L 1 U 3533/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 5 U 1135/13
Datum
18.08.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 1 U 3533/16
Datum
08.05.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 18.08.2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt wegen eines am 04.05.2010 erlittenen Arbeitsunfalls die Anerkennung weiterer Unfallfolgen, die Feststellung unfallbedingter Behandlungsbedürftigkeit über den 13.08.2010 hinaus und die Gewährung von Verletztenrente.

Die 1952 geborene Klägerin, die zum Unfallzeitpunkt bei der Firma P. E.GmbH in R. als Maschinenbauingenieurin versicherungspflichtig beschäftigt war, stürzte ausweislich des Durchgangsarztberichts von Dr. C. vom 04.05.2010 (Bl. 1 Verwaltungsakte der Beklagten - VA) am 04.05.2010 um 07.45 Uhr auf dem Weg zur Arbeit mit dem Roller, wobei sie sich beide Knie und das linke mediale obere Sprunggelenk (OSG) aufschürfte. Dr. C. erhob den Erstbefund einer lokalen Druckschmerzhaftigkeit prätibial beidseits mit einer fünfmarkstückgroßen Schürfung. Die Kniegelenke seien sonst frei beweglich, wobei bei Beugung vor allem das linke Gelenk schmerze. Keine Stufe sei tastbar. Außerdem bestehe eine lokale Druckschmerzhaftigkeit und Schürfung über dem linken OSG medialseitig etwas ventral des Innenknöchels, hier sei eine Schrunde tastbar. Das Sprunggelenk sei frei beweglich, kein Thalusvorschub, etwas Schmerzen bei Pronations-Stress. Wo die Patientin aufgekommen sei, sei nicht festzustellen. Das Röntgenbild (linkes OSG sowie linkes Knie in zwei Ebenen) habe keinen Hinweis auf knöcherne Läsion ergeben. Dr. C. stellte die Erstdiagnosen einer beidseitigen Knieprellung und einer Sprunggelenksdistorsion links und verschrieb als Erstversorgung Salbenverbände. Bei der Nachuntersuchung vom 07.05.2010 beschrieb er ein erheblich aufgeschwollenes und zunehmend schmerzhaftes linkes Sprunggelenk. Außerdem bestünden ein zunehmendes Hämatom im Schienbeinkopfbereich rechts und eine erhebliche Schwellung im Sprunggelenksbereich und Fußrückenbereich mit Hämatomverfärbung auch plantarseitig. Die Zehen könnten bewegt werden. Röntgenologisch hätten sich am linken Fuß und am rechten Knie keine knöchernen Verletzungsfolgen gezeigt. Wegen der klinisch eindeutigen Bandzerreißung im Außenknöchelbereich solle die Klägerin eine Aircast-Schiene für fünf bis sechs Wochen tragen und bis zum Abklingen der Schwellung an Unterarm-Gehstützen entlasten (Bericht vom 11.05.2010,Bl. 3 VA).

Am 16.05.2010 stellte sich die Klägerin mit stark zugeschwollenen Augen in der Notaufnahme der O.klinik vor. Aus diesem Anlass erfolgte auch eine Untersuchung des linken oberen Sprunggelenks, in der eine starke Schwellung festgestellt wurde. Daneben bestünden starke immobilisierende Schmerzen. Gesundheitsstörungen oder Beschwerden im Bereich der linken Schulter fanden in dem Zwischenbericht keine Erwähnung (Bericht vom 17.05.2010 des Prof. Dr. M., Bl. 50 VA).

Auf Veranlassung von Prof. Dr. M. wurde am 17.05.2010 ein CT des linken Sprunggelenks/Fersenbeins angefertigt (Befundbericht vom 17.05.2010, Bl. 46 VA). Hiernach bestehe ein knöcherner Bandausriss an der Fibulaspitze mit mehreren, kleinsten, Fragmenten. Ein parallel angefertigtes Röntgenbild ergab keinen Frakturnachweis bei achsen- und gelenkgerechten Verhältnissen der am Sprunggelenk beteiligten Skelettabschnitte (Befundbericht Bl. 45 VA).

Im Zwischenbericht vom 18.05.2010 über die weitere Nachuntersuchung vom 17.05.2010 führte Prof. Dr. M. aus, die Klägerin habe sich nach Rollersturz und primärer Behandlung bei Sprunggelenksdistorsion nun bei ihm vorgestellt. Die Klägerin habe ihm weiter berichtet, dass sie beim Gehen mit den Unterarmgehstützen vor fünf Tagen gestürzt und auf die linke dorsale Schulter gestürzt sei. Seither habe sie bewegungsabhängige Schmerzen im linken Schultergelenk. Bei der klinischen Untersuchung des linken Schultergelenks würden Druckschmerzen kranial im Verlauf der Supraspinatussehne angegeben, eine wesentliche Schwellung bestehe nicht. Die Anteversion sei bis 90 ° möglich, die Abduktion von 70 bis 140 ° sehr schmerzhaft. Die Innen-/Außenrotation betrage 70-0-70 °. Die weitere radiologische

Abklärung der Schulter links habe keinen Hinweis auf eine Fraktur ergeben. Die CT-Untersuchung des linken Sprunggelenks habe mehrere kleine Fragmente der Fibulaspitze im Sinne eines knöchernen Bandausrisses gezeigt.

In dem am 31.05.2010 erstellten Befund über ein MRT des linken Schultergelenks führte Prof. Dr. S. (Bl. 59 f. VA) aus, die Klägerin sei am 07.05.2010 ausgerutscht und auf die linke Schulter gestürzt. Seither sei eine aktive Elevation des linken Armes über die Horizontale nicht mehr möglich. Im MRT fand er einen am Ansatz der Supraspinatussehne bis knapp zwei cm Flüssigkeit gefüllten Defekt mit deutlicher Retraktion der Sehne und konsekutivem Humeruskopfhochstand und direktem Kontakt am Unterrand des Acromiondachs, ohne Atrophiezeichen des Muskels. Die Befunde sprächen für einen kompletten Riss der Supraspinatussehne neueren Datums. Er beurteilte den Befund als eine komplette Ruptur der Supraspinatussehne neueren Datums mit konsekutivem Hochstand des Humeruskopfes. Daneben bestehe eine traumatische Verletzung der Bursa subacromialis und subcoracoidea.

Mit schriftlicher Erklärung vom 05.06.2010 (Bl. 63 ff.VA) führte die Klägerin aus, sie sei am 04.05.2010 um 07.45 Uhr, als sich der Unfall sich in der S.straße in R. ereignet habe, auf dem Weg von ihrer Wohnung zur Arbeit gewesen. Auf Frage, wie sich der Unfall ereignet habe, gab die Klägerin wörtlich an: "Es hat genieselt, ich habe die weiße Streifen erwischt, ausgerutscht." Sie habe zunächst ihre Hausärztin S. (um 08.20 Uhr) aufgesucht, welche ihr einen Termin bei der D.klinik gemacht habe, wo sie sich um ca. 14.30 Uhr vorgestellt habe.

In einem Aktenvermerk vom 08.06.2010 über die Sondersprechstunde in der B. U.klinik T. vom Vortag führte der Bedienstete G. aus (Bl. 69 VA), die Klägerin, welche am linken Fuß noch einen Gipsverband gehabt habe, habe das Untersuchungszimmer an nur einer Gehstütze betreten. Sie sei mit der festen Absicht in das Gespräch gegangen, dass sie sich an der Schulter nicht noch einmal operieren lassen wolle, habe sich aber eine Zweitmeinung von Dr. H. geben lassen wollen. Dieser habe nach eingehender Untersuchung erklärt, dass die Klägerin von einer Operation profitieren würde. Eine OP sei aber nicht notwendig. Das Sehnendach fehle, weshalb der Oberarm nach oben gerutscht sei.

Im Zwischenbericht über die Vorstellung der Klägerin vom 07.06.2010 (Bericht vom 09.06.2010, Bl. 106 VA) stellte Dr. H. die Diagnosen einer Bewegungseinschränkung der linken Schulter nach Sturz auf die linke Körperhälfte am 04.05.2010 mit im MRT geäußertem Verdacht auf traumatisch bedingte Supraspinatussehnenläsion links und eines knöchernen Bandausrisses im Bereich des Außenbandes am linken Sprunggelenk, mit nachfolgender Ruhigstellung in Gips. Anamnestisch habe die Klägerin angegeben, am 04.05.2010 gestürzt und auf die linke Körperhälfte gefallen zu sein. Der genaue Sturzhergang habe von der Klägerin nicht berichtet werden können. Insbesondere habe nicht geäußert werden können, wie die Armhaltung zum Zeitpunkt des Sturzes gewesen sei. Als gesicherte Diagnose sei bereits ein knöcherner Bandausriss im Bereich des Außenbandes am linken Sprunggelenk festgestellt worden. Ein am 31.05.2010 durchgeführtes MRT der linken Schulter habe eine ansatznahe Läsion der Supraspinatussehne mit bereits bestehender Retraktion der Sehne und Humeruskopfhochstand, jedoch ohne Atrophiezeichen des Muskels, gezeigt. Des Weiteren sei eine "traumatische Verletzung der Bursitis subacromialis und Subcoracoidea" beschrieben worden. Im Rahmen der Vorstellung sei die linke Schulter passiv frei beweglich gewesen. Aktiv gelinge eine Beweglichkeit der Schulter von ca. 80 ° Anteversion und Abduktion sowie 60 ° Außenrotation. Es bestehe ein schmerzhafter Bogen zwischen 90 und 120 ° Abduktion bei passiver Führung des Armes.

Prof. Dr. M. berichtete in seinem Zwischenbericht vom 10.06.2010 (Bl. 79 VA), dass die Klägerin sich bei ihm mit zwei Unterarmgehstützen und Teilbelastung der linken unteren Extremität im Gipsverband vorgestellt habe. Nach Abnahme des Gipsverbandes hätten sich nahezu regelrechte Verhältnisse gefunden, keine verstrichenen Konturen, eine noch endgradig eingeschränkte Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk und regelrechte Durchblutung, Motorik und Sensibilität.

Mit Schreiben vom 23.06.2010 teilte die T. Krankenkasse der Beklagten sinngemäß mit, dass Leistungszeiten vor dem 04.05.2010 zu Erkrankungen im Bereich beider Schultern/sämtlicher Sehnen dort nicht gespeichert seien (Bl. 105 VA).

Laut dem Eingangsbefund der Physiotherapeutin M. (Bl. 151 ff. VA) habe die Klägerin angegeben (Anamnese), am 4. Mai von einem Roller auf die linke Seite gestürzt zu sein. Der Roller sei auf den Fuß gefallen, was zu einem knöchernen Außenbandabriss geführt habe. Weiter heißt es dort: "1 Woche Warten (hier auf Schulter gestürzt li.), danach Gips von 11.05. - 10.06. li. Fuß!" Sie notierte weiter, die Klägerin könne sich nicht auf den linken Arm stützen, daher sei es ihr nicht möglich, an zwei Unterarmgehstützen zu laufen.

