L 8 U 1345/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 8 U 878/11
Datum
06.02.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 1345/14
Datum
23.10.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Ein nur symptomatisch verändertes Krankheitsbild ohne Änderung des Grundleidens rechtfertigt noch nicht eine unfallbedingte richtunggebende Verschlimmerung im Rechtssinne (hier Schulterprellung bei vorbestehendem Rotatorenmanschettenschaden mit nachfolgender Schmerzentwicklung).
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 06.02.2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtlichen Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger wegen des Ereignisses vom 06.03.2010 gegen die Beklagte ein Anspruch auf Heilbehandlung über den 18.06.2010 hinaus zusteht.

Der Kläger, geboren 1956, war am 06.03.2010 bei Anton H. – Werk für Präzisionstechnik – (Arbeitgeber) als Hausmeister versicherungspflichtig beschäftigt.

Im Rahmen seiner Tätigkeit hatte er am Samstag, 06.03.2010, im Unternehmen des Arbeitgebers Handwerker zu betreuen. In diesem Zusammenhang überquerte er den verschneiten, nicht geräumten und mit gefrorenem Schneematsch belegten Betriebshof. Als er eine Türe öffnen wollte, rutschte der Kläger gegen 15:40 Uhr auf dem leicht abschüssigen Hof mit den Beinen nach links aus und fiel auf die rechte Schulter; der Kläger gab an, der Arm habe am Körper angelegen, zuerst mit der Schulter außen aufgekommen zu sein und anschließend den Oberarm nicht mehr habe bewegen können (vgl. die Unfallbeschreibung des Klägers vom 06.05.2010, Blatt 36/40 der Beklagtenakte). Der Kläger arbeitete bis zum Ende des Arbeitstages um 17.25 Uhr weiter und suchte dann den ärztlichen Notdienst auf. Dort gab der Kläger gegen 17:45 Uhr Schmerzen in der Schulter an. Der aufgesuchte Facharzt für Innere Medizin Dr. C. schloss eine Fraktur aus und diagnostizierte eine Schulterprellung (vgl. ärztliche Unfallmeldung Dr. C. vom 10.03.2010, Blatt 9 der Beklagtenakte). Ab 08.03.2010 hat der Kläger wieder gearbeitet.

Der Durchgangsarzt Dr. R. (zum Bericht vom 08.03.2010 vgl. Blatt 1/2 der Beklagtenakte; zu seinem Nachschaubericht vom 14.04.2010 vgl. Blatt 7/8 der Beklagtenakte) stellte am 08.03.2010 belastungsabhängige Schmerzen fest, ebenso eine leichte Schwellung im Bereich des Oberarmkopfes, einen Druckschmerz, vor allem subkapital bei freiem AC-Gelenk. Die Beweglichkeit der Schulter sei stark schmerzhaft eingeschränkt; DMS sei intakt. Röntgenologisch finde sich kein Anhalt für eine frische Knochenverletzung. Dr. R. stellte die Diagnose einer Schulterprellung rechts.

In seiner Unfallanzeige vom 16.03.2010 (Blatt 5/6 der Beklagtenakte) teilte der Arbeitgeber mit, der Kläger sei auf die rechte Schulter gefallen, es sei eine Prellung aufgetreten.

Bei einer Kernspintomographie der rechten Schulter vom 23.04.2010 (zum Bericht vom 26.04.2010 vgl. Blatt 11/12 = 26/27 der Beklagtenakte) wurde eine breite, vollständige Rissbildung der Rotatorenmanschettensehnen bei Retraktion der Supraspinatussehne bis in Höhe des AC-Gelenkes gegeben. Es fand sich eine fettige Degeneration zweiten Grades des Musculus supraspinatus und Signalanhebung der Muskelfasern des Infraspinatus mit Flüssigkeitseinlagerungen in der das Epi- und Perimysium im Rahmen einer Rissbildung. Weiter fand sich ein ca. 0,8 x. 0,3 cm großes Kalkdepot im Bereich der humeralen Insertion der kaudalen Subscapularis-Sehnenanteile und eine Subluxationsstellung der langen Bizepssehne ohne Nachweis einer Rissbildung. Es bestehe eine Atrophie des Musculus supraspinatus sowie

der kranialen Infraspinatussehnenanteile. Weiter lägen Muskelfaserrisse im Bereich des Infraspinatus vor, eine Tendinitis/Peritendinitis calcarea der nicht gerissenen Subscapularis-Sehnenanteile, eine Tendovaginitis der langen Bizepssehne, eine Distorsion der vorderen Gelenkkapsel, ein Hochstand des Oberarmkopfes und dorsale Translation bei Gelenkserguss und Bursitis subscapularis sowie eine AC-Gelenksarthrose vor.

Prof. Dr. W ... (zum Zwischenbericht vom 05.05.2010 vgl. Blatt 30/31 der Beklagtenakte) fand bei einer Untersuchung des Klägers am 03.05.2010 eine Zusammenhangstrennung der Rotatorenmanschette rechts (M. supraspinatus infraspinatus und subscapularis) bei eingeschränkter Beweglichkeit der rechten Schulter (Abd./Add.: 160-0-40o, ab 100o Abd. starke Schmerzen; Flex./Ext.: 100-0-20o; ARO/IRO 20-0-70o).

In einer beratungsärztlichen Stellungnahme vom 25.05.2010 (Blatt 58 der Beklagtenakte) teilte die Fachärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. K.der Beklagten mit, es sei nicht nur der Supraspinatus sondern auch der Subscapularis und der Infraspinatus teilruptiert. Der Supraspinatusmuskel sei stark fettig degeneriert, auch der Infraspinatus zeige Atrophiezeichen. Hier liege ein großer alter degenerativer bedingter RM-Defekt vor. Unfallbedingt liege nur eine Schulterprellung vor. Die Funktion sei aktuell bei Abduktion 160°, Elevation 100°, Außenrotation 70° eingeschränkt, der Verlauf sei aufgrund der schweren Vorschädigung verzögert.

In einem Telefonat vom 18.06.2010 (Blatt 65 der Beklagtenakte) teilte der Kläger der Beklagten mit, der operierende Arzt habe ihm mitgeteilt, eine Arthroskopie werde zu Lasten der Krankenkasse durchgeführt, da diese nicht auf den Arbeitsunfall sondern auf die dadurch aktivierte Arthrose zurückzuführen sei. Die Beklagte teilte dem Kläger daraufhin mit (Aktenvermerk über das Telefonat vom 18.06.2010, Blatt 62 der Beklagtenakte), dies entspreche einer telefonischen Absprache vom 02.06.2010 mit Oberarzt Dr. A. und das Heilverfahren zu ihren Lasten werde ab 21.06.2010 abgebrochen.

Mit Bescheid vom 18.06.2010 (Blatt 68 der Beklagtenakte) teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass ein Anspruch auf Leistungen über den 18.06.2010 hinaus nicht bestehe. Eine auf den 21.06.2010 geplante Refixation der Rotatorenmanschette rechts sei nicht auf den Unfall vom 06.03.2010 zurückzuführen, sondern auf eine bereits vorbestehende AC-Arthrose (Oberarmkopfhochstand und dadurch resultierendes Einengungssyndrom) und dem u.a. dadurch bereits fettig degenerierten Supraspinatusmuskel. Es sei nach der allgemein anerkannten medizinischen Literatur nicht möglich, durch einen Sturz auf die Schulter/Oberarm einen Riss der Rotatorenmanschette herbeizuführen, da die Schulter durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) und dem Deltamuskel gut geschützt sei.

