufrecht erhalten.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 02.12.2013 aufzuheben und festzustellen, dass die Schmerzzustände im Schulter-Arm-

Bereich rechts Folge des Arbeitsunfalls vom 05.03.2011 sind.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

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, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig; die Berufung des Klägers ist jedoch nicht begründet.

Nachdem es dem Kläger nicht möglich gewesen ist, ihm entstandene Behandlungskosten darzulegen und zu beziffern, hat er eine entsprechende Verurteilung der Beklagten nicht mehr beantragt, dieses Leistungsbegehren also nicht mehr aufrecht erhalten. Hierdurch aber hat er auch nicht mehr geltend machen können, durch die ursprünglich angefochtenen Bescheide beschwert zu sein. Denn deren Verfügungssatz erschöpfte sich in der Ablehnung der Übernahme von Behandlungskosten. Die Ausführungen in diesen Bescheiden zur Primärschädigung (Zerrung) und zu schädigungsunabhängigen Störungen dienten allein zur Begründung der Ablehnung der Übernahme von Behandlungskosten und stellen keine anfechtbare Regelung i.S. eines Verwaltungsaktes dar. Damit ist der Kläger durch diese Bescheide nicht beschwert, so dass er auch keine zulässige Anfechtungsklage diesbezüglich erheben kann. Einen derartigen Anfechtungsantrag hat der Kläger zuletzt folgerichtig auch nicht mehr gestellt.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist somit ausschließlich das Begehren des Klägers auf gerichtliche Feststellung, dass die Schmerzzustände im Schulter-Arm-Bereich rechts Folge des Arbeitsunfalls vom 05.03.2011 sind. Rechtsgrundlage für das Feststellungsbegehren ist [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#). Danach kann mit der Klage die Feststellung begehrt werden, ob eine Gesundheitsstörung die Folge eines Arbeitsunfalls ist.

Diese Feststellungsklage ist zulässig. Insbesondere scheitert deren Zulässigkeit nicht daran, dass kein korrespondierender, die Anerkennung der in Rede stehenden Schmerzzustände als Unfallfolgen - durch Verfügungssatz - ablehnender und damit insoweit anfechtbarer Verwaltungsakt vorliegt, auch wenn die Feststellungsklage regelmäßig nur in Form einer kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsklage zulässig ist. Wie der Senat bereits entschieden hat (Urteil vom 21.02.2013, [L 10 U 176/11](#) m.N. zur Rechtsprechung des BSG, in juris) genügt es für die Annahme eines berechtigten Interesses an der gerichtlichen Feststellung, wenn sich der Versicherungsträger in einem vorangegangenen Verwaltungsverfahren mit der Frage nach dem Vorliegen von Unfallfolgen befasste, selbst wenn die das Verfahren beendende Verwaltungsentscheidung - wie hier mangels Beschwer - vom Kläger nicht (mehr) angefochten wird. Eine ausdrückliche vorherige formelle Entscheidung des Unfallversicherungsträgers über die Anerkennung der in Rede stehende Unfallfolge (i.S. [§ 31 SGB X](#)) ist dann nicht erforderlich. Die somit vom Kläger erhobene isolierte Feststellungsklage ist zulässig, auch soweit er seinen Antrag erst im Berufungsverfahren von der Verpflichtungs- auf die Feststellungsklage umgestellt hat ([§ 99 Abs. 3 SGG](#), vgl. BSG, Urteil vom 15.09.2011, [B 2 U 22/10 R](#)).

Die hiernach zulässige isolierte Feststellungsklage ist unbegründet. Die beim Kläger nach zweimaliger Operation verbliebenen Schmerzzustände im Schulter-Arm-Bereich, deren Anerkennung als Unfallfolge der Kläger begehrt, sind nicht Folge des am 05.03.2011 erlittenen Arbeitsunfalls. Denn die am 06.06.2011 objektivierte Ruptur der Supraspinatussehne, die wiederum Anlass für die im Jahr 2012 erfolgten Operationen war, ist schon nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen.

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3, 6 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.