Nach der Unfallanzeige ihres Arbeitgebers vom 05.07.2010 (Bl. 166 VA) sei die Klägerin mit ihrem Motorroller bei schlechter Witterung (Regen) zur Arbeit gefahren, habe auf dem nassen weißen Zebrastreifen eine Bremsung vornehmen müssen, da von rechts plötzlich ein Kind mit dem Fahrrad vor ihr vorbeigerast sei. Der Roller habe die Straßenhaftung verloren und sie sei gestürzt. Dabei sei der Roller auf ihren linken Fuß gefallen. Sie habe sich am Fuß verletzt, ebenso an der Schulter (mit den Krücken gestürzt).

Die Klägerin selbst gab zum Unfallhergang in einem am 06.08.2010 ausgefüllten Fragebogen der Beklagten (Bl. 174 ff. VA) an, sie sei am 04.05.2010 mit ihrem Roller auf der Straße gestürzt. Dabei sei sie auf die linke Seite gefallen. Im Schulterbereich habe sie sich eine schmerzhafte Prellung zugezogen. Das Abstützen auf die Krücken habe diese Schmerzen verstärkt und sie unsicher beim Laufen gemacht. So sei sie wieder ausgerutscht (dieses Mal zu Hause) und wieder auf die linke Seite. Dabei habe sie sich an dem Türrahmen angeschlagen. Mit "ja" beantwortet war die Variante "Ich bin direkt auf die Schulter gestürzt". Sie habe bereits früher Beschwerden an der verletzten Schulter gehabt, und zwar Schmerzen durch Überbelastung im Februar 2008, von der Wirbelsäule bis zur Schulter.

Mit Stellungnahme vom 16.08.2010 führte der Beratungsarzt der Beklagten, der Chirurg Dr. S., aus, er sehe die Läsion der Supraspinatussehne der linken Schulter nicht als unfallbedingt an. Im Durchgangsarztbericht bestehe kein Hinweis für eine Verletzung der Schulter, im MRT sei kein bone bruise zu erkennen, ebenfalls keine Signalalterationen des Knochens. Dr. S. verwies zudem darauf, dass laut dem Aktenvermerk des Bediensteten G. vom 08.06.2010 die Klägerin geäußert habe, dass sie sich nicht noch einmal an der Schulter operieren lassen wolle. Außerdem sei sie schon mit Schmerzen an der Schulter 2008 in Behandlung gewesen. Er regte an, eine MRT-Befundung durch den Radiologen Kaspar mit der Frage nach traumatischem Rotatorenmanschettenschaden durchzuführen.

Während des stationären Aufenthaltes in der O.klinik vom 17.08.2010 bis zum 25.08.2010 wurde die Klägerin, nachdem sie sich zunächst für eine konservative Behandlung entschieden hatte, an der Schulter operiert. Im Abschlussbericht vom 30.08.2010 nannte Prof. Dr. M. die Diagnosen einer Supraspinatussehnenruptur links, Bursitis subacromialis links und einer Synovialitis des Schultergelenkes links.

Der Radiologe K. beurteilte die MRT-Bilder des linken Schultergelenks vom 31.05.2010 abweichend zum Befundbericht des Radiologen Prof. Dr. S. vom 31.05.2010/07.06.2010 (Bl. 59 VA). Mit Stellungnahme vom 11.09.2010 (Bl. 216 VA) führte er aus, die Bilder zeigten eine komplette Ruptur der Supraspinatussehne und eine subtotale Ruptur der Infraspinatussehne. Die Subscapularissehne sei degenerativ verdickt und signalangehoben, in ihrer Kontinuität jedoch noch erhalten. Die Musculi supraspinatus und infraspinatus seien bereits deutlich atrophiert, das Kaliber des Musculus subscapularis sei erhalten. Am Humeruskopf seien enthesiopathische Zysten abgrenzbar. Hinweise auf eine Fraktur oder ein relevantes Knochenmarködem seien nicht erkennbar. Labrum und Glenoid sowie die lange Bizepssehne seien unauffällig. In der Infraspinatus-, Supscapularis- und Supraspinatusloge seien Hämatome erkennbar. Zusammenfassend liege sicher eine aufgepfropfte traumatische Komponente der Rotatorenmanschettenruptur vor, dies bewiesen die Hämatome in den Logen vom Supraspinatus (SSP), Infraspinatus (ISP) und Supscapularis (SSC). Die fortgeschrittene Atrophie von SSP und ISP könne jedoch nur durch eine bereits lange vor dem Unfall bestehende höhergradige Vorschädigung der Sehnen von SSP und ISP erklärt werden. Hierfür seien die entheosiopathischen Veränderungen des Humeruskopfes ein weiteres Indiz.

In einer beratungsärztlichen Stellungnahme vom 16.09.2010 kam der Unfallchirurg Dr. S. (Bl. 226) zu dem Ergebnis, die ausgeprägte Atrophie und fettige Degeneration von SSP und ISP sowie die weite Retraktion der dazugehörigen Sehnen in der MRT-Untersuchung 27 Tage nach dem Ereignis würden beweisen, dass der Defekt der Rotatorenmanschette unfallunabhängig sei. Hierauf teilte die Beklagte den behandelnden Ärzten der Klägerin und der Krankenkasse mit Schreiben vom 01.10.2010, welches sie mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen auch an die Klägerin versandte, mit, dass ab sofort keine Behandlung mehr zu Lasten der Beklagten durchzuführen sei, da die jetzige Behandlung nicht mehr auf das Ereignis vom 04.05.2010 zurückzuführen sei. Die Behandlung ab dem 22.07.2010 sei allein auf die Verletzung der Rotatorenmanschette der linken Schulter zurückzuführen, welches, was das MRT vom 31.05.2010 beweise, unfallunabhängig sei.

Hiergegen erhob die Klägerin am 28.10.2010 Widerspruch und führte aus, auch die Verletzung der Rotatorenmanschette der linken Schulter sei als Folgeunfall vom 12.05.2010 unmittelbar auf das Ereignis vom 04.05.2010 zurückzuführen, da sie auf Krücken angewiesen gewesen sei und aufgrund der vorherigen Verletzungen ein erholtes Unfallrisiko durch die Nutzung der Krücken bestanden habe. Sie mache weiterhin Anspruch auf Verletztengeld und auch Anspruch auf Verletztenrente geltend.

Im Widerspruchsverfahren zog die Beklagte den OP-Bericht vom 23.09.2010 über die am 18.08.2010 durchgeführte Schulteroperation bei (Bl. 316 VA). Der Operateur Dr. F. diagnostizierte eine ausgedehnte Supraspinatussehnenruptur links, eine Schultergelenkssynovitis und eine Bursitis subacromialis bei Outlet-Impingement-Syndrom, nachdem er eine Schulterarthroskopie links mit partieller arthroskopischer Synovektomie, eine Mini open repair der SSS-Ruptur und eine Acromioplastik nach Neer vorgenommen hatte.

Im Rahmen einer orthopädisch-unfallchirurgischen Begutachtung im Widerspruchsverfahren wurde zunächst eine neurologische Untersuchung mit EMG durchgeführt. Dr. D. teilte mit Befundbericht vom 01.05.2011 (Bl. 347 VA) mit, elektromyographisch hätten sich keine Hinweise für eine akute neurogene Schädigung gefunden. In der von ihm veranlassten MRT-Verlaufskontrolle (MRT des Schultergelenks links vom 02.12.2010, Bl. 349 VA) wurde eine Ruptur bzw. Reruptur der Supraspinatussehne mit Ausdehnung der Rissbildung auf die Infraspinatussehne festgestellt.

Im orthopädisch-unfallchirurgischen Zusammenhangsgutachten vom 24.05.2011 (Bl. 358 VA) kam Prof. Dr. S. zu dem Ergebnis, dass die Ruptur der Supraspinatussehne zumindest zum großen Teil nicht auf das Ereignis vom 12.05.2010 zurückzuführen sei. Dafür sprächen der Unfallmechanismus, der Befund der kernspintomographischen Untersuchung, der Zeitpunkt des erstmaligen Arztbesuches und das Alter der Klägerin. Zwar sei nicht auszuschließen, dass ein kleinerer Teil der festgestellten Supraspinatussehnenruptur doch durch das Unfallereignis verursacht worden sei, die rechtlich wesentliche Ursache sei aber die Sehnendegeneration mit vorbestehender Ruptur gewesen. Es habe eine alters- und verschleißbedingte Schädigung der Supraspinatussehne mit Ruptur derselben bestanden. Diese Vorerkrankung sei durch die zeitnah durchgeführte kernspintomographische Untersuchung des linken Schultergelenkes nachgewiesen. Unzweifelhaft sei, dass der Gesundheitsschaden am linken Sprunggelenk (knöcherner Ausriss der Außenknöchelbänder links) allein durch das Ereignis vom 04.05.2010 verursacht worden sei; hier bestünden am Unfallzusammenhang keine Zweifel. Wegen der Bandverletzung am linken Außenknöchel und einer schweren Prellung der linken Schulter habe Heilbehandlungsbedarf wegen unfallverursachter Gesundheitsschäden vom 04.05.2010 bis zum 12.08.2010 bestanden; Arbeitsunfähigkeit wegen unfallverursachter Gesundheitsschäden habe vom 04.05.2010 bis zum 16.08.2010 bestanden. Über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus habe keine Minderung der Erwerbsfähigkeit mehr bestanden (unter 10 v.H.).

Mit Teilabhilfebescheid vom 21.06.2011 erstreckte die Beklagte den Zeitraum der unfallbedingten Behandlungsbedürftigkeit auf den 13.08.2010 und der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit bis zum 15.08.2010 (Bl. 384 VA). Nach Beiziehung des histologischen Befundberichts vom 19.08.2010 (Bl. 402 VA) und einer Stellungnahme der Klägerin hielt Prof. Dr. S. in der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 29.08.2011 an seinen Schlussfolgerungen fest. Er verwies darauf, dass offensichtlich kein Sehnengewebe aus der Rotatorenmanschette zur histologischen Untersuchung eingesandt worden sei. Die festgestellten Einblutungen im Bindegewebe aus dem subacromialen Raum ließen keinen Schluss dahingehend zu, dass zum selben Zeitpunkt auch die Supraspinatussehne gerissen sei. Der Befund sei zwanglos auch mit einer schweren Prellung der Schulter mit Weichteileinblutung zu vereinbaren. Neue Erkenntnisse ergäben sich nicht.

Mit Widerspruchsbescheid vom 27.10.2011 wies hierauf die Beklagte den Widerspruch der Klägerin im Übrigen zurück.