Mit Schreiben vom 03.01.2011 (Blatt 92 der Beklagtenakte) führte der Kläger aus, die Ausführungen der Beklagten zum Unfallhergang seien falsch, selbstverständlich könne durch einen Sturz auf die Schulter ein Riss der Rotatorenmanschette herbeigeführt werden. Er beantrage daher ausdrücklich weitere Leistungen zu erbringen.

Nachdem die Beklagte dieses Schreiben als Widerspruch gegen den Bescheid vom 18.06.2010 wertete (Blatt 97 der Beklagtenakte), wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 03.03.2011 (Blatt 103/105 der Beklagtenakte) den Widerspruch zurück. Unter Berücksichtigung der herrschenden unfallmedizinischen Lehrmeinung sei schon der vom Kläger beschriebene Unfallhergang nicht dazu geeignet, eine traumatische Verletzung der Rotatorenmanschette rechtlich wesentlich (mit) zu verursachen. Darüber hinaus sprächen aber vor allem auch die nachgewiesenen klinischen bildgebenden Befunde gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem angeschuldigten Unfallereignis und den vorliegenden Krankheitserscheinungen im Bereich der rechten Schulter.

Hiergegen hat der Kläger am 23.03.2011 beim Sozialgericht (SG) Reutlingen Klage erhoben, zu deren Begründung u.a. vorgetragen hat, es sei zwar richtig, dass Rotatorenmanschettenrupturen fast ausnahmslos bei degenerativer Vorschädigung zu beobachten seien, bei ihm könne die Zusammenhangstrennung aber auch durch einen Unfall hervorgerufen sein. Vor dem Unfall habe er keinerlei Beeinträchtigungen im Gebrauch des rechten Armes gehabt. Eine der wenigen Ursachen für eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur sei die Schultergelenksluxation, ein Unfall, bei dem ein Arm nach oben gestreckt werde. Er habe den Arm aber nicht nach oben gestreckt, als er gefallen sei. Dies bedeute zunächst, dass eine dadurch verursachte traumatische Rotatorenmanschettenruptur weniger wahrscheinlich sei, allerdings müssten Pro- und Kontraargumente angedacht werden, ob die Rotatorenmanschettenruptur vom Sturz herrühre oder nicht. Er sei unmittelbar nach dem Unfall in Behandlung gewesen, dort sei eine Verletzung festgestellt worden. Weil die Beschwerden nicht abgenommen hätten, sei eine kernspintomografische Untersuchung durchgeführt worden, wobei eine Rotatorenmanschettenruptur festgestellt worden sei. Dies spräche dafür, dass die Rotatorenmanschettenruptur ursächlich auf den Unfall vom 06.03.2010 zurückzuführen sei.

Das SG hat Beweis erhoben durch Anhörung der den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 18/23, 24/65 und 73/78 der SG-Akte Bezug genommen. Dr L., Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Facharzt für Chirotherapie, hat in seiner schriftlichen Aussage vom 11.05.2011 mitgeteilt, den Kläger erstmals am 28.06.2010 gesehen zu haben, Unfallfolgen selbst hätten nicht festgestellt werden können. Dr. H., Chefarzt am Klinikum Landkreis T., Knie- und Hüftendoprothetik, Schulter- und Fußchirurgie, hat mit Schreiben vom 16.05.2011 über eine stationäre Behandlung vom 15.11.2010 bis 20.11.2010 sowie anschließende ambulante Untersuchungen berichtet. Nach einer operativen Versorgung der Schulter aufgrund eines Rotatorenmanschettendefekts im Juni 2010 in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. (Refixation) seien weiterhin persistierende Beschwerden vorhanden gewesen, die bei ihm behandelt worden seien. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. R. hat in seiner schriftlichen Auskunft vom 31.07.2011 ausgeführt, am 06.03.2010 habe eine leichte Schwellung der Schulter im Bereich des rechten Oberarmkopfes verbunden mit Druckschmerzhaftigkeit knapp unterhalb des Kopfes und eine schmerzbedingt erheblich eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Schultergelenks bestanden. Am 13.04.2010 sei das Schultergelenk vor allem vorderseitig druckschmerzhaft gewesen. Es habe eine gute Beweglichkeit bis zur Waagrechten bestanden, danach sei die Beweglichkeit schmerzhaft und eingeschränkt gewesen. Für den 10.05.2010 sei den Unterlagen kein Befund dokumentiert. Die Beschwerden am 13.04. und 10.05.2010 seien auf die unfallunabhängige Rissbildung und Verkalkung im Bereich der Muskelmanschette des Oberarmkopfes sowie die Arthrose im Schultergelenk zurückzuführen. Es sei davon auszugehen, dass diese Veränderungen bereits vor dem Unfall bestanden hätten aber nicht klinisch bedeutsam gewesen seien. Das Unfallereignis sei allenfalls auslösende Ursache für die Schmerzen und die Verschlimmerung der Erkrankung.

Das SG hat auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG Beweis erhoben durch Einholung eines unfallchirurgischen Gutachtens bei Dr. S. Dieser

hat in seinem Gutachten vom 12.07.2012 (Blatt 106/127 der SG-Akte) ausgeführt, das Unfallereignis habe zu einer schweren Prellung des rechten Schultergelenks geführt. Der beschrieben Unfallmechanismus, ein direkter Sturz auf die rechte Schulter, sei nicht geeignet einen Riss der Rotatorenmanschette zu verursachen. Die bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen seien aber zu wesentlichen Teilen durch das Unfallereignis im Sinne einer Verschlimmerung verursacht.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 03.01.2013 (Blatt 137/144 der SG-Akte) hat Dr. S. ausgeführt, dass die Arthroskopie vom 21.06.2010 zur Abgrenzung von Unfallfolgen und Nichtunfallfolgen sinnvoll gewesen sei, die anschließende operative Therapie sei aufgrund von Nichtunfallfolgen durchgeführt worden. Er stelle auch fest, dass das Unfallereignis vom 06.03.2010 nicht zu einer Rotatorenmanschettenläsion geführt habe. Allerdings sei es aufgrund der vorbestehenden objektivierbaren Schadensanlage und aufgrund der erheblichen Verletzungsschwere zu einer richtungsW ...nden Verschlimmerung gekommen.

Das SG hat nunmehr Dr. A. (zu seiner Auskunft vgl. Blatt 149 der SG-Akte) und dessen Nachfolger Dr. L. von der BG Klinik T. schriftlich als sachverständigen Zeugen befragt. Dr. L./Prof. Dr. S. haben in ihrer Aussage vom 07.06.2013 (Blatt 152/164 der SG-Akte) ausgeführt, der Sturz auf die rechte Schulter vom 06.03.2010 habe zu einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung im Bereich der rechten Schulter geführt. Es habe eine Schadensanlage in Form einer Zusammenhangstrennung der Rotatorenmanschette mit Ausdünnung der Sehne, Retraktion der Sehne, Arthrose im AC-Gelenk und Arthrose im Schultergelenk bestanden. Die belastungsabhängigen Beschwerden für vier bis sechs Wochen seien dem Ereignis zuzurechnen. Ziel der arthroskopischen Operation am 21.06.2010 sei die Rekonstruktion der Rotatorenmanschette gewesen.