Vorliegend ist zwischen den Beteiligten - zu Recht - völlig unstrittig, dass der Kläger am 05.03.2011 einen Arbeitsunfall erlitt. Denn der in Rede stehenden Angriff ereignete sich in Ausübung der versicherten Tätigkeit des Klägers und führte jedenfalls zu Prellungen als Gesundheitserstschaden. Dabei legt der Senat seiner Beurteilung den Unfallhergang so zu Grunde, wie ihn der Kläger anlässlich des Erörterungstermins vom 26.02.2015 gegenüber der Berichterstatterin und zuvor auch schon gegenüber dem Sachverständigen Dr. W. anlässlich seiner gutachtlichen Untersuchung geschildert hat, und zwar dahingehend, dass der Bewohner den Kläger im Rahmen des Angriffs zu Boden riss und er dabei auf den rechten Oberarm und die Schulter stürzte.

Damit ist aber nicht zugleich die Annahme gerechtfertigt, dass der nach dem Arbeitsunfall festgestellte weitere Gesundheitsschaden, hier vor allem die Läsion der Rotatorenmanschette, ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen ist.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte

Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit) und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung 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 (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [a.a.O.](#)); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, [B 2 U 47/98 R](#) in [SozR 3-1300 § 48 Nr. 67](#); Urteil vom 02.05.2001, [B 2 U 16/00 R](#) in [SozR 3-2200 § 551 Nr. 16](#)). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.1988, [2/9b RU 28/87](#) in SozR 2200 § 548 Nr. 91). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, [2 RU 31/90](#) in [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#)).

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. Andernfalls 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. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinn), z.B. Krankheitsanlagen, so war die versicherte Ursache wesentlich, sofern die unversicherte Ursache nicht von überragender Bedeutung war. Eine überwiegende oder auch nur gleichwertige Bedeutung der versicherten gegenüber der konkurrierenden Ursache ist damit für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs nicht Voraussetzung.

Nach diesen Grundsätzen erachtet es der Senat ebenso wie das SG schon nicht für wahrscheinlich, dass das Ereignis vom 05.03.2011 beim Kläger zu einen Riss im Bereich der Rotatorenmanschette der rechten Schulter, insbesondere der Supraspinatussehne, führte. Der Senat teilt vielmehr die Auffassung des SG, das, gestützt auf die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. K. und das im Verwaltungsverfahren von der Beklagten eingeholte Gutachten des Prof. Dr. M., zu der auch von dem Sachverständigen Dr. W. vertretenen Ansicht gelangt ist, dass ganz erhebliche Gründe gegen einen Unfallzusammenhang im naturwissenschaftlichen Sinn sprechen und der Sturz damit nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu der in Rede stehenden Schädigung im Bereich der Rotatorenmanschette führte. Der Senat sieht deshalb gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück.