Dagegen erhob die Klägerin am 01.12.2011 Klage zum Sozialgericht Konstanz ((SG), Az. S 5 U 3389/11). Im Rahmen dieses Klageverfahrens legte die Klägerin mehrere Gutachten vor. In einem für die D.-Versicherung erstatteten Gutachten vom 24.08.2011 kamen Prof. Dr. M. und Dr. B. zu dem Ergebnis, dass sich die Klägerin bei dem Rollerunfall vom 04.05.2010 eine Sprunggelenksdistorsion mit kleinem knöchernem Ausriss an der Außenknöchelspitze links zugezogen habe und bei dem Ereignis vom 12.05.2010, als die Klägerin mit Krücken gestürzt sei, eine Schulterprellung links bei unfallunabhängig vorbestehender degenerativer Erkrankung mit Defektbildung in der Supraspinatussehne, Einengung des subacromialen Raumes und Schultergelenksarthrose. Das Heilverfahren wegen der Sprunggelenksdistorsion sei abgeschlossen; die Behandlungsdauer habe sechs Wochen ab Unfall betragen. Die Behandlung wegen der Schultererkrankung dauere zwar an, aber die Schultererkrankung sähen sie nicht als Folge des Unfallereignisses an. Insoweit habe die Klägerin am 17.05.2010 in einer Vorstellung in ihrer Sprechstunde angegeben, am 12.05.2010 mit Krücken rückwärts gestürzt zu sein und seither Beschwerden auch in der linken Schulter zu haben. Aufgrund der kernspintomographischen Untersuchung vom 31.05.2010 sei hier ein Defekt in der

Supraspinatussehne nachweisbar gewesen. Als Hinweis auf eine vorbestehende degenerative Erkrankung hätten sich eine Einengung des subacromialen Raumes, eine Retraktion der Sehne und ein Hochstand des Oberarmkopfes gezeigt. Hinweise auf eine frische Verletzung hätten sich nicht gefunden.

Hierzu legte die Klägerin dem SG ein "privates Gutachten auf Wunsch der Patientin als Stellungnahme zu einem Vorgutachten: Dr. B. vom 03.08.2011 O.klinik E." vor, welches die Oberärztin der Klinik für Schulterchirurgie Dr. L. am 22.03.2012 erstattet hatte. Sie kam zu dem gegenteiligen Ergebnis, dass die Funktionseinschränkungen des Schultergelenkes Folge des Unfallereignisses seien. Dies ergebe sich aus den unfallnahen klinischen und bildgebenden Befunden, dem Unfallmechanismus und auch dem histologischen Befund. In dem kurz nach dem Unfall durchgeführten MRT des linken Schultergelenks habe sich keine fettige Muskelatrophie der Rotatorenmanschette gezeigt. Dies und das Auftreten von Flüssigkeit in den Bursae sowie im Gelenk spreche für eine traumatische Sehnenverletzung, was auch der histologische Befund untermauere. Die Retraktion der Sehne alleine lasse keine unmittelbare Aussage über den Zeitpunkt der Ruptur zu. Die Tatsache, dass sich die retardierte Sehne laut Operationsbericht gut mobilisieren und mühelos an das Tuberculum majus reinserieren lassen habe, spreche ebenfalls eher für eine frische Verletzung. Nach erfolgter Schulteroperation sei es zur Re-Ruptur gekommen, wobei auch der Infraspinatus mitbetroffen sei. Entwickelt habe sich eine schmerzhafte Schultersteife bei nicht mehr rekonstruierbarer Supra- und Infraspiunatussehnenruptur mit deutlicher Funktions- und Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks.

Auch in dem weiteren dem SG von der Klägerin vorgelegten Gutachten, welches der Chirurg Dr. B. am 06.05.2012 für die D. A.Versicherung-AG erstattet hatte, kam dieser zu dem Ergebnis, eine Kausalität des Ereignisses vom 12.05.2010 für eine kernspintomographisch am 31.05.2010 gesicherte komplette Ruptur der Supraspinatussehne und Teilruptur der Subscapularissehne sei aufgrund der vorliegenden Befunde mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gegeben. Eine konkurrierende Ursache sei nicht bekannt. Der genaue Unfallmechanismus vom 12.05.2010, als die Klägerin beim Gehen mit Unterarmgehstützen auf die dorsale linke Schulter gestürzt sei, sei nicht nachvollziehbar. Im Gutachten vom 22.03.2012 seien ein Wegrutschen der Unterarmstütze und ein Gefühl des "Zerreißens" in der linken Schulter mit einem anschließenden Sturz dokumentiert. Im Widerspruch zum Erstbefund der O.klinik R. am 17.05.2010 ("bewegungsabhängige Schmerzen im linken Schultergelenk, Beweglichkeit im linken Schultergelenk schmerzhaft eingeschränkt") sei im Gutachten vom 22.03.2012 ein Funktionsausfall des linken Schultergelenkes dokumentiert (" ... die linke Schulter auch nicht mehr bewegen.").

Die Beteiligten schlossen im SG-Verfahren S 5 U 3389/11 einen prozessbeendenden Vergleich, in welchem sich die Beklagte verpflichtete, über die Fragen der unfallbedingten Behandlungsbedürftigkeit und unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit einen neuen rechtsmittelfähigen Bescheid zu erteilen und in diesem auch explizit über das Vorliegen eines Arbeitsunfalles, die anzuerkennenden Unfallfolgen und zu erbringende Entschädigungsleistungen (insbesondere Verletztenrente) zu entscheiden.

In Ausführung dieses Vergleichs erkannte die Beklagte mit Bescheid vom 06.02.2013 (Bl. 543 VA) den Unfall vom 04.05.2010 als Arbeitsunfall mit den Unfallfolgen "folgenlos verheilte schwere Prellung der linken Schulter, folgenlos verheilte Sprunggelenkszerrung links mit stabil verheiltem knöchernen Außenbandausriss, folgenlos verheilte Knieprellungen beidseits, folgenlos verheilte multiple Schürfwunden und Blutergüsse" an. Die Anerkennung von "Folgen der degenerativen Komplettruptur der Supraspinatussehne mit Einengung des Schulterzwischenraums (Impingement) mit Reruptur und Schultersteife, leichte Ansatzentzündung der Bizepssehne links" an der linken Schulter als Folgen des Versicherungsfalls lehnte die Beklagte ab. Unfallbedingte Heilbehandlung habe bis zum 13.08.2010 und unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis zum 15.08.2010 bestanden. Die Gewährung von Verletztenrente lehnte die Beklagte ab. Sie stützte ihre Entscheidung auf das Gutachten von Prof. Dr. S. vom 24.05.2011, wonach die im Rahmen der Operation vom 17.08.2010 erhobenen Befunde Folge einer degenerativ bedingten Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne seien.

Gegen diesen Bescheid erhob die Klägerin am 06.03.2013 Widerspruch und führte zur Begründung aus, sie habe stets stechende Schmerzen im Sprunggelenk und könne daher nicht lange laufen. Vor dem Sturz habe sie keinerlei Probleme mit dem linken Arm gehabt. Seitdem sei dieser nicht mehr einsetzbar. Es sei klar, dass der Unfall und der darauffolgende Sturz diese Beschwerden ausgelöst habe. Falsch sei auch, dass keine Minderung der Erwerbsfähigkeit mehr vorliege. Ihr sei vom unabhängigen Gutachter des Landesversorgungsamts eine Erwerbsminderung von 30% noch im Jahr 2011 zugesprochen worden. Sie bekomme auch Erwerbsminderungsrente. Angefangen mit der unvollständigen Aufnahme im Krankenhaus, über alle kleinen und großen Fehler, die bei der Berichterstattung gemacht worden seien bis zur fehlerhaften Aufnahme ihrer, bzw. der von der Begleitperson getätigten Aussage, hätten dazu geführt, dass der Unfall als Kleinigkeit abgetan worden sei.

Mit beratungsärztlicher Stellungnahme vom 21.03.2013 stimmte der beratende Chirurg Dr. F. der im angefochtenen Bescheid vertretenen Auffassung zu. Hierauf wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 11.04.2013 zurück. Die Unfallfolgen könnten spätestens zum 13.08.2010 als ausgeheilt angesehen werden. Darüber hinaus hätten Einschränkungen nicht bestanden. Auch im Bereich des linken Sprunggelenkes seien keine Einschränkungen nachweisbar. Eine MdE von mindestens 20% über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus bestehe nicht.

Dagegen hat die Klägerin am 03.05.2013 Klage beim SG erhoben und hat ausgeführt, sie sei davon überzeugt, dass ihre Beschwerden eindeutig Folge des Unfalls seien. Nach dem Sturz auf dem Weg zur Arbeit mit dem Roller vom 04.05.2010, wobei sie sich beide Knie und das mediale obere Sprunggelenk verletzt habe, seien ihr Unterarmgehstützen verordnet worden. Am 12.05.2010, eventuell auch einen Tag später, sei sie mit den Unterarmgehstützen in den Abendstunden kurz vor Mitternacht ausgerutscht. Sie habe das Gefühl gehabt, dass irgendetwas zerrissen sei. Ab diesem Zeitpunkt sei die aktive Elevation des linken Arms über die Horizontale nicht mehr möglich gewesen. In der Folge hätten die Schmerzen immer mehr zugenommen. In der Nacht vom 15.05. auf den 16.05.2010 seien die Schmerzen unerträglich geworden, außerdem habe sie noch Atemnot bekommen. In den frühen Morgenstunden des 16.05.2010 habe sie dann eine Bekannte in die Notaufnahme der O.klinik gefahren. In der Notaufnahme habe diese Bekannte dem Personal den aktuellen Zustand geschildert. Soweit die Klägerin habe sprechen können, habe sie auch den Unfall vom 04.05.2010 und den Sturz in der Nacht vom 12.05. auf den 13.05.2010 erwähnt und dass sie auf den Rücken bzw. auf die Schulter gefallen sei. Die Notärztin habe jedoch gemeint, dass zuerst die allergische Reaktion behandelt werden müsse und habe die Klägerin gebeten, am Folgetag, den 17.05.2010, erneut zu kommen, um eine CT-Untersuchung des Schultergelenks machen zu lassen. Bei diesem Termin habe sie den Unterarmgehstützensturz und die daraus resultierenden Schulterschmerzen noch einmal ausdrücklich erwähnen sollen. Nach Durchführung des MRT vom 31.05.2010 sei die Klägerin zunächst konservativ behandelt worden, allerdings erfolglos, weshalb am 18.08.2010 eine Operation am Schultergelenk durchgeführt

worden sei. Vor dem Unfallereignis in der Nacht vom 12.05. bis 13.05.2010 habe die Klägerin noch keine Schädigung des Schultergelenks gehabt und auch ihren Arm noch gut heben können. Es möge zwar aufgrund des Alters gegebenenfalls eine Vorschädigung vorgelegen haben. Andererseits spreche schon der zeitliche Zusammenhang dafür, dass ohne den Sturz die Supraspinatussehne nicht gerissen wäre. Hätte die Klägerin sich aufgrund der unfallbedingten Folgen nicht an den Unterarmgehstützen fortbewegen müssen, wäre es zu der entsprechenden Schädigung nicht gekommen. Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat ausgeführt, das von der Klägerin bereits im vorangegangenen Sozialgerichtsverfahren vorgelegte Gutachten von Dr. L. sei nicht verwertbar, da es vom Chefarzt Prof. Dr. G. nicht unterschrieben worden sei. Außerdem setze sich dieses nicht mit der für die gesetzliche Unfallversicherung geltenden Kausalitätslehre auseinander. Schlüssig sei das Gutachten von Prof. Dr. S./Dr. B ...