Das SG hat mit Urteil vom 06.02.2014 die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen aufgrund des Unfalls vom 06.03.2010 über den 18.06.2010 hinaus. Zwar handele es sich bei dem Ereignis vom 06.03.2010 um einen Arbeitsunfall, jedoch sei ein Zusammenhang zwischen diesem Arbeitsunfall und den vom Kläger vorgebrachten, über den 18.06.2010 fortbestehenden Beschwerden, insbesondere der Rotatorenmanschettenruptur und der daraus folgenden Beeinträchtigungen, im Hinblick auf die rechtliche Wesentlichkeit des Unfalls für diese nicht hinreichend wahrscheinlich zu machen. Das angeschuldigte Unfallereignis sei bereits nach seinem Hergang nicht geeignet, die Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen oder auch nur zu verschlimmern. Die Rotatorenmanschettenruptur sei vielmehr als unfallunabhängig und vorbestehend einzustufen. Auch eine Verschlimmerung durch den Arbeitsunfall lasse sich nicht hinreichend wahrscheinlich machen.

Gegen das seinem Bevollmächtigten zugestellte Urteil (Absendung durch das SG am 17.02.2014, Blatt 186 der SG-Akte) hat der Kläger am 19.03.2014 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Unter Vorlage eines anonymisierten Gutachtens von Prof. Dr. W ... (Blatt 18/27 der Senatsakte) und einer Niederschrift über eine Befragung von Prof. Dr. W ... vor dem LG Rottweil (Blatt 28/30 der Senatsakte) hat der Kläger ausgeführt, es sei unzutreffend, dass durch einen Sturz auf die Schulter eine Rotatorenmanschettenruptur nicht deutlich verschlimmert werden könne. Dr. S. habe dies in seinem Gutachten anschaulich dargestellt. Aus dem Gutachten von Prof. Dr. W. und dessen Anhörung in einem Zivilprozess habe dieser anschaulich ausgeführt, dass auch durch ein Sturz auf die Schulter eine Rotatorenmanschettenruptur auftreten könne, jedenfalls eine vorbestehende Schädigung der Rotatorenmanschette deutlich verschlimmert werden könne, auch wenn zuvor keinerlei klinische Beeinträchtigungen vorgelegen hätten. So sei es beim ihm. Es möge sein, dass bereits eine Schädigung der Rotatorenmanschette vorgelegen habe. Jedenfalls habe er keinerlei klinische Beeinträchtigungen gehabt. Die Assistenzärztin von Dr. R. habe zunächst an eine Rotatorenmanschettenruptur gedacht, wie sich aus der Fragestellung im D-Arztbericht ergebe. Allerdings habe sie weder sonographisch untersucht, noch ein MRT veranlasst. Allein durch ein Röntgenbild lasse sich eine Beeinträchtigung der Rotatorenmanschette nicht feststellen. Seine Schmerzen und Beeinträchtigungen, seien durchaus als solche im Sinne des Gutachtens von Prof. Dr. W. zu würdigen, dass nämlich die Zusammenhangstrennung nicht spontan geschehen sei durch eine Läsion, ein äußeres Ereignis.

Der Kläger beantragt schriftsätzlich:

Das Urteil - S 8 U 878/11 - des Sozialgerichts Reutlingen vom 06.02.2014 wird abgeändert. Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger unter Abänderung des Bescheides vom 18.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03.03.2011 wegen des Unfalls vom 06.03.2010 Leistungen über den 18.06.2010 hinaus zu erbringen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuW ...n, hilfsW ... durch Einholung eines Sachverständigengutachtens Beweis darüber zu erheben, ob nach dem aktuellen medizinischen Wissens- und Kenntnisstand der direkte Aufprall auf die Schulter geeignet ist, eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette zu verursachen.

Die Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Das der Berufung beigefügte Gutachten von Prof. Dr. W. und das beigefügte Protokoll für jenen Zivilrechtsstreit rechtfertigten keine andere Beurteilung. Das Gutachten betreffe einen Sturz mit Schulterluxation und einer später festgestellten Zusammenhangstrennung der Rotatorenmanschette. Für eine stattgehabte Schulterluxation ergäben sich jedoch im Falle des Klägers keinerlei Anhaltspunkte. Ein bloßes Anpralltrauma ohne Schulterluxation sei jedoch nach den in den Schriftsätzen genannten Fachliteratur für die Verursachung eines Rotatorenmanschettendefekts nicht geeignet. Außerdem hätten Prof. Dr. S./Dr. L. in der sachverständigen Zeugenauskunft vom 07.06.2013 einen unfallbedingten Rotatorenmanschettendefekt ausgeschlossen. Die Berufungsbegründung berücksichtige nicht, dass Dr. R. als erstbehandelnder Arzt in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 31.07.2011 ebenfalls einen unfallunabhängigen Rotatorenmanschettendefekt bejaht habe.

Die Sach- und Rechtslage wurde mit den Beteiligten im nichtöffentlichen Termin am 08.08.2014 erörtert. Wegen des Inhalts und Ergebnisses des Termins wird auf die Niederschrift (Blatt 36/39 der Senatsakte Bezug genommen.

Der Kläger hat dazu mit Schreiben vom 13.08.2014 (Blatt 34/35 der Senatsakte) ausgeführt, es sei unklar, in welchem Ausmaß eine Vorschädigung der Rotatorenmanschette des Klägers vorgelegen habe; Vorbefunde gebe es nicht. Unzulässig sei der Schluss, dass die Vorschädigung dann als erheblich anzusehen sei, wenn beim Sturz auf die Schulter es zwar zur Ruptur der Rotatorenmanschette komme, nicht aber zu knöchernen Verletzungen. Dabei handele es sich um eine Schlussfolgerung, welche die individuellen Gegebenheiten der

menschlichen Anatomie völlig unberücksichtigt lasse. Die Tatsache, dass viele Vorschädigungen der Rotatorenmanschette zunächst klinisch unauffällig seien, liege eben in der Natur der Sache. Es verstehe sich aber auch, dass diese offene Problematik nicht mit dem Versicherten heimgehen könne und dürfe. Solche Unsicherheiten müssten zu Lasten der Beklagten gehen. Außerdem werde in unzulässiger W ... davon ausgegangen, dass ein Sturz auf die Schulter bei angelegtem Arm eben ein senkrechte, eine einmalige traumatische Belastung darstelle. Dies sei indessen unzutreffend. Es sei geradezu unwahrscheinlich, dass bei einem Sturz der menschliche Körper genau auf die schmälste Seite falle und dabei auch so liegen bleibe. Es sei davon auszugehen, dass der Körper dann abrolle unter Einbeziehung der jeweiligen Schulter, sei es dass der Körper dann auf der vorderen Brustseite zu liegen komme oder in der Rückenlage. Tatsache sei, dass sich dabei das Schultergelenk verdrehe und die Sehnen der Rotatorenmanschette angespannt würden. Wenn diese dann durch Aufprallenergie rissen, bedeute dies eben nicht, dass sie nur deswegen reißen, weil sie entsprechend stark vorgeschädigt sind.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Blatt 44, 45 der Senatsakte).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte gemäß § 124 Abs. 2 SGG über die Berufung ohne mündliche Verhandlung entscheiden, denn die Beteiligten haben dem zugestimmt und der Senat hält eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich.

Die gemäß § 151 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß §§ 143, 144 SGG zulässig, jedoch unbegründet.

Gegenstand des Verfahrens ist der mündliche Verwaltungsakt vom 18.06.2010 in der Fassung des Bescheids vom 18.06.2010, die beide keine Rechtsbehelfsbelehrung enthalten hatten, in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03.03.2011, mit denen die Beklagte einseitig und im Über-/Unterordnungsverhältnis bestimmt hatte, dass Leistungen wegen des Unfallereignisses vom 06.03.2010 über den 18.06.2010 nicht erbracht werden.