Ergänzend zu den von Dr. K. und Prof. Dr. M. dargelegten, für eine Vorschädigung sprechenden Gesichtspunkten (degenerative Veränderungen im Bereich des Schultergelenks, insbesondere im Schulterreckgelenk, mit Einengung des subacromialen Raumes, weite Retraktion des rupturierten Sehnenstumpfes bis hinein in den AC-Gelenkbereich, Oberarmkopfhochstand) ist darauf hinzuweisen, dass auch der Erstbefund, d.h. der am Tag nach dem Unfall von Prof. Dr. U. erhobene Befund sowie die anschließend zeitnah durch Dr. W. erhobenen weiteren Befunde gegen eine am 05.03.2011 erlittene erhebliche Verletzung im Bereich der Rotatorenmanschette sprechen. So beschrieb Prof. Dr. U. am Folgetag des Unfalls eine passiv freie Schultergelenkbeweglichkeit bei lediglich endgradiger Schmerzhaftigkeit, und zwar vor allem bei der Außenrotation. Da derartige passive Bewegungen im Schultergelenk von Unfallverletzten mit deutlichen intraartikulären Verletzungen im Bereich der Rotatorenmanschette im allgemeinen nicht toleriert werden - so der Sachverständige Dr. W. -, ist ohne weiteres nachvollziehbar, dass der Sachverständige den entsprechenden Befund als Hinweis gegen das Vorliegen einer erheblichen intraartikulären Verletzung interpretiert hat. Auch die anlässlich der nachfolgenden Vorstellungen bei Dr. W. erhobenen Befunde weisen nicht auf eine gravierende traumatische Verletzung im Bereich der rechten Schulter hin. So hat Dr. W. in Bezug auf die Vorstellung am 16.03.2011 zwar noch anhaltend starke Schmerzen am rechten Oberarm dokumentiert, jedoch hat er Durchblutung, Motorik und Sensibilität im Bereich der Gelenke der rechten Schulter und des Ellenbogens als frei beschrieben. Eine freie Schultergelenks- und auch Ellenbogengelenkbeweglichkeit hat Dr. W. bei einer gravierenden intraartikulären Verletzung jedoch als nicht vorstellbar erachtet, da bei gravierenden Gelenkverletzungen häufig auch die angrenzenden Gelenke in Mitleidenschaft gezogen werden, weil durch den indirekten Muskelzug deren Beweglichkeit ebenfalls eingeschränkt wird. Auch für den von Dr. W. anlässlich der Vorstellung am 21.03.2011 erhobenen Befund gilt Entsprechendes. Zu diesem Zeitpunkt beschreibt er zwar noch Schmerzen im Bereich des rechten Oberarmes, einen Druckschmerz und ein Resthämatom, jedoch wiederum eine im Wesentlichen freie Ellenbogenbeweglichkeit, die lediglich endgradig schmerzhaft war. Ein relevanter Befund wird damit wiederum im Wesentlichen für den Bereich des rechten Oberarmes dokumentiert, nicht jedoch für den Bereich des Schultergelenks und mithin auch kein Befund, der auf eine frische intraartikuläre Verletzung hinweisen würde. Auch die anschließend vom 25.03. bis 03.04.2011 vom Kläger durchgeführte Studienreise nach Istanbul und Dubai spricht - so Dr. W. weiter - eher gegen eine gravierende Verletzung im Bereich des rechten Schultergelenks. Denn nach den weiteren Ausführungen des Sachverständigen weist eine traumatische Sehnenruptur zu diesem Zeitpunkt in aller Regel eine Beschwerdesymptomatik auf, die fortgesetzte ärztliche Konsultationen und gegebenenfalls auch Behandlungen erfordert. Auffällig ist schließlich, dass Schmerzen im Bereich der rechten Schulter erstmals anlässlich der am 04.04.2011, d.h. nach Urlaubsrückkehr erfolgten Vorstellung bei Dr. W. dokumentiert wurden und nunmehr auch die durchgeführten Schultertests auffällige Befunde zeigten, was für Dr. W. Anlass war, nun Behandlungsmaßnahmen im Bereich der rechten Schulter in Form von intraartikulären Injektionen einzuleiten. Mit diesem Verlauf lässt sich eine am 05.03.2011 eingetretene wesentliche Verletzung der rechten Schulter im Sinne einer frischen Sehnenruptur nicht hinreichend wahrscheinlich begründen. Schließlich sind die dokumentierten klinischen Befunde und Beschwerden - so überzeugend der Sachverständige Dr. W. - eher unspezifisch und können auch bei einer Prellung des rechten Schultergelenks auftreten.

Soweit Dr. W. in Zusammenhang mit seinen diesbezüglichen Darlegungen Bezug genommen hat auf die ihm übergebene, vom Kläger gefertigte Fotodokumentation und davon ausgegangen ist, dass diese eher einen Zustand nach Oberarmprellung rechts mit flächigem

Hämatom zeige, ist darauf hinzuweisen, dass der Sachverständige insoweit zu Unrecht davon ausgegangen ist, dass die Fotos zwei Tage nach dem Unfallereignis angefertigt wurden. Insoweit hat der Kläger im Termin zur Erörterung des Sachverhalts klargestellt, dass diese Dokumentation nicht den Zustand nach dem in Rede stehenden Unfall zeigt, sondern einen späteren, im Zusammenhang mit der Untersuchung bei Prof. Dr. M. aufgetretenen Zustand. Entsprechend berücksichtigt der Senat diese Dokumentation auch nicht als weiteren, eher gegen eine am 05.03.2011 erlittene traumatische Ruptur der Supraspinatussehne sprechenden Gesichtspunkt.