Das SG hat nach Beiziehung aller verfügbarer Röntgen-, CT- und MRT-Bilder bei dem Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. K. ein Gutachten eingeholt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 06.03.2014 (Bl. 65 ff. SG-Akte) ausgeführt, das unfalltypische Schadensbild einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion sei auch bei Auswertung der Kriterien nach Schiltenwolf nicht feststellbar. Der klinische Erstbefund habe dem zu erwartenden Funktionsverlust einer frischen Verletzung nicht entsprochen. Die typischerweise zu beobachtenden Begleitverletzungen im Bereich des Humeroglenoidalgelenkes sowie zerrungsbedingte Einblutungen in der Muskulatur seien nicht nachgewiesen worden. Auch die biomechanischen Abläufe seien ungeeignet gewesen, eine Zugbeanspruchung mit unnatürlicher Längendehnung der Supraspinatussehne zu bedingen. Außerdem seien die im MRT gesicherten und intraoperativ bestätigten Schäden nicht ursächlich auf den Schadensmechanismus (Prellung der Schulter) zurückzuführen. In Übereinstimmung mit dem Gutachten von Prof. Dr. S. habe bis zum Abschluss der Belastungserprobung am 13.08.2010 Behandlungsbedürftigkeit wegen der Unfallfolgen bestanden, unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis zum 15.08.2010. Eine MdE messbaren Grades sei bei fehlenden Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich der unteren Gliedmaßen und unfallunabhängigen Gesundheitsstörungen im Bereich des linken Schultergelenkes nicht festzustellen.

Nachfolgend hat das SG auf Antrag und Kostenrisiko der Klägerin gemäß § 109 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) das weitere orthopädisch-unfallchirurgische Gutachten des Dr. H. vom 12.01.2015 (Bl. 118 ff. VA) eingeholt. Als Unfallfolgen benannte dieser eine weitestgehend folgenlos verheilte traumatische Distorsion des oberen Sprunggelenkes links mit derzeit geringen Restbeschwerden bei stabilem Außenbandapparat nach ausgeheilter knöcherner Aussprengung des lateralen Bandapparates, folgenlos verheilte Prellungen beider Kniegelenke und Hautschürfungen sowie eine traumatische Ruptur der Supraspinatussehne bei vorbestehender Schadensanlage bei vorbestehendem Os acromiale. Dr. H. wies darauf hin, dass drei unterschiedliche Befundungen des MRT vom 31.05.2010 vorlägen, welche sich gegenüberstünden. In den beiden ersten Befunden vom 31.05.2010 und 07.06.2010 sei von einer traumatischen Verletzung die Rede, während der dritte Befund des Radiologen Kaspar die degenerativen Veränderungen betone und von einer aufgepfropften frischen Verletzung spreche. Letzterer habe, anders als die beiden vorhergehenden radiologischen Berichte, eine fortgeschrittene Atrophie von Supra- und Infraspinatusmuskeln bemerkt. Eine solche sei korrekterweise nur bei einer seit längerem vorbestehenden Schädigung der Sehnen zu erwarten. Eine frische Ruptur würde einen solchen Befund nicht schon nach drei Wochen hervorrufen. Dabei gelte es aber, das Ausmaß der fettigen Degeneration und Muskelatrophie zu berücksichtigen. Die Beschreibung einer "deutlichen Atrophie" stelle keine hinreichende Quantifizierung des Schadens dar. Eine detaillierte MRT-Einteilung basierend auf der computertomographischen Einteilung nach Goutallier sei geeigneter, die fettige Atrophie zu klassifizieren und eine bessere Aussage darüber zu treffen, wie lange eine Vorschädigung bereits Bestand hätte haben können. Auch Prognosen vor dem Hintergrund bestimmter Behandlungsmethoden könnten damit gegeben werden. Beispielsweise werde eine fortgeschrittene Atrophie der Supraspinatussehne ab Stadium Goutallier Grad III bei positivem Tangentenzeichen im Rahmen einer Rotatorenmanschettenruptur kein vielversprechendes Operationsergebnis erwarten lassen. Ein solcher Eingriff hätte eine schlechte Prognose und würde nicht empfohlen werden können. Leider dokumentiere keiner der drei vorliegenden radiologischen Befunde zum MRT vom 31.05.2010 diese morphologischen Kriterien adäquat. Falls zum Zeitpunkt des MRT am 31.05.2010 eine fortgeschrittene Atrophie der Supraspinatussehne vorgelegen habe (beispielsweise Goutallier Stadium IV), wäre dies am ehesten mit einer langfristig vorbestehenden Ruptur der Supraspinatussehne erklärt. Die Kausalitätsdiskussion wäre damit beendet, denn eine Ruptur der Sehne hätte in diesem Fall wahrscheinlich lange vor dem Wegeunfall stattgefunden. Falls in dem MRT vom 31.05.2010 nur eine geringere fettige Atrophie (z.B. Goutallier I bis II) bei negativem Tangentenzeichen vorgelegen habe, wäre dies allenfalls mit einer vorbestehenden Schadensanlage zu vereinbaren, weshalb das Unfallereignis dann einen wesentlichen Anteil am Schaden gehabt hätte und der Zusammenhang zwischen Ereignis und Schaden deutlicher hergestellt sei, als es anhand der vorliegenden Befunde sei. Da keiner der Befunde eine hinreichende Beurteilung und detaillierte Beschreibung der fettigen Infiltration der Supra- und Infraspinatussehne und eine präzise Einteilung der Atrophie der Rotatorenmanschettenmuskulatur vornehme, sei keiner der drei Befunde hinreichend geeignet, Argumente für die ausgeprägte Vorschädigung bzw. vorbestehende Ruptur zu belegen. Nach Aktenlage ergäben sich unterschiedliche Beschreibungen des Unfallherganges. Der klare Verletzungsmechanismus könne nicht eindeutig rekonstruiert werden. Das ihm in der gutachterlichen Untersuchung geschilderte Ereignis wäre aber geeignet gewesen, eine Ruptur der Sehne hervorzurufen. Die am 17.05.2010 erhobenen Untersuchungsbefunde seien im Hinblick auf die Kausalitätsprüfung nicht zielführend. Die nur sehr knapp geschilderten klinischen Untersuchungsergebnisse ließen sich sowohl bei Patienten mit frischer, traumatischer Läsion als auch bei solchen mit degenerativen Beschwerden finden. Der Zeitpunkt der Erstvorstellung sei relativ spät erfolgt. Patienten mit frischer, traumatischer Rotatorenmanschettenruptur stellten sich in der Regel zeitnah, meist innerhalb von 72 Stunden, ärztlich vor. Die erste eine Schulterverletzung links dokumentierende ärztliche Untersuchung habe am 17.05.2010 und somit fünf Tage nach dem geschilderten Ereignis stattgefunden. Der intraoperative Bericht beschreibe eine komplexe Ruptur der Supraspinatussehne mit weiter Retraktion. Da die operative Versorgung der Sehnenruptur erst knapp über drei Monate später erfolgt sei, ließen sich aufgrund der zwischenzeitlich entstandenen Umbauprozesse keine hinreichenden Rückschlüsse auf den Zeitpunkt der Verletzung ziehen. Auch der histologische Befund liefere keine ausreichenden Informationen. Dr. H. kam zusammenfassend zu dem Ergebnis, dass die Unfallereignisse vom 04.05. und 12.05.2010 Argumente für eine traumatische Entstehung des Körperschadens zu)= 50% im Bereich der linken Schulter bei wahrscheinlich fortbestehender Schadensanlage (Supraspinatussehne) lieferten. Hierfür sprächen in Teilen der Unfallmechanismus und die Anamnese mit Beschwerdefreiheit und leerem Vorerkrankungsverzeichnis. Ferner sprächen zwei von drei Befunden der MRT-Bildgebung vom 31.05.2010 für die unfallbedingte Genese, einer spreche dagegen. Die bedingt verspätete ärztliche Konsultation bezüglich der linken Schulter spreche gegen eine frische, unfallbedingte Entstehung, es müssten aber modifizierende Faktoren wie das Vorliegen mehrerer Verletzungen berücksichtigt werden. Anhand der vorliegenden, teils widersprüchlichen, radiologischen Aussagen müsse von einer wesentlich unfallbedingten Entstehung des Sehnenschadens bei wahrscheinlich vorbestehender Schadensanlage ausgegangen werden. Da das Ausmaß der Vorschädigung anhand der Befunde nicht hinreichend ermittelt werden könne, regte Dr. H. zur besseren Beurteilung der unfallbedingten Schädigung der Supraspinatussehne eine erneute Begutachtung der MRT-Bilder vom 31.05.2010 durch einen erfahrenen Radiologen an.