Soweit der Kläger schriftsätzlich beantragt hatte, die Beklagte zur Erbringung von - nicht näher bezeichneten - Leistungen zu verurteilen, wäre die Berufung an sich unbegründet, weil die Klage unzulässig wäre. Denn insoweit würde der Kläger ein Grundurteil über Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung i.S.d. §§ 26 ff SGB VII begehren. Ein solcher Klageantrag ist nach der Rechtsprechung des BSG (07.09.2004 - 2 B U 35/03, SozR 4-2700 § 8 Nr. 6; BSG 30.01.2007 - B 2 U 6/06 R, juris) unzulässig. Denn einem Grundurteil (§ 130 SGG) sind nur die in Betracht kommenden Geldleistungen zugänglich, nicht aber das Sachleistungsbegehren nach Heilbehandlung. Vorliegend hat der Senat aber das Begehren des Klägers sachdienlich verstanden (§§ 103, 112 Abs. 2 Satz 2 SGG). Zwar hatte die Beklagte im schriftlichen Bescheid vom 18.06.2010 lediglich mitgeteilt, Leistungen nicht mehr zu erbringen, doch ergibt sich aus dem Zusammenhang mit der für den 21.06.2010 geplanten Arthroskopie, die Gegenstand des Telefonats vom 18.06.2010 war, dass die Beklagte die Gewährung von Heilbehandlung – in Form einer Arthroskopie – ablehnen wollte. Aus diesem Inhalt des zunächst mündlich erlassenen Verwaltungsaktes ist auch der Inhalt des bestätigenden Bescheids vom 18.06.2010 zu verstehen. Die Beklagte hatte damit – Arbeitsunfähigkeit lag am 18.06.2010 nicht vor – Leistungen in Form von Heilbehandlung abgelehnt. Dies hat sie im Widerspruchsbescheid letztlich lediglich bestätigt, ohne andere Leistungen zu erfassen. Soweit sich der Kläger gegen diese Entscheidungen mit dem Begehren von Leistungen wendet, ist für den Senat sein Begehren dahingehend klar zu verstehen, dass der Kläger Heilbehandlungsleistungen begehrt. Damit ist das Klagebegehren des Klägers nicht unbestimmt, sondern deutlich. Dieses Begehren hat der Kläger mit der zulässigen Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1, Abs. 4 SGG) geltend gemacht.

Nach § 26 Abs. 1 Satz 1 SGB VII haben Versicherte nach Maßgabe der folgenden Vorschriften und unter Beachtung des SGB IX Anspruch auf Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, auf ergänzende Leistungen, auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sowie auf Geldleistungen. Die Heilbehandlung umfasst nach § 27 Abs. 1 SGB VII insbesondere Erstversorgung, ärztliche Behandlung, zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege, Behandlung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 Abs. 2 Nr 1 und 3 bis 7 und Abs. 3 SGB IX.

Voraussetzung des Anspruchs auf Heilbehandlung ist das Vorliegen eines Versicherungsfalles im Sinne des § 7 Abs. 1 SGB VII; vorliegend kommt alleine ein Arbeitsunfall im Sinne des § 8 SGB VII in Betracht. Ob ein solcher vorlag, kann offen bleiben denn ein Anspruch auf Heilbehandlung besteht über den 18.06.2010 hinaus nicht; die Folgen des Ereignisses vom 06.03.2010 waren am 18.06.2010 ausgeheilt. Die am 21.06.2010 arthroskopierten Gesundheitsschäden an der Rotatorenmanschette/Schulter des Klägers sind nicht im Sinne des Unfallversicherungsrechts auf das Ereignis vom 06.03.2010 zurückzuführen.

Der Senat konnte feststellen, dass der Kläger am 06.03.2010 im Rahmen seiner beruflichen und bei der Beklagten versicherten Tätigkeit als Hausmeister ausgerutscht und direkt auf die Schulter gefallen ist. Dies entnimmt der Senat den Angaben des Klägers gegenüber der Beklagten aber auch den Angaben im Erörterungstermin. Insoweit hatte der Kläger auch auf Nachfrage wiederholt betont, nicht auf den – ausgestreckten – Arm gefallen zu sein, sondern direkt auf die Schulter bei angelegtem Arm. Bei diesem Unfall zog sich der Kläger zwar eine schwere, schmerzhafte Schulterprellung zu. Diese begründete aber keine Arbeitsunfähigkeit; der Kläger hat vielmehr tatsächlich weiter gearbeitet. Auch bestand über den 18.06.2010 hinaus keine Behandlungsbedürftigkeit wegen dieser Unfallfolgen. Dies konnte der Senat anhand der Unterlagen der behandelnden Ärzte feststellen. So konnte insbesondere Dr. R. angeben, dass die am 13.04.2010 und in der Folge beklagten Beschwerden auf die unfallunabhängige Rissbildung und die Verkalkungen im Bereich der Muskelmanschette des Oberarmkopfes sowie die Arthrose im Bereich der Schulter zurückzuführen sind. Damit konnte sich der Senat der Einschätzung des Dr. L./Prof. Dr. S. anschließen, die insoweit unfallbedingte belastungsabhängige Beschwerden für vier bis sechs Wochen angegeben hatten. Damit musste der Senat feststellen, dass jedenfalls ab dem 18.06.2010 die Schulterprellung keine Behandlungsbedürftigkeit mehr verursacht hatte.

Die Ruptur der Rotatorenmanschette ist dagegen nicht Folge des Ereignisses vom 06.03.2010, so dass deren Behandlung nicht zu Lasten der Beklagten zu erbringen war. Denn insoweit ist die haftungsausfüllende Kausalität zwischen dem angeschuldigten Geschehen vom

06.03.2010 und den geltend gemachten Gesundheitsstörungen nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu bejahen. Dies konnte der Senat auf Grundlage der ärztlichen Unterlagen, insbesondere den Angaben des notärztlich versorgenden Dr. R. und der Auskunft des Dr. L./Prof. Dr. S. feststellen. Auch der Gutachter Dr. S. konnte bestätigen (Blatt 119 der SG-Akte = Seite 14 des Gutachtens), dass die Rotatorenmanschettenruptur nicht Folge des Unfalles vom 06.03.2010 ist.

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (st. Rspr. vgl. zuletzt BSG 12.04.2005 - B 2 U 27/04 R - BSGE 94, 269 = SozR 4-2700 § 8 Nr 15, jeweils RdNr. 11). 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 (BSGE 1, 72, 76).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. dazu nur Heinrichs in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 65. Aufl. 2006, Vorb. v § 249 RdNr. 57 ff m. w. N. sowie zu den Unterschieden BSGE 63, 277, 280 = SozR 2200 § 548 Nr. 91) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Bei mehreren Ursachen ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende (Mit-)Ursache auch wesentlich war, ist unerheblich. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (vgl. zum Vorstehenden insgesamt BSG, Urteile vom 09.05.2006, a.a.O.).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. BSGE 19, 52 = SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO; BSGE 32, 203, 209 = SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO; BSGE 45, 285, 287 = SozR 2200 § 548 Nr. 38, BSGE 58, 80, 83 = SozR 2200 § 555a Nr. 1). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom 09.05.2006 a.a.O. m.w.H.). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "VollbeW ...s", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m. w. N.).