Soweit der Kläger unter Hinweis auf die vorliegenden Vorerkrankungsverzeichnisse, die keine Schulterbeschwerden dokumentieren, geltend gemacht hat, ein Sehnen Schaden im Bereich der Rotatorenmanschette habe vor dem Unfallereignis nicht vorgelegen, weist der Senat darauf hin, dass dieser Umstand zwar darauf hinweist, dass eine Beschwerdesymptomatik bisher möglicherweise nicht aufgetreten ist. Allerdings belegt dies nicht, dass beim Kläger, der sich zum Unfallzeitpunkt im 60. Lebensjahr befand, im Bereich der Rotatorenmanschette des rechten Schultergelenks keine degenerativen Veränderungen vorlagen. Denn nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. W. treten nach aktuellem wissenschaftlichen Kenntnisstand bei steigendem Lebensalter degenerative Veränderung, Einrisse und Abrisse im Bereich der Rotatorenmanschette deutlich zunehmend auf, wobei regressive Veränderungen im Sehnenanteil der Schulter bereits ab dem 30. Lebensjahr auftreten können und degenerative Veränderungen insbesondere ab dem 40. Lebensjahr in einem hohen Prozentsatz auftreten. Dabei ist - so Dr. W. - eher von einer regelhaft eintretenden Degeneration der Rotatorenmanschette auszugehen, wobei gerade die Supraspinatussehne im Schultergelenk am häufigsten von solchen degenerativen Prozessen und konsekutiven Rupturen betroffen ist, was anatomisch bedingt ist. Damit können schon im Hinblick auf das Alter des Klägers Vorschädigungen nicht allein deshalb ausgeschlossen werden, weil beim Kläger vor dem Unfallereignis keine Schultergelenkssymptomatik aufgetreten ist. Ohnehin gehen die in Rede stehenden degenerativen Veränderungen nicht zwangsweise mit einer klinischen Symptomatik einher und verlaufen vielfach stumm, wie dies offenbar auch beim Kläger der Fall war. Denn in der Kernspintomographie vom 06.06.2011 zeigten sich, ungeachtet der Bewertung der Ruptur der Supraspinatussehne als degenerativ oder traumatisch bedingt, nach Auffassung sämtlicher am Verfahren beteiligten Ärzten deutliche degenerative Veränderungen.

Soweit der Kläger gegen das Gutachten des Dr. W. schließlich eingewandt hat, dieser sei fälschlicherweise davon ausgegangen, dass Prof. Dr. U. nur für einen Tag Arbeitsunfähigkeit bescheinigt habe, ist diesem Gesichtspunkt keine relevante Bedeutung im Hinblick auf die in Rede stehende Beurteilung beizumessen. Auch der Hinweis des Klägers, dass das Gutachten insoweit unrichtig sei, als es auf seine absolvierte Studienreise Bezug nehme, mit der jedoch keine überdurchschnittliche Beanspruchung im Schulterbereich verbunden gewesen sei, rechtfertigt keine abweichende Beurteilung. Denn insoweit hat der Sachverständige seiner Einschätzung gerade nicht zu Grunde gelegt, dass mit der Reise eine besondere Beanspruchung des Armes verbunden gewesen sei. Vielmehr hat er die Auffassung vertreten, dass ein durch eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur beeinträchtigter Versicherter an sich der kontinuierlichen Behandlung und ärztlichen Betreuung bedarf, was im Rahmen einer Studienreise gerade nicht gewährleistet ist, und dies als Hinweis auf eine weniger schwerwiegende Beeinträchtigung gesehen.

Die Berufung des Klägers kann nach alledem keinen Erfolg haben.

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

Für die Zulassung der Revision besteht keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-06-22