Nach Einholung einer Stellungnahme des Orthopäden Dr. K. vom 28.04.2015 zu dem Gutachten, in welcher er bei seiner bisherigen

gutachterlichen Bewertung blieb, holte das SG ein radiologisches Gutachten bei PD Dr. G. ein (Gutachten vom 21.09.2015, Bl. 191 SG-Akte). Hiernach zeige das am 31.05.2010 angefertigte MRT keinen Anhalt für ein bone bruise am Humeruskopf, keine Frakturzeichen und keine knöchernen Absprengungen. Es bestehe auch kein Anhalt für Luxationszeichen, keine Hill-Sachs-Läsion, keine Bankart-Läsion. PD Dr. G. beschrieb eine Supraspinatussehnenruptur mit umschriebener großer Defektzone, bei Retraktion von 3 bis 3,5 cm, somit nach Bateman Grad III, Retraktion der Sehne zwischen Humeruskopfmitte und Glenoid. Es bestünden vorbestehende Veränderungen einer Supraspinatus- und Infraspinatussehnentendinose mit Teilruptur im Bereich der Infra- und Subscapularissehne, darüber hinaus eine ausgedehnte Ödematisierung und Einblutung im Bereich der Weichteile/Bursen bzw. der Muskulatur des Subscapularis und Infraspinatus. Zwar bestehe keine Omarthrose, aber es bestünden degenerative AC-Gelenk-Veränderungen bei Os acromiale, zudem eine fettige Degeneration des Musculus Supraspinatus Grad I bis II. Hier bestehe kein positives Tangent-Zeichen, sondern ein grenzwertiger Befund. Darüber hinaus bestehe eine fettige Degeneration des Musculus Infraspinatus mit Muskelatrophie und Volumenverlust Grad II bis III. Zusammenfassend führte PD Dr. G. in seiner Kausalitätsbeurteilung aus, es hätten keine fortgeschrittenen arthrotischen Veränderungen im Sinne einer Omarthrose oder Arthrose des AC-Gelenks linksseitig bestanden, wohl aber eine Retraktion der Sehne, wobei diese Veränderung recht stark ausgeprägt gewesen sei und über die Zwölf-Uhr-Position vorgelegen habe, sodass letztendlich eine Retraktion nach der Einteilung von Patte Grad III stattgefunden habe. Im Bereich des Musculus supraspinatus habe sich primär eine konvexe Konfiguration gezeigt, eine leichte Abflachung mit fettigen Einlagerungen, sodass hier ein grenzwertiges Tangent-Zeichen, als Ausdruck eine Degeneration, vorgelegen habe. Die Muskelqualität des Musculus infraspinatus habe eine deutliche Degeneration, fettig, mit Volumenverlust und Atrophie, hier einem Grad III nach Goutallier entsprechend, gezeigt, sodass hier mit größter Sicherheit vorher eine Schulter-Problematik bestanden habe. Diese Veränderung der Atrophie und fettigen Degeneration sei ein Hinweis auf eine vorbestehende, nicht unerhebliche Degeneration der zuvor genannten Sehnen und deutete auf eine stattgehabte Vorschädigung. Die Angabe in den beiden Befunden vom 02.06. und 07.06.2010, dass keine Atrophiezeichen vorlägen, sei nicht korrekt, was von einem anderen Gutachter sehr deutlich aufgegriffen worden sei und letztendlich zu Recht deutliche Zweifel aufkommen lasse, dass die zuvor beschriebene Supraspinatussehnenruptur primär traumatisch sein dürfte. Dennoch sprächen das Ausmaß der Ergüsse und Ödeme in den Bursen sowie Hämatome in den zuvor beschriebenen Muskulaturgruppen mit Sehnenverdickung im Bereich der Infraspinatussehne und auch im cranialen Anteil der Subscapularissehne für eine traumatische Komponente auf dem Boden einer vorbestehenden Sehnen- und Muskeldegeneration. Es sei im Rahmen des Traumas zu einer stärkeren Schädigung einer vorbestehenden, bisher asymptomatischen, Rotatorenmanschettenläsion im Sinne einer "Acute and Chronic Situation" gekommen, die dann erstmalig zu einer akuten Beschwerdesymptomatik und deutlichen Funktionsbeeinträchtigung des linken Schultergelenkes geführt habe.

Hierzu hat sich der Gutachter Dr. K. mit ergänzender Stellungnahme vom 03.11.2015 (Bl. 233 ff. SG-Akte) nochmals ergänzend geäußert. Er kam zu dem Ergebnis, für eine Unfallverursachung des linken Schultergelenks spreche der zeitliche Zusammenhang zwischen dem Ereignis und dem Auftreten der Gesundheitsstörung im Bereich des linken Schultergelenks, das Fehlen einer Vorerkrankung und eine im MRT beschriebene leichte Ödematisierung im Bereich des Deltoidmuskels und die Einblutung in Weichteile und Bursen. Gegen einen Unfallzusammenhang sprächen demgegenüber der Unfallhergang mit nicht adäquater Gewalteinwirkung im Sinne einer Prellung des linken Schultergelenkes, das klinische Bild in den ersten drei ärztlichen Untersuchungen, in denen keine äußeren Verletzungszeichen (Prellmarken, Bluterguss) beschrieben worden seien, ebenfalls keine Pseudoparalyse, die erste ärztliche Untersuchung frühestens fünf Tage nach dem geschilderten Ereignis und die fettige Degeneration des Musculus supraspinatus mit moderatem Volumenverlust Grad II bei gleichzeitigem Nachweis der fettigen Degeneration des Musculus infraspinatus mit deutlicher Atrophie. Insbesondere auch die Retraktion der Sehne zwischen Humeruskopfmitte und Glenoid von 3 bis 3,5 cm spreche gegen eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion. Schließlich fehle auch ein Nachweis eines knöchernen Kontusionsherdes im Bereich des Oberarmkopfes, darüber hinaus fehlten Hinweise für eine stattgehabte Luxation. Demgegenüber sei ein gebogener Acromionsporn (Bigliani II) nachgewiesen. Hiernach sei das Schädigungsereignis nicht wesentlich. Der Schaden (Kontinuitätstrennung der Supraspinatussehne) wäre auch durch ein anderes alltägliches Ereignis in etwa zur selben Zeit und in etwa demselben Ausmaß eingetreten.

Nach Durchführung eines Erörterungstermins und Anhörung zur beabsichtigten Entscheidung durch Gerichtsbescheid hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 18.08.2016 abgewiesen. In den Gründen hat es ausgeführt, aus den Gutachten von Prof. Dr. S. und Dr. K., insbesondere dessen letzter gutachterlicher Stellungnahme, ergebe sich schlüssig, dass die Ruptur der Supraspinatus nicht wesentlich auf das Ereignis vom 12.05.2010 zurückzuführen sei. Demgegenüber habe das Gericht den Einschätzungen von Dr. H. und PD Dr. G. nicht folgen können, dass das Unfallereignis die wesentliche Ursache für die Ruptur der Supraspinatussehne gewesen sei. Unter Beachtung der objektiven Beweislast gingen nämlich etwaige Zweifel bezüglich der Frage, inwieweit degenerative Vorschädigungen oder aber das Unfallereignis selbst rechtlich als wesentliche Ursache anzusehen sei, zu Lasten der Klägerin.

Gegen den ihrem Bevollmächtigten am 22.08.2016 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 21.09.2016 per Fax Berufung eingelegt. Das SG habe sich mit dem bereits im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von Dr. L. vom 22.03.2012 nicht auseinandergesetzt. Dieses sei zu dem Ergebnis gekommen, dass die Supraspinatussehnenruptur traumatisch bedingt durch den zweiten Sturz vom 12.05.2010 gewesen sei. Hinzuweisen sei auch darauf, dass die Klägerin nicht wegen der Schmerzen im Schulterbereich den Arzt aufgesucht habe, sondern nur nebenbefundlich Röntgenaufnahmen der Schulter und des Fußes gemacht worden seien, nachdem sie aufgrund einer Vielzahl der von ihr eingenomnmenen Schmerztabletten letztlich so angeschlagen gewesen sei, dass ihre Augen dick angeschwollen gewesen seien und sie nicht mehr habe aufstehen können. Sie sei dann von einer guten Freundin in die Notaufnahme gebracht worden, wo sie weiter untersucht worden sei. Nur so sei auch zu erklären, dass die in den Verwaltungsakten der Beklagten befindliche Schilderung des "Sturzes" auf die Schulter von Anfang an nicht korrekt gewesen sei und letztlich nur im Rahmen der Klageerhebung eine korrekte Schilderung des Unfallherganges vorgenommen werden habe können. Außerdem könne sich die aus Bulgarien stammende Klägerin teilweise auf Deutsch nicht richtig ausdrücken. Dass der Sachverständige K. sein Gutachtenergebnis verteidigen werde, sei von vornherein klar gewesen. Nicht überzeugend sei, wie eine alltägliche Situation eine gegebenenfalls bereits teilweise vorgeschädigte Supraspinatussehne zum Zerreißen bringen solle. So sei auch nicht erklärlich, weshalb die andere Schulter keine Supraspinatussehnenruptur erlitten habe.

Die Klägerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 18.08.2016 und den Bescheid der Beklagten vom 06.02.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.04.2013 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, Beschwerden wegen des knöchernen Außenbandrisses am linken Sprunggelenk, Beschwerden der linken Schulter nach Komplettruptur der Supraspinatussehne mit Einengung des Schulterzwischenraumes mit Reruptur und Schultersteife sowie eine leichte Ansatzentzündung der Bizepssehne links als weitere Unfallfolgen des Arbeitsunfalls vom 04.05.2010 anzuerkennen und die Beklagte zu verurteilen, die Heilbehandlung der Klägerin über

den 13.08.2010 hinaus zu übernehmen und der Klägerin eine Verletztenrente nach einem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 v.H. zu gewähren.

die Beklagte beantragt, die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Sie hat ausgeführt, das Gutachten von Frau Dr. L. kranke daran, dass keine Auseinandersetzung mit dem Zusammenhangsgutachten von Prof. Dr. S./Dr. B. erfolgt sei. Auch der Hinweis auf mangelnde Sprachkenntnisse vermöge nicht zu überzeugen, denn die in sämtlichen Gutachten gemachten Angaben seien verständlich und ließen keine Zweifel an der Aussagekraft zu. Hinweise auf Sprach- oder Verständigungsprobleme in den Gutachten fehlten. Wenn man argumentiere wie die Klägerin, führe dies dazu, dass in den meisten Fällen der rein zeitliche Zusammenhang ausreichend sei, haftungsbegründende wie auch haftungsausfüllende Kausalität zu bejahen. Dies sei jedoch nicht zulässig.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten und der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die Gerichtsakte des Verfahrens S 5 U 3389/11 vor dem Sozialgericht Konstanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den §§ 143, 144, 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist statthaft und zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 06.02.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.04.2013 (§ 95 SGG) ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Beklagte ist weder verpflichtet, aufgrund des Arbeitsunfalls vom 04.05.2010 die von der Klägerin geltend gemachten weiteren Gesundheitsstörungen als Folgen des Arbeitsunfalls anzuerkennen, noch hat die Klägerin wegen der Unfallfolgen Anspruch auf Heilbehandlung über den 13.08.2010 hinaus oder auf Verletztenrente.

Die erhobene Anfechtungs- und Verpflichtungsklage auf Feststellung von (weiteren) Unfallfolgen ist gemäß § 54 Abs. 1 SGG statthaft. Denn der Verletzte kann seinen Anspruch auf Feststellung, dass eine Gesundheitsstörung Folge eines Arbeitsunfalls ist, nicht nur mit einer kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsklage im Sinne des § 54 Abs. 1 Satz 1 SGG, § 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG geltend machen. Er kann vielmehr wählen, ob er stattdessen sein Begehren mit einer Kombination aus einer Anfechtungsklage gegen den das Nichtbestehen des von ihm erhobenen Anspruchs feststellenden Verwaltungsakts und einer Verpflichtungsklage verfolgen will (BSG, Urteil vom 05.07.2011 - B 2 U 17/10 R = BSGE 108, 274 = SozR 4-2700 § 11 Nr. 1 Rn 12 ff.). Beide Rechtsschutzformen sind grundsätzlich gleich rechtsschutzintensiv (BSG, Urteil vom 15.05.2012 - B 2 U 31/11 R = NZS 2012, 909). Für die Begehren, die Heilbehandlung der Klägerin über den 13.08.2010 hinaus zu übernehmen und ihr wegen der Unfallfolgen Verletztenrente zu gewähren, kann die Anfechtungsklage gemäß § 54 Abs. 4 SGG zulässig mit der unechten Leistungsklage kombiniert werden.