Nach diesen Grundsätzen liegt zur Überzeugung des Senats eine unfallbedingte Kausalität für die geltend gemachten Gesundheitsstörung einer Rotatorenmanschettenruptur, die über den 18.06.2010 hinaus Behandlungsbedürftigkeit begründet hatte, nicht vor.

Zwar hatte der Kläger angegeben, vor dem Ereignis vom 06.03.2010 keinerlei Schulterbeschwerden bemerkt zu haben. Dies wird durch die von der Beklagten von den Krankenkassen beigezogenen Unterlagen unterstützt, als daraus keine Schultererkrankungen bzw. Behandlungen der Schulter zu entnehmen sind. Ob diese Angaben glaubhaft sind – so hat der Kläger dem Gutachter Dr. S. angegeben, dass er immer wieder Beschwerden im Bereich des Schultergelenks gehabt habe, die aber immer wieder rasch abgeklungen seien (vgl. Blatt 138 der SG-Akte = Seite 2 der ergänzenden Stellungnahme) -, kann der Senat offen lassen, seine Angaben gegenüber dem Gericht sogar als wahr unterstellen. Denn dass der Kläger vor dem 06.03.2010 keine Beschwerden gehabt hatte, bedeutet nicht, dass keine Schulterverletzung bestanden hatte. Insoweit hat gerade der Gutachter Dr. S. in seiner ergänzenden Stellungnahme (Blatt 139 der SG-Akte) darauf hingewiesen, dass eine Degeneration bis zu dem Ereignis stumm bleiben kann und eine leere Anamnese weder einen Vorschaden noch eine Schadensanlage ausschließe. Auch ist aus dem Kernspintomographiebericht vom 26.04.2010 eine fettige Degeneration des Musculus supraspinatus Grad II, eine Retraktion der Supraspinatussehne bis zur Höhe des AC-Gelenks, eine Signalanhebung der Muskelfasern des Infraspinatus mit Flüssigkeitseinlagerung in das Epi- und Perimysium im Rahmen einer Rissbildung sowie eine Atrophie der kranialen Anteile des Musculus infraspinatus, ein 0,8 x 0,3 cm großes Kalkdepot und ein Hochstand des Oberarmkopfes festgestellt worden. Dieser Befund deutet auf einen erheblichen, älteren Gesundheitsschaden hin, der bereits vor dem 06.03.2010 aufgetreten sein musste. Dazu passt auch, dass der Operationsbericht vom 21.06.2010 (Blatt 126/127 der SG-Akte) die lange Bizepssehne als bursaseitig ausgedünnt und degenerativ aufgespleisst sowie am AC-Gelenk bursaseitig eine kolbige Auftreibung, eine nicht vorhandene Kapsel bei direktem Kontakt zwischen lateraler Clavicula und Acromion beschreibt. Dies belegt hinreichend deutlich eine länger bestehende Rotatorenmanschettenruptur, die bereits vor dem Unfall am 06.03.2010 bestanden hatte. Der Senat sieht sich auch dadurch bestätigt, als es sich bei dem Unfallgeschehen nicht um ein geeignetes Geschehen handelt. Insoweit folgt der Senat der Einschätzung der Beratungsärztin Dr. K. und dem Gutachter Dr. S., der zu dem Schluss gekommen war, dass der vom Kläger beschriebene Geschehensablauf nicht geeignet sei, die Verletzungen der Rotatorenmanschette zu verursachen. Vielmehr fänden sich im Kernspintomographiebefund HinW ... auf eine länger bestehende – mithin vor dem 06.03.2010 bestehende - Schädigung der Rotatorenmanschette.

Dem entspricht auch die medizinische Fachliteratur, die – wie die Rechtsprechung des Senats aber auch anderer Senate des LSG (vgl. z.B. LSG Baden-Württemberg 15.04.2002 – L 1 U 1844/00 – juris RdNr. 33 ff) dargelegt hatte, dass ein direkter Sturz auf die Schulter, mithin bei einem direkten Anpralltrauma, einen isolierten, ausschließlich traumatischen Supraspinatussehnenriss nicht verursacht. In Frage kommt dafür (vgl. LSG a.a.O.; ebenso Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Seite 412) allein ein Verletzungsmechanismus im Sinne einer wesentlichen Teilursache bei bestehender Degeneration (vgl. Schönberger et al. a.a.O.). Insgesamt

ist eine isolierte Verletzung der Rotatorenmanschette die Ausnahme. Wird dagegen das Schultergelenk in seiner Gesamtheit beschädigt (z.B. Schulterverrenkung), kann es zu Mitverletzungen der Rotatorenmanschette kommen (LSG a.a.O.). Danach ist zwischen direkter und indirekter Krafteinwirkung bedeutsam zu unterscheiden. Als ungeeignete Unfallhergänge werden danach die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) angesehen, da die Rotatorenmanschette durch Schulterhöhe (Acromio) und Deltamuskel gut geschützt ist (LSG a.a.O.; Schönberger et. al. Seite 413). Nur Bewegungen im Schultergelenk mit Zugbelastung der Rotatorenmanschette können diese zerreißen (LSG a.a.O.). Dies sind in erster Linie Rotationsbewegungen, aber auch Abspreizbewegungen (LSG a.a.O.). Als geeignete Verletzungsmechanismen werden danach überfallartige, d.h. passive ruckartige und plötzliche Krafteinwirkungen, massives plötzliches Rückwärtsreißen oder Heranführen des Armes sowie starke Zugbelastung bei gewaltsamer Rotation des Armes angesehen (Schönberger et al. Seite 412/413; LSG a.a.O.). Für derartige Unfallhergänge liegen vorliegend jedoch keine Belege vor, da der Senat auf Grundlage der Angaben des Klägers feststellen musste, dass der Kläger direkt auf die Schulter gefallen war und damit ein ungeeignetes Unfallgeschehen vorliegt.

Sind ältere erhebliche Schäden der Rotatorenmanschette – worauf u.a. die im Kernspintomographiebericht beschriebene Verfettung und die Atrophie hinW ...n - vorhanden und liegt mit einem Sturz direkt auf die Schulter ein ungeeignetes Unfallgeschehen vor, so konnte der Senat nicht annehmen, dass dieser Sturz hinreichend wahrscheinliche wesentliche Ursache der Rotatorenmanschettenruptur war – zu Gunsten des Klägers jetzt die naturwissenschaftliche Kausalität einmal unterstellt - , diese mithin rechtlich wesentlich nicht auf den Unfall vom 06.03.2010 zurückzuführen ist.

Soweit der Kläger dem unter Hinweis auf das von ihm vorgelegte Gutachten von Prof. Dr. W., das dieser – nicht im Zusammenhang mit dem Kläger – für einen Zivilprozess im Jahr 2004 gefertigt hatte, entgegengetreten ist, kann der Senat ihm nicht folgen. Denn anders als im vorliegenden Fall war in dem von Prof. Dr. W ... bei dem Unfall eine Schultergelenksluxation aufgetreten (vgl. dessen Angaben auf Blatt 26 der Senatsakte = Seite 17 des Gutachtens). Dass eine Rotatorenmanschettenruptur durch eine plötzliche passive Bewegung wie sie bei einer Schultergelenksluxation (Schulterverrenkung oder Schulterausrenkung) vorkommen kann, eintreten kann, bestätigt auch die unfallversicherungsmedizinische Literatur (vgl. Schönberger et al. Seite 412); eine solche Luxation des Schultergelenks liegt jedoch beim Kläger nicht vor, der sich beim Unfall am 06.03.2010 lediglich eine Schulterprellung zugezogen hatte.

Auch wenn der Senat annehmen würde, die Rotatorenmanschette wäre erst beim Unfall vollständig ruptiert, so führt dies nicht dazu, dass anzunehmen wäre, dass das Geschehen vom 06.03.2010 hinreichend wahrscheinlich wesentliche Ursache war. Denn insoweit müsste dann ein erheblicher Vorschaden angenommen und das Unfallgeschehen als Gelegenheitsursache angesehen werden. Genügt schon eine an sich völlig ungeeignete Unfallursache um einen Gesundheitsschaden auszulösen oder zu verschlimmern, muss angenommen werden, dass der Vorschaden ganz erheblich war. Dabei durfte der Senat davon ausgehen, dass der Sturz auf die Schulter eine im Alltag vorkommende Belastung ist. D. h. selbst wenn die naturwissenschaftliche Kausalität im Sinne einer conditio sine qua non bejaht würde, ist nach den getroffenen Feststellungen des Senats, die mit denen des SG übereinstimmen, ein wesentlicher Zusammenhang der dann nur mitursächlich gewordenen unfallbedingten Einwirkung für die eingetretenen Rupturen nicht zu bejahen, da allein wesentlicher Faktor für die unterstellten frischen Sehnenverletzungen das Ausmaß der Vorschädigung der Sehnen war. Dies folgt für den Senat aus dem nachgewiesenen Umfang der Vorschädigung und der für den Verletzungsmechanismus anzunehmenden nur geringen Krafteinwirkung auf die Sehnen, die eine die Alltagsbelastung übersteigende Intensität nicht ausgewiesen hatte, was der Senat den gutachterlichen Einschätzungen von Dr. K. zum ungeeigneten Unfallmechanismus und letztlich auch Dr. S. entnehmen kann. Maßgebend zur Bewertung einer Alltagsbelastung ist nach ständiger Rechtsprechung des Senats nicht das Unfallereignis als solches (z. B. die Tatsache eines Sturzes) bzw. der generell zum Tragen gekommene Kraftaufwand, sondern die Intensität der Einwirkungen auf das verletzte Organ (vgl. Urteil des Senats vom 01.07.2011 - L 8 U 197/11 - juris, www.sozialgerichtsbarkeit.de). Eine Alltagsbelastung ist nicht nach der individuellen Lebensführung des Versicherten zu beurteilen, sondern abstrakt danach, welche VerhaltensW ...n in der Lebensführung in der Bevölkerung verbreitet vorzufinden sind und nach allgemeiner Anschauung als alltägliche, nur mäßiggradig belastende Verrichtungen gelten (vgl. Urteil des Senats vom 23.03.2012 - L 8 U 884/11 - juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de). Die über den Muskelmantel der Schulter quer zur Verlaufsrichtung der betroffenen Sehnen einwirkende Kraft kann nach den anatomischen Gegebenheiten keine Zugbelastung im relevanten Umfang begründen. Hierbei spielt es keine Rolle, ob die Kraftrichtung exakt im rechten Winkel zum Sehnenverlauf steht und beim flächigen Aufprall direkt das – äußerst schmale – Fenster zwischen Schulterdach und Oberarmkopf betroffen ist, wonach der Klägervertreter anscheinend differenzieren möchte. Eine nach Kraftrichtung und Kraftentfaltung über eine Alltagsbelastung hinausgehende Intensität der unfallbedingten, über die Muskulatur flächig verteilte Aufprallenergie auf die Sehne ist damit bei vergleichender Betrachtung nicht festzustellen. Es kann wegen der anatomischen Verhältnisse nicht zu einer wenn überhaupt belangvollen Längsdehnung der Sehnen kommen (vgl. zuletzt Urteil des Senats vom 21.08.2015 – L 8 U 5058/14 – und Urteil des Senats vom 25.04.2014 - L 8 U 2322/11 -, unveröffentlicht). Bei wertender Betrachtung des Senats ist der durch den Sturz auf die Sehnen einwirkende Impuls mit keiner höheren Belastung verbunden als die, die bei anderen Bewegungsabläufen mit Beteiligung der genannten Sehnen im Alltag auch sonst vorkommt, denn die geringfügige Beanspruchung der Sehne ist vergleichbar mit dem Heben von geringen bis mittleren Lastgewichten (z.B. Einkäufe, Getränkekiste etc.) oder sonstigen Zugbelastungen (z.B. Bewegen eines Einkaufswagens), die in dieser Größenordnung bei vielfältigen Gelegenheiten im Alltag auftreten. Genügt aber eine solche, an sich ungeeignete Belastung schon um die Rotatorenmanschette in dem beim Kläger vorliegenden Umfang zu zerreißen, so handelt es sich nach der Überzeugung des Senats um eine Gelegenheitsursache. Diese begründet aber keinen dem Versorgungssystem der gesetzlichen Unfallversicherung zuzurechnenden Versicherungsfall.

Soweit der Kläger diesen Schluss als unzulässig ansieht, weil dieser, die individuellen Gegebenheiten der menschlichen Anatomie völlig unberücksichtigt lasse und unzulässig generalisiere, weil die Tatsache, dass viele Vorschädigungen der Rotatorenmanschette zunächst klinisch unauffällig seien, eben in der Natur der Sache liege, so ist damit die vorzunehmende rechtliche Wertentscheidung im zweiten Prüfungsschritt der Kausalitätsprüfung zur Wesentlichkeit der Mitursache nicht zu widerlegen und steht dem im Übrigen die unfallmedizinische Literatur entgegen. Auch aus dem von ihm selbst vorgelegten Gutachten von Prof. Dr. W ... ergibt sich, dass er der Aussage, Rotatorenmanschettenrupturen und Risse der langen Bizepssehne seien fast ausnahmslos bei degenerativer Vorschädigung zu beobachten grundsätzlich beigetreten ist (Blatt 25 der Senatsakte = Seite 16 des Gutachtens). Prof. Dr. W. führt darüber hinaus – ausweislich des vom Kläger vorgelegten Protokolls des LG Rottweil - an, dass eine traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette selten sei. Das überwiegende Lager der medizinischen Meinung gehe davon aus, dass in der überwiegenden Anzahl der Fälle nicht eine Ruptur i.S. einer Gewalteinwirkung sondern eine degenerativ bedingte Läsion Ursache der Rotatorenmanschettenverletzung sei. Vor diesem Hintergrund wird aber deutlich, dass ein bloßer Sturz grds. nicht ausreicht, um eine Rotatorenmanschette zum Zerreißen zu bringen. Vielmehr sind besondere Umstände erforderlich – die unfallmedizinische Literatur geht z.B. von einer plötzlichen passiven Krafteinwirkung

aus (Schönberger et al. Seite 412). Solche besonderen Umstände hat der Kläger aber nicht aufgezeigt, der Senat konnte solche auch nicht feststellen.