Die Beklagte ist nicht verpflichtet, Beschwerden wegen des knöchernen Außenbandrisses am linken Sprunggelenk, Beschwerden der linken Schulter nach Komplettruptur der Supraspinatussehne mit Einengung des Schulterzwischenraumes mit Reruptur und Schultersteife sowie eine leichte Ansatzentzündung der Bizepssehne links als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 04.05.2010 anzuerkennen. Denn die genannten Gesundheitsstörungen sind keine Unfallfolgen des anerkannten Arbeitsunfalls vom 04.05.2010.

Anspruchsgrundlage für das Begehren des Klägers auf Anerkennung weiterer Unfallfolgen ist § 102 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach haben die Versicherten gegen den zuständigen Unfallversicherungsträger einen Anspruch auf Feststellung einer Unfallfolge (oder eines Versicherungsfalls), wenn ein Gesundheitsschaden durch den Gesundheitserstschaden eines Versicherungsfalls oder infolge der Erfüllung eines Tatbestands des § 11 SGB VII rechtlich wesentlich verursacht wird. § 102 SGB VII ist damit nicht nur eine Ermächtigungsgrundlage zum Erlass des feststellenden Verwaltungsaktes für den Unfallversicherungsträger, sondern zugleich auch Anspruchsgrundlage für den Versicherten (ausführlich hierzu BSG, Urteil vom 05.07.2011 - B 2 U 17/10 R -, a.a.O., Rn 15 ff). Der Tatbestand des § 102 SGB VII setzt voraus, dass der Versicherte einen Versicherungsfall und, soweit die Feststellung von Unfallfolgen begehrt wird, weitere Gesundheitsschäden erlitten hat, die im Wesentlichen durch den Gesundheitserstschaden verursacht oder einen (u.U. nur behaupteten) Versicherungsfall aufgrund besonderer Zurechnungsnormen zuzurechnen sind.

Versicherungsfälle sind nach § 7 Abs. 1 SGB VII Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. 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 das Vorliegen eines Arbeitsunfalls i. S. des § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII ist danach in der Regel erforderlich, 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 und das Unfallereignis einen Gesundheits(-erst-)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht (haftungsbegründende Kausalität) hat. Das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheits(-erst-)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (ständige Rechtsprechung, vgl. stellvertretend BSG, Urteile vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R, B 2 U 40/05 R, B 2 U 26/04 R -).

Bei dem Sturz mit dem Roller auf Höhe eines Zebrastreifens, den die zum Unfallzeitpunkt bei der Firma P. En. GmbH in R. als Maschinenbauingenieurin versicherungspflichtig beschäftigte Klägerin am 04.05.2010 morgens um 07.45 Uhr auf dem Weg von ihrer Wohnung zu ihrer Arbeitsstelle erlitten hat, hat es sich um einen Arbeitsunfall (Wegeunfall i.S.d. § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII) gehandelt. Die Klägerin hat durch den Aufprall als Gesundheitserstschaden Schürfwunden und Prellungen an beiden Kniegelenken und ein eine Schürfwunde mit Druckschmerzhaftigkeit in der Nähe des linken Innenknöchels erlitten. Dies ist erwiesen durch den Durchgangsarztbericht des erstbehandelnden Chirurgen Dr. C., bei dem sich die Klägerin am Unfalltag um 15.45 Uhr vorgestellt hat und der den erhobenen Erstbefund diagnostisch als beidseitige Knieprellung und Sprunggelenksdistorsion links mit klinisch eindeutiger Bandzerreißung im Außenknöchelbereich eingeordnet hat. Die Beklagte hat der Ereignis vom 04.05.2010 mit den angefochtenen Bescheiden als Arbeitsunfall anerkannt; dass Vorliegen eines Arbeitsunfalls ist zwischen den Beteiligten auch nicht streitig.

Der Senat vermag indessen nicht festzustellen, dass die von der Klägerin vorliegend geltend gemachten Gesundheitsstörungen – sofern sie sich überhaupt nachweisen lassen – als Unfallfolgen ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen sind.

Eine Gesundheitsstörung ist Unfallfolge (im engeren Sinne) eines Versicherungsfalls im Sinne des § 8 SGB VII, wenn sie spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls wesentlich verursacht worden ist. Der Anspruch setzt grundsätzlich das "objektive", d.h. aus der nachträglichen Sicht eines optimalen Beobachters gegebene Vorliegen einer Gesundheitsstörung voraus, die spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls wesentlich verursacht worden ist. Da der Gesundheitserstschaden (Gesundheitsbeeinträchtigung, Tod oder Krankheit) eine den Versicherungsfall selbst begründende Tatbestandsvoraussetzung und damit keine Folge des Arbeitsunfalls ist, muss er grundsätzlich bei der Feststellung des Versicherungsfalls benannt werden.

Ob ein Gesundheitsschaden dem Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls als Unfallfolge im engeren Sinne zuzurechnen ist (sog. haftungsausfüllende Kausalität), beurteilt sich nach der Zurechnungslehre der Theorie der wesentlichen Bedingung (st. Rspr., vgl. stellvertretend BSG, Urteil vom 05.07.2011 - B 2 U 17/10 R = BSGE 108, 274 = SozR 4-2700 § 11 Nr. 1 Rn. 28 ff. m.w.N.).

Die Zurechnung erfolgt danach in zwei Schritten: Erstens ist die Verursachung der weiteren Schädigung durch den Gesundheitserstschaden im naturwissenschaftlich-naturphilosophischen Sinne festzustellen. Ob die Ursache-Wirkung-Beziehung besteht, beurteilt sich nach der Bedingungstheorie. Nach ihr ist eine Bedingung dann notwendige Ursache einer Wirkung, wenn sie aus dem konkret vorliegenden Geschehensablauf nach dem jeweiligen Stand der einschlägigen wissenschaftlichen Erkenntnisse (Erfahrungssätze) nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (conditio sine-qua-non). Auf dieser ersten Stufe sind alle derartigen notwendigen Bedingungen grundsätzlich rechtlich gleichwertig (äquivalent). Alle festgestellten anderen Bedingungen (und kein Ereignis ist monokausal), die in diesem Sinn nicht notwendig sind, dürfen hingegen bei der nachfolgenden Zurechnungsprüfung nicht berücksichtigt werden.

Ist der Gesundheitserstschaden in diesem Sinne eine notwendige Bedingung des weiteren Gesundheitsschadens, wird dieser ihm aber nur dann zugerechnet, wenn er ihn wesentlich (ausreichend: mit-) verursacht hat. "Wesentlich" (zurechnungsbegründend) ist der Gesundheitserstschaden für den weiteren Gesundheitsschaden nach der in der Rechtsprechung des BSG gebräuchlichen Formel, wenn er eine besondere Beziehung zum Eintritt dieses Schadens hatte (vgl. nur BSG, Urteil vom 9.5.2006 - B 2 U 1/05 R - BSGE 96, 196 = SozR 4-2700 § 8 Nr. 17 Rn. 15 ff. m.w.N.). 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, a.a.O.).

Die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung und die als Unfallfolge geltend gemachte - konkrete und klar definierte (BSG, Urteil vom 09.05.2006, a.a.O.) - Gesundheitsstörung müssen i.S. eines Vollbeweises 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, SozR 2200 § 555a Nr. 1). Hingegen genügt für die haftungsbegründende und haftungsausfüllende Kausalität hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG, Urteil vom 09.05.2006, a.a.O., Rn. 20 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.

Ausgehend von diesen Grundsätzen bestehen feststellungsfähige Gesundheitsstörungen im Bereich des linken Sprunggelenks nicht. Für den Senat steht fest, dass die Klägerin sich durch den Motorrollersturz vom 04.05.2010 als Gesundheitserstschaden Prellungen und Schürfwunden im Bereich beider Kniegelenke und eine Distorsion des linken oberen Sprunggelenks mit Außenbandriss (knöcherner Bandausriss an der Fibulaspitze) zugezogen hat. Das ergibt sich aus den Berichten des erstbehandelnden Durchgangsarztes Dr. C. vom 04.05.2010 und 11.05.2010, dem CT-Bericht des Prof. Dr. S. vom 17.05.2010 und den medizinischen Gutachten, die die Orthopäden/Unfallchirurgen Dr. K. und Dr. H. für das SG erstattet haben. Diese Verletzungen sind ausgeheilt; überdauernde Gesundheitsstörungen im Bereich des linken Sprunggelenks sind nicht nachgewiesen. Zwar hat die Klägerin gegenüber Dr. K. und Dr. H. übereinstimmend über weiterhin bestehende stechende Schmerzen im linken oberen Sprunggelenk geklagt, wegen derer sie nicht lange laufen könne und welche sie auch beim Bergaufgehen/Treppensteigen beeinträchtigten, was die genannten Gutachter veranlasst hat, Restbeschwerden (Dr. K.) nach Distorsion des linken Sprunggelenks mit stabil verheiltem Außenbandriss/verheilter knöcherner Aussprengung des Sprunggelenkes bzw. geringe Restbeschwerden (Dr. H.) nach weitestgehend folgenlos verheilter traumatischer Distorsion des oberen Sprunggelenks links mit stabilem Außenbandapparat nach ausgeheilter knöcherner Aussprengung des lateralen Bandapparates als Diagnosen in ihre Gutachten aufzunehmen. Der Senat sieht solche Restbeschwerden jedoch nicht als nachgewiesen an: Die entsprechenden Diagnosen beruhen ausschließlich auf den anamnestischen Angaben der Klägerin und Schmerzangaben während der körperlichen Untersuchung, während jegliche objektivierbare Anzeichen für eine schmerzbedingte Minderbelastung der linken unteren Extremität fehlen. So hat Dr. K. bei seiner Untersuchung vom 26.02.2014 einen sicheren Gang mit physiologischer Abrollung des Fußes in der Standphase beschrieben und eine Gangbildstörung ausdrücklich ausgeschlossen. Der Zehen- und Fersenstand waren beidseits uneingeschränkt möglich, ebenso der Einbeinstand. In der Befundung der von ihm angefertigten Röntgenbilder hat er die ehemalige Absprengung im Außenknöchel als knöchern verheilt ohne Anhalt für posttraumatische Arthrosis deformans und ohne Anhalt für Algodystrophie mit regelrechtem Kalksalzgehalt beschrieben und ein CRPS (Complex regional pain syndrome) ausdrücklich ausgeschlossen. Sowohl Dr. K. als auch Dr. H. haben die oberen und unteren Sprunggelenke als unauffällig, die Beweglichkeit beidseits als frei und die

Fußsohlen als seitengleich beschwielt beschrieben. Eine Muskelverschmächtigung haben beide Gutachter nicht beschrieben.