Auch soweit der Kläger ausführen lässt, der Sturz könne nicht als isolierter Sturz auf die Schulter verstanden werden, dieser müsse vielmehr im Rahmen eines Aufprallvorgangs mit anschließendem Abrollvorgang betrachtet werden, so folgt ihm der Senat nicht. Denn ein solcher Aufprall-/Abrollvorgang ist beim Kläger nicht aufgetreten. Er hat mehrfach – sowohl unfallnahe als auch auf ausdrückliche Befragung nach Diskussion der rechtlichen Gegebenheiten im Erörterungstermin – angegeben, direkt auf die Schulter gefallen zu sein. Einen Abrollvorgang hat der Kläger nicht beschrieben und erstmals mit Schreiben vom 14.08.2014 andeutungsW ... behauptet. Angesichts des bisherigen Vortrags mit detaillierter Unfallbeschreibung wertet der Senat diesen letzten Vortrag eines Unfalls mit Abrollen als nicht glaubhaft. Darüber hinaus ist ein Abrollen über die Schulter bei angelegtem Arm oder auch ein Abrollen/Aufrichten mit erst jetzt – d.h. nach dem Sturz – angewinkelten Arm kein Vorgang, der eine Schulterluxation mit unphysiologischer Sehnendehnung verursachen kann. Dies vermag der Senat nicht zu erkennen und hat auch kein Arzt beschrieben, der Kläger hat auch keine ärztliche Äußerung hierzu vorgelegt. HinW ... hierauf ergeben sich auch nicht aus der unfallmedizinischen Literatur, weshalb der Senat sich auch nicht gedrängt sehen musste, dem weiter nachzugehen, ungeachtet dessen dass er den diesbezüglichen Vortrag des Klägers als unglaubhaft erachtet. Entsprechende Anzeichen einer frisch abgelaufenen Schulterluxation sind auch dem MRT-Befund, anders wie in dem Fall, der dem vom Kläger vorgelegten Gutachten von Prof. Dr. W. zu Grunde lag, gerade nicht zu entnehmen. Eine Absprengung des Labrums oder frische Einblutungen, die dem Sehnenriss zuzuordnen wären, sind in dem MRT-Befund vom 26.04.2010 nicht beschrieben. Die angeführte Läsion des Labrum craniodorsal mit leichter Deformierung der gleniodalen Gelenkfläche kann somit genauso gut Ausdruck einer vor dem Unfall stattgefunden Schulterluxation sein, die Ursache der vorbestehenden (Teil-)Ruptur(en) einer oder mehreren Sehnen war. Eine auf den Unfallzeitpunkt beziehbare Schädigung ist dem über 6 Wochen nach dem Unfall gefertigten MRT vom 26.04.2010 nicht mit Sicherheit zu entnehmen; der Unfallschilderung des Klägers ist zudem weder eine Schulterverrenkung noch eine deswegen notwendig gewordene Reposition – wie von Prof. Dr. W ... in der vorgelegten Vernehmung dargelegt – zu entnehmen. Eine Schulterluxation hat auch kein sich gutachterlich äußernder Arzt angenommen, auch Dr. S. hat hierzu keine Ausführungen gemacht.

Der Senat konnte auch eine wesentliche richtunggebende Verschlimmerung einer vorbestehenden Rotatorenmanschettenruptur durch das Unfallgeschehen vom 06.03.2010 nicht feststellen. Denn auch insoweit konnte der Senat nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit feststellen, dass das Unfallgeschehen vom 06.03.2010 wesentlich ursächlich für die angegebene Verschlimmerung ist.

Ein Fall einer unfallversicherungsrechtlich relevanten Verschlimmerung liegt nur dann vor, wenn das Unfallereignis auf einen bereits bestehenden Gesundheitsschaden trifft und im Zusammenhang mit dem Unfallereignis (lediglich) dessen Verschlimmerung oder der Tod des Versicherten eintritt (G. Wagner in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. 2014, § 8 SGB VII, RdNr. 167). Allerdings ist eine Verschlimmerung nur in Betracht zu ziehen, wenn vor dem Unfallereignis bereits eine Gesundheitsstörung im Sinne eines regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes vorhanden war (G. Wagner a.a.O.). Hierzu bedarf es der Feststellung von medizinisch (klinisch) erfassbaren Beschwerden, Funktionsstörungen oder Belastungseinschränkungen (G. Wagner a.a.O.). Ebenso muss festgestellt werden, dass sich diese verschlimmert haben. Ein nur symptomatisch verändertes Krankheitsbild ohne Änderung des Grundleidens rechtfertigt noch nicht eine richtunggebende Verschlimmerung im Rechtssinne. Die haftungsbegründende Kausalität zwischen Unfallereignis und Verschlimmerung ist in einem solchen Falle nur gegeben, wenn das Unfallereignis für die Verschlimmerung eine wesentliche Ursache war (G. Wagner a.a.O.).

Im vorliegenden Fall hat das Ereignis vom 06.03.2010 die vorbestehende Rotatorenmanschettenruptur nicht in diesem Sinne und auch nicht richtunggebend ursächlich verschlimmert. Schon der oben beschriebene medizinische Befund der kernspintomographischen Untersuchung spricht deutlich dafür, dass die Rotatorenmanschettenruptur bereits vor dem 06.03.2010 bestanden hatte. Nach Feststellung des Senats ist ein zur Verursachung einer Rotatorenmanschettenruptur ungeeignetes Unfallgeschehen auch ungeeignet, dessen wesentliche richtungsgebende Verschlimmerung zu verursachen. Denn insoweit gilt dasselbe wie bei der Verursachung der Ruptur selbst (s.o.). Soweit der Gutachter Dr. S. (Blatt 121 der SG-Akte = Seite 16 des Gutachtens) angenommen hat, es bestehe die Möglichkeit, dass "aufgrund der Vorschädigung, verschlimmert durch das Unfallereignis, die vorher bestehende volle Funktionsfähigkeit nicht mehr erreicht werden" konnte und deshalb die bestehende Funktionseinschränkung im Bereich des Schultergelenkes zu wesentlichen Teilen durch das Unfallereignis im Sinne einer Verschlimmerung verursacht wurde, weil erst nach dem Unfall Bewegungseinschränkungen sichtbar wurden, handelt es sich insoweit um ein bloßes - unwesentliches – Anlassgeschehen. Unabhängig davon ist damit eine richtunggebende Verschlimmerung nach den Befunden von Dr. S. nicht zu begründen. Vorliegend ist außerdem nicht nachgewiesen, dass die stumme Vorschädigung der Rotatorenmanschette soweit kompensiert war, dass – neben der angeblich schmerzfreien Bewegungsfähigkeit – auch keinerlei endgradige Bewegungseinschränkungen bestanden haben. Dies ist bei dem aus dem MRT-Befund ersichtlichen Ausmaß der Schädigung aller betroffenen Sehnen der Rotatorenmanschette rechts wenig wahrscheinlich, zumal der Kläger gegenüber Dr. S. selbst auch belastungsabhängige Schmerzen an der rechten Schulter bereits vor dem Unfall angegeben hatte (Blatt 138 der SG-Akte = Seite 2 der ergänzenden Stellungnahme). Dr. S. selbst geht auch nur von einer subjektiven Beschwerdefreiheit des Klägers aus (Blatt 121 der SG-Akte = Seite 16 des Gutachtens). Nicht ganz verständlich ist, dass er gleichwohl von einer uneingeschränkten Funktionstüchtigkeit des Schultergelenks vor dem Unfall ausgeht. Darüber hinaus ist den von Dr. S. erhobenen Befunden allein eine wesentliche Verschlimmerung gegenüber dem unfallvorbestehenden Zustand nicht zu entnehmen. Die im Alltag und Berufsleben funktionell bedeutsame Vorhebung, weshalb diese Funktionseinschränkung nach der unfallmedizinischen Literatur der MdE-Bewertung zu Grunde gelegt wird, ist am 28.03.2012 bei der Untersuchung durch Dr. S. in beiden Ebenen seitwärts/körperwärts und rückwärts/vorwärts nur endgradig eingeschränkt gewesen. Dies entnimmt der Senat dem Messblatt, das Dr. S. seinem Gutachten beigefügt hat und aus dem die betreffenden Bewegungsmaße des Schultergelenks rechts mit 150/0/50 für die Armhebung seitwärts/körperwärts und 40/0/160 für Armhebung rückwärts/vorwärts ersichtlich ist. Die von Dr. S. im Gutachten angesprochene geringe Muskelminderung im Seitenvergleich, nach Messblatt ergibt sich eine Differenz von 0,5 cm, bewegt sich noch im Rahmen der Messtoleranz. Eine schonungsbedingte Muskelatrophie rechts ist damit nicht zu belegen. Auch genügt nicht die bloße Möglichkeit der Verursachung. Vielmehr ist gerade erforderlich, dass der Unfall wesentliche Ursache der Verschlimmerung war. Das konnte aber auch Dr. S. nicht darlegen.

Der Senat konnte auch nicht feststellen, dass Folge des Ereignisses vom 06.03.2010 eine dauerhaft verbleibende Einschränkung der Schultergelenksbeweglichkeit ist, wie sie Dr. S. in seinem Gutachten sowie der ergänzenden Stellungnahme angegeben hat. Insoweit mag zwar zutreffen, dass nach dem Ereignis vom 06.03.2010 die Schulter in ihrer Beweglichkeit nicht mehr so funktionsfähig ist als zuvor – unabhängig davon, ob zuvor bereits Funktionsdefizite bestanden hatten. Jedoch sind die Einschränkungen der Schulterbeweglichkeit nicht

hinreichend wahrscheinlich wesentlich ursächlich auf das Ereignis vom 06.03.2010 zurückzuführen. Denn mit der erheblichen Rotatorenmanschettenruptur und deren Operation sowie der ergänzenden späteren Operation, die nicht unfallverursacht sind, bestehen Ursachen für die Einschränkung der Schultergelenksbeweglichkeit, die unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände des Falles für den Senat im Sinne der vorliegend anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt im Vergleich zum Sturz allein wesentlich mitgewirkt haben, sodass die insoweit über den 18.06.2010 hinaus bestehende Behandlungsbedürftigkeit nicht auf das Unfallereignis vom 06.03.2010 zurückzuführen ist.

Der Senat konnte des Weiteren auch nicht feststellen, dass eine in Folge des Ereignisses vom 06.03.2010 möglicherW ... aktivierte schmerzhafte Schultergelenksarthrose, die der Operateur Dr. A. gegenüber dem Kläger erwähnt hatte, noch über den 18.06.2010 hinaus Behandlungsbedürftigkeit verursacht hätte. Denn mit den Angaben von Prof. Dr. S./Dr. L. hat dies lediglich vier bis sechs Wochen nach dem Ereignis vom 06.03.2010 belastungsabhängige Beschwerden – im Wesentlichen Schmerzen – verursacht. Auch Dr. S. konnte in seinem Gutachten nicht darlegen, dass nach dem 18.06.2010 arthrosebedingte Schmerzen bestanden hatten. Er hat vielmehr lediglich eine relevante Bewegungseinschränkung und eine Kraftminderung im Bereich des rechten Schultergelenks als dauerhafte Verschlimmerung beschrieben (Blatt 139 der SG-Akte = Seite 3 der ergänzenden Stellungnahme). Damit konnte offen bleiben, ob der Senat alleine aus einer Aktivierung einer Arthrose ohne zusätzliche Veränderung der Grunderkrankung und ohne weitergehende, verschlechterte Funktionsfähigkeit eine richtunggebende Verschlimmerung einer Grunderkrankung (hier: eine vormals stumme, nun schmerzhafte Arthrose des Schultergelenks) anzunehmen hätte (dazu vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.01.2015 – L 6 U 4801/12 – juris). Vorliegend hat die aktivierte Arthrose jedenfalls nicht zu einer Behandlungsbedürftigkeit über den 18.06.2010 hinaus geführt.

Damit konnte der Senat feststellen, dass die gesundheitlichen Folgen des Unfallereignisses vom 06.03.2010 jedenfalls ab dem 18.06.2010 nicht mehr behandlungsbedürftig waren, sodass der Kläger keinen Anspruch auf weitere Heilbehandlung zu Lasten der Beklagten hat. Dabei hat der Senat auch berücksichtigt, dass – wie auch Dr. S. angegeben hat - in Folge der Vorschädigung der Schulter rechts eine längere Ausheilungsphase der Schulterprellung ggf. der aktivierten Arthrose anzunehmen war. Jedoch dauerte die auch insoweit verlängerte Behandlungsbedürftigkeit der unfallabhängigen Gesundheitsstörungen nicht über den 18.06.2010 hinaus.

Ein solcher Anspruch auf Heilbehandlung resultiert auch nicht daraus, dass die Arthroskopie am 21.06.2010 zur Abklärung von Unfallfolgen erfolgt oder als mittelbare Unfallfolge im Sinne des § 11 SGB VII anzusehen wäre. Weder hat eine Behandlung oder Untersuchung der unfallbedingten Schulterprellung zu der Rotatorenmanschettenruptur geführt, noch war dem Kläger erklärt worden, die Arthroskopie stehe im Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall. Vielmehr waren ihm vom behandelnden/operierenden Arzt als auch von der Beklagten (vgl. Aktennotiz vom 18.06.2010) ausdrücklich mitgeteilt worden, dass die Arthroskopie nicht zu Lasten der Beklagten durchgeführt werde, weil diese nicht auf den Arbeitsunfall zurückzuführen sei, sondern auf die dadurch aktivierte Arthrose (Blatt 65 der Beklagtenakte). Wusste der Kläger daher, dass die Arthroskopie wegen unfallunabhängiger Erkrankungen und auch nicht zu Lasten der Beklagten durchgeführt wird, so kann er nicht angenommen haben, dass diese der Abklärung des Unfallereignisses gedient hat, wie Dr. S. dargestellt hatte (Blatt 140 der SG-Akte = Seite 4 der ergänzenden Stellungnahme). Darüber hinaus diente auch objektiv die am 21.06.2010 durchgeführte Arthroskopie nicht der Abklärung von Unfallfolgen, sondern alleine der Behandlung unfallunabhängiger Gesundheitsschäden, wie der Arzt der BG-Klinik T. dem Kläger bereits vor der Operation erklärt hatte (vgl. Telefonnotiz vom 18.06.2010, Blatt 65 der Beklagtenakte).

Insoweit war auch der mündliche Verwaltungsakt der Beklagten vom 18.06.2010 zu verstehen. Darin war zwar angegeben (Blatt 65 der Beklagtenakte), dass ab dem 21.06.2010 das das Heilverfahren abgebrochen wird. Insoweit war dem Kläger deutlich gemacht worden, dass bereits die Arthroskopie nicht mehr zur von der Beklagten zu erbringenden Heilbehandlung nach dem Unfallereignis vom 06.03.2010 gezählt wird.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält deshalb weitere Ermittlungen, nicht mehr für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen und das vom SG eingeholte Gutachten haben dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG, § 412 Abs. 1 ZPO). Denn der medizinische festgestellte Sachverhalt bietet die Basis für die alleine vom Senat vorzunehmende rechtliche Bewertung.

Damit hat der Kläger keinen Anspruch auf Heilbehandlung zu Lastend er beklagten über den 18.06.2010 hinaus, weshalb die Berufung zurückzuW ...n war.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2015-11-11