Die Gesundheitsstörungen im Bereich der linken Schulter, deren Anerkennung durch die Beklagte die Klägerin als "Beschwerden der linken Schulter nach Komplettruptur der Supraspinatussehne mit Einengung des Schulterzwischenraumes mit Reruptur und Schultersteife sowie eine leichte Ansatzentzündung der Bizepssehne links" vorliegend insbesondere begehrt, lassen sich nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf den Motorrollersturz vom 04.05.2010 und die dadurch verursachten Gesundheitserstschäden (s.o.) zurückführen. Wie die Klägerin genau zu Fall kam, insbesondere wie (mit welchen Körperteilen, in welcher Körperhaltung) sie auf der Straße aufgekommen ist, lässt sich nicht mit dem erforderlichen Grad an richterlicher Überzeugung (Vollbeweis) feststellen. Zwar hat die Klägerin mit Erklärung vom 06.08.2010 (Bl. 174 ff. VA) angegeben, am 04.05.2010 mit ihrem Roller auf die linke Seite gestürzt zu sein und sich eine schmerzhafte Prellung links zugezogen zu haben, jedoch enthalten die Durchgangsarztberichte vom 04.05.2010 und 11.05.2010 (Untersuchungsdatum 07.05.2010) keinerlei Anhaltspunkte für einen Sturz mit dem Roller auf die linke Schulter. Vielmehr hat Dr. C. am 04.05.2010, am Tage des Unfalls, ausdrücklich im Befund darauf hingewiesen, dass nicht feststellbar ist, wie die Klägerin aufgekommen ist. Er hat die Schürfwunden an den Knien und im Bereich des linken oberen Sprunggelenks eingehend beschrieben, jedoch keinerlei Befunde (Schürfwunden, Prellmarken oder Hämatome) im Bereich der linken Schulter als Indiz für einen Sturz auf diese Körperregion. Auch Beschwerdeäußerungen im Schulterbereich hat er nicht dokumentiert. Im Durchgangsarztbericht vom 18.05.2010 über die Untersuchung vom Vortag, in welchem Prof. Dr. M. erstmals von Beschwerden an der linken Schulter berichtet hat, werden diese auf einen Sturz beim Gehen mit Unterarmgehstützen auf die linke Schulter fünf Tage zuvor zurückgeführt. Hinweise auf einen vorherigen Rollersturz auf die Schulter enthält der Bericht nicht. In seinem Gutachten für die D. vom 24.08.2011 (Bl. 95 f. SG-Akte des Vorverfahrens S 5 U 3389/11) hat Prof. Dr. M. nochmals bestätigt, dass die Klägerin ihm gegenüber bei der Erstuntersuchung angegeben hat, vor fünf Tagen auf die dorsale linke Schulter gefallen zu sein und seither bewegungsabhängige Schmerzen im linken Schultergelenk zu haben. Hiernach sieht es der Senat nicht als erwiesen an, dass die Klägerin, wie sie später angegeben hat, mit dem Roller auf die linke Schulter gestürzt ist. Ihre weitergehenden Angaben vom 01.03.2012 gegenüber der Gutachterin Dr. L. (Oberärztin der Klinik für Schulterchirurgie in B. N./S., Gutachten vom 22.03.2012, Bl. 60 ff. SG-Akte S 5 U 3389/11), wonach im Rahmen der unmittelbaren weiteren ärztlichen Versorgung Prellungen und Schmerzen der gesamten linken Körperhälfte diagnostiziert worden seien, steht in Widerspruch zu den Befunden, die Dr. C. am 04.05.2010 und 07.05.2010 erhoben hat, was der Schlüssigkeit der von Dr. L. aus falschen Anknüpfungstatsachen gezogenen Schlussfolgerungen entgegen steht.

Die oben aufgeführten Gesundheitsstörungen im Bereich der linken Schulter sind auch nicht aufgrund der besonderen Zurechnungsnorm des § 11 SGB VII dem anerkannten Arbeitsunfall vom 04.05.2010 als (sog mittelbare) Unfallfolge im weiteren Sinn zuzurechnen. Die Klägerin ist zwar in den Tagen nach dem anerkannten Arbeitsunfall vom 04.05.2010, laut der Erstangabe gegenüber Prof. Dr. M. (Untersuchung vom 17.05.2010) fünf Tage zuvor, d.h. am 12.05.2012, beim Gehen mit den Unterarmgehstützen gestürzt und auf die dorsale linke Schulter gefallen. Dadurch hat sie sich jedoch lediglich eine schmerzhafte Schulterprellung zugezogen, wohingegen der Sturz nicht die wesentliche Ursache für die erstmals im MRT des linken Schultergelenks vom 31.05.2010 nachgewiesene ausgedehnte Ruptur der Supraspinatussehne mit Retraktion der Sehne und Humeruskopfhochstand, eine ausgeprägte Enge des Subacromialraums und eine Pansynovitis, insbesondere an der Insertion (Sehnenansatz) der langen Bicepssehne, ist, wie Dr. K.in seinem Gutachten vom 06.03.2014 und insbesondere seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 03.11.2015 schlüssig und nachvollziehbar dargelegt hat. Nach § 11 SGB VII sind Folgen eines Versicherungsfalles auch solche Gesundheitsschäden (oder der Tod) eines Versicherten, die u.a. durch die Durchführung einer Heilbehandlung oder durch eine Untersuchung wesentlich verursacht wurden, welche zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalls angeordnet wurde. Durch diese Vorschrift werden Gesundheitsschäden, die durch die Erfüllung der in ihr umschriebenen Tatbestände wesentlich verursacht wurden, dem Versicherungsfall "auch" dann zugerechnet, wenn sie nicht spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des Versicherungsfalls wesentlich verursacht wurden. Dabei werden, anders als vor Inkrafttreten des SGB VII (vgl. § 555 Abs. 1 Reichsversicherungsordnung – RVO), auch Gesundheitsstörungen ohne neues Unfallereignis erfasst. § 11 SGB VII stellt eine spezielle Zurechnungsnorm dar, die Gesundheitsschäden auch dann einem anerkannten Versicherungsfall zurechnet, wenn sie durch die Durchführung einer berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung oder durch eine Untersuchung zur Aufklärung des Sachverhalts wesentlich verursacht wurden. Aber auch diese gesetzliche Zurechnung, die an die Stelle einer fehlenden Zurechnung kraft Wesentlichkeit tritt, setzt voraus, dass die Erfüllung des jeweiligen Tatbestandes des § 11 SGB VII durch das (behauptete oder anerkannte) Unfallereignis notwendig bedingt war (BSG, Urteil vom 05.07.2011 – B 2 U 17/10 R –, BSGE 108, 274-289, SozR 4-2700 § 11 Nr. 1, Rn. 33).

Die Durchführung einer Heilbehandlung i.S. des § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII liegt vor, wenn der Träger dem Versicherten einen Anspruch auf eine bestimmte Heilbehandlungsmaßnahme nach den §§ 26 ff SGB VII (nicht notwendig durch Verwaltungsakt in Schriftform) bewilligt oder ihn durch seine Organe oder Leistungserbringer zur Teilnahme an einer solchen (diagnostischen oder therapeutischen) Maßnahme aufgefordert hat und der Versicherte an der Maßnahme des Trägers gemäß den Anordnungen der Ärzte und ihres Hilfspersonals teilnimmt. Dabei kommt es rechtlich nicht darauf an, ob die Bewilligung oder Ansetzung der Heilbehandlungsmaßnahme durch den Träger objektiv rechtmäßig war oder ob objektiv ein Anspruch auf Heilbehandlung bestand.

Die Vorschrift dient dazu, im Ergebnis die Gleichbehandlung zwischen den Kranken- und Rentenversicherten, die durch ihre Teilnahme an Behandlungen und medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen nach § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 15a SGB VII sogar eine unfallversicherte Tätigkeit verrichten, und den Unfallversicherten herzustellen, die auf Veranlassung des Unfallversicherungsträgers an unfallversicherungsrechtlichen Sachverhaltsaufklärungs- oder Heilbehandlungsmaßnahmen teilnehmen. Allerdings bestimmt die Zurechnungsvorschrift nicht, dass die Teilnahme an solchen und anderen in § 11 SGB VII genannten Maßnahmen gleichfalls eine versicherte Tätigkeit ist oder ihr gleichsteht. Schon deshalb handelt es sich bei den Fällen des § 11 SGB VII nicht um sog kleine Versicherungsfälle, obwohl die Struktur dieser Zurechnung ihnen ähnlich ist, da sie nicht notwendig einen "ersten" Versicherungsfall voraussetzt (BSG, Urteil vom 05.07.2011 – B 2 U 17/10 R –, a.a.O., Rn. 40 f.).

Die Klägerin wurde wegen der Sprunggelenksdistorsion von Dr. C. mit Unterarmgehstützen versorgt, die sie am 07.05.2010 erhalten hat (Quittung Sanitätshaus T., Bl. 116 VA). Spätestens am 12.05.2010, möglicherweise auch einige Tage früher – gegenüber Dr. K. hat die Klägerin den Zeitpunkt des neuerlichen Sturzes mit dem 09.05.2010 angegeben – rutschte die Klägerin dann zuhause aufgrund einer Unsicherheit beim Laufen mit den verordneten Unterarmgehstützen aus, schlug sich am Türrahmen an und stürzte auf die linke dorsale Schulter. Der Senat stützt seine Überzeugung vom Hergang des am 12.05.2010 erlittenen erneuten Sturzes auf die Schilderung im Befundbericht von Prof. Dr. M. vom 18.05.2010 und die unbefangenen Erstangaben der Klägerin vom 06.08.2010 gegenüber der Beklagten, denen ein besonderer Beweiswert zukommt. Dieser Hergang erfüllt die Voraussetzungen einer Zurechnung der durch den erneuten Sturz

erlittenen Gesundheitsstörungen zum anerkannten Arbeitsunfall vom 04.05.2010 über § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII, denn wesentlich mitverursacht wurde der neuerliche Sturz durch eine Gehunsicherheit beim Laufen mit verordneten Unterarmgehstützen, die der Klägerin als ärztliche Maßnahme zur Durchführung der Heilbehandlung verordnet worden waren, weshalb sie gehalten war, diese auch zu benutzen.

Allerdings wurde durch diesen erneuten Sturz lediglich eine Schulterprellung links verursacht, während die übrigen im MRT vom 31.05.2010 und der Operation vom 18.08.2010 zutage getretenen strukturellen Gesundheitsstörungen der linken Schulter darin nicht ihre wesentliche Ursache haben. Das ergibt die von Dr. K. vorgenommene sorgfältige Abwägung der vorhandenen Indizien für und gegen eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion. Für eine traumatische Zerreißung der Rotatorenmanschette spricht hiernach insbesondere, dass Vorerkrankungen im Bereich der geschädigten linken Schulter nicht nachgewiesen sind; lediglich im Jahr 2008 hatten ausweislich den Angaben der Klägerin vom 06.08.2010 Schmerzen von der Wirbelsäule bis zur Schulter wegen einer Überbelastung bestanden. Demgegenüber fehlt es am Nachweis eines adäquaten Traumas mit unmittelbar auftretender Symptomatik als Indiz für eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, 8.2.5.3 (S. 433-436)). Ein geeigneter Unfallhergang ist nicht nachgewiesen: Nach dem neuesten anerkannten Stand des unfallmedizinischen Erfahrungswissens (vgl. zur Relevanz als Grundlage für eine Kausalitätsbeurteilung BSG, Urteil vom 24.07.2012 – B 2 U 9/11 R – SozR 4-2700 § 8 Nr 44, juris, Rn. 61 f. und 67 f.) sind geeignete Unfallhergänge ein massives plötzliches Rückwärtsreißen oder Heranführen des Arms, wenn dieser zuvor fixiert war, z.B. beim Rückschlag einer Maschine oder Hängenbleiben mit dem Arm bei erheblicher Beschleunigung des Körpers, ein Sturz aus der Höhe nach vorne und Festhalten mit der Hand oder Treppensturz und Festhalten mit der Hand am Geländer, wobei ein Supraspinatussehnenriss vor allem bei forcierter Innenrotation entsteht, das ungeplante Auffangen eines schweren Gegenstandes und der Sturz auf den nach hinten ausgestreckten Arm mit Aufprall auf Hand oder Ellenbogen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., 8.2.5.2 (S. 431-433)). Zu den ungeeigneten Unfallhergängen zählt eine direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) wie sie der Senat ausgehend von der Erstschilderung im Befundbericht des Prof. Dr. M. vom 17.05.2010, die die Klägerin im Zuge ihrer Begutachtung durch Prof. Dr. M. und Dr. B. (Gutachten vom 24.08.2011, Bl. 119 ff. SG-Akte S 5 U 3389/11) nochmals bestätigt hat, und ihren Erstangaben zum Sturzhergang vom 06.08.2010 gegenüber der Beklagten als nachgewiesen ansieht. An der Glaubhaftigkeit der späteren Unfallschilderungen der Klägerin, die gegenüber Dr. L. (Gutachten vom 22.03.2012, Bl. 60 ff. SG-Akte S 5 U 3389/11) angegeben hat, vor dem Sturz mit dem linken Oberkörper gegen einen Türrahmen und sodann auf den Boden mit dem eine Stütze weggerutscht zu sein, und bei dem Versuch, sich mit dem Arm und der Stütze wieder abzufangen, einen einschießenden Schmerz und das Gefühl des Zerreißens verspürt zu haben, hat der Senat angesichts dessen, dass sie jedenfalls teilweise im Widerspruch zu den Erstangaben gegenüber Prof. Dr. M. vom 17.05.2010 und der Beklagten vom 06.08.2010 stehen, erhebliche Zweifel. So gehen die Angaben der Klägerin gegenüber Dr. K., gegenüber dem sie den Tag des Sturzes mit den Gehstützen abweichend von ihrem vorherigen Vortrag mit dem 09.05.2010 angegeben hat, in ihrer Detailliertheit sogar noch über die gegenüber Dr. Loos gemachten Angaben hinaus. Dr. K. gegenüber hat die Klägerin angegeben, sie sei beim Rückweg von einem Toilettengang über der flachen Leiste eines Laminatbodenüberganges mit dem rechten Bein gestolpert und habe sich auffangen wollen. Sie habe die Krücke links so fest gehalten, dass die abrutschende Krücke mit dem oberen Anteil eine Schürfung am Oberarm am Innenseitenbereich verursacht habe. Im Folgenden sei der Arm ganz blau gewesen. Letztendlich habe sie sich die linke Schulter verdreht und sei auch noch zusätzlich mit der linken Schulter außen und Hinterseite auf die Zarge der Tür mit Wucht geprallt. Der Senat ist davon überzeugt, dass es sich bei den Schilderungen des Geschehensablaufs gegenüber Dr. L. und Dr. K. um dem jeweiligen Verfahrensstand angepassten Vortrag gehandelt hat. Das folgt nicht nur daraus, dass die Klägerin die später benannten Einzelheiten des Unfallhergangs nicht angegeben hat und die anfängliche Unfallschilderung nur in Teilen mit den späteren Darlegungen übereinstimmt, sondern auch daraus, dass ihre Schilderungen mit zunehmendem zeitlichem Abstand immer detailreicher und ausgeschmückter wurden. Darüber hinaus finden die Verletzungsschilderungen durch die Klägerin (Schürfung am Oberarm, blauer Arm) keine Entsprechung in den Befunden, die der Durchgangsarzt Prof. Dr. M. am 17.05.2010 erhoben hat. Als nachgewiesen erachtet der Senat deshalb nur den Hergang, den die Klägerin originär gegenüber Prof. Dr. M. angegeben hat, diesem gegenüber im Rahmen der Begutachtung vom August 2011 für die D. nochmals bestätigt hat und der sich auch mit ihren eigenen handschriftlichen Angaben vom 06.08.2010 gegenüber der Beklagten deckt. Dieser ist als bloßer Anprall an den Türrahmen und nachfolgend auf den Boden ein für den Riss der Rotatorenmanschette ein ungeeigneter Verletzungsmechanismus, wobei es sich dabei nicht um ein Ausschlusskriterium handelt, sondern um eines von mehreren Indizien.

Hinzu kommt vorliegend, dass Anhaltspunkte für eine unmittelbar auftretende Symptomatik im Sinne eines starken initialen, im Verlauf eher abklingenden, Schmerzes sich aus der Beschwerdeschilderung im Bericht des Prof. Dr. M. vom 18.05.2010 ebenso wenig entnehmen lassen wie der Anamnese im MRT-Befundbericht des Prof. Dr. S. vom 31.05.2010 und dem Bericht von Dr. H. vom 07.06.2010. Auch der Zeitpunkt des erstmaligen Arztbesuches spricht eher gegen eine traumatische Verursachung der Rotatorenmanschettenläsion. Ausgehend von ihrer unbefangenen Erstangabe gegenüber Prof. Dr. M. (Bericht vom 18.05.2010) ist die Klägerin spätestens am 12.05.2010 mit Krücken gestürzt; gegenüber Dr. K. hat sie sogar den 09.05.2010 als Unfalltag angegeben. Schließlich ist im MRT-Bericht vom 02.06.2010 der sogar schon der 07.05.2010 als Tag angegeben worden, an dem die Klägerin ausgerutscht und auf die linke Schulter gestürzt ist. Frühestens am 16.05.2010 – legt man ihre Angaben zugrunde, dass der Besuch in der Notaufnahme der O.klinik am 16.05.2010 nicht nur wegen der zugeschwollenen Augen, sondern auch wegen bestehender Schulterbeschwerden erfolgt ist –, mithin frühestens vier Tage nach dem Sturz und damit nicht mehr zeitnah, hat die Klägerin wegen der Folgen des Sturzes einen Arzt aufgesucht. Indiz für eine traumatische Verursachung wäre ein alsbaldiger Arztbesuch innerhalb von 24 Stunden gewesen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., 8.2.5.3 (S. 434 f.). Auch der klinische Erstbefund, den Prof. Dr. M. in seinem Bericht vom 18.05.2010 über die Untersuchung am Vortag dokumentiert hat, spricht, worauf Dr. K. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 03.11.2015 ebenfalls zu Recht hingewiesen hat, eher gegen eine traumatisch verursachte Rotatorenmanschettenläsion. Als Indizien für eine frische traumatische Rotatorenmanschettenläsion gelten nach der maßgeblichen unfallmedizinischen Literatur (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., 8.2.5.3 (S. 434 f.) beim Primärbefund eine Schwellung, ein Hämatom lokal und fortgeleitet in die Bizepsloge, eine Pseudoparalyse, Drop-Arm-Zeichen und ein Kraftverlust bei Durchführung des SSP-Tests, während ein Arztbesuch nach mehr als einer Woche, das Fehlen äußerer Verletzungszeichen, eine geringe aktive Bewegungseinschränkung und Schmerzen ohne Kraftverlust als Anzeichen für eine ältere (degenerative) Rotatorenmanschettenläsion gelten. Prof. Dr. Maurer hat im Erstbefund vom 18.05.2010 über die Untersuchung vom Vortag eine wesentliche Schwellung ausdrücklich ausgeschlossen und lediglich von Druckschmerzen im Verlauf der Supraspinatussehne berichtet. Eine Pseudoparalyse hat nicht bestanden, vielmehr war eine Anteversion bis 90° möglich, ebenso eine Abduktion bis 140°, wenn auch ab 70° sehr schmerzhaft. Ein Drop-Arm-Zeichen ergibt sich ebenfalls nicht aus seinem Befund, ebenfalls keine Hinweise auf äußere Verletzungszeichen wie etwa Prellmarken oder Blutergüsse. Die Einschätzung von Dr. K., dass der Primärbefund nicht auf eine frische Rotatorenmanschettenläsion hingewiesen hat, ist mithin schlüssig und nachvollziehbar und wird vom Senat geteilt. Der MRT-Befund vom 31.05.2010 spricht weder klar für noch klar gegen eine traumatisch verursachte Rotatorenmanschettenläsion. Ein Teil der im MRT vom 31.05.2010 beschriebenen Befunde (leichte Ödematisierung im Bereich des Deltoidmuskels, Einblutung in Weichteile und Bursen) stellt zwar, und auch insoweit schließt sich der Senat

den Schlussfolgerungen von Dr. K. an, einen Hinweis auf eine frischere Kontinuitätstrennung der Rotatorenmanschette dar. Die ebenfalls nachgewiesene fettige Degeneration des Musculus supraspinatus mit moderatem Volumenverlust Grad II bei gleichzeitigem Nachweis der fettigen Degeneration des Musculus infraspinatus mit deutlicher Atrophie sind jedoch jedoch, wie Dr. K. nachvollziehbar ausgeführt hat, als vorbestehende Texturstörung zu werten. Auch Form und Umfang der im MRT sichtbaren Kontiniutätstrennung stellen weiteres erhebliches Indiz für eine im Wesentlichen degenerativ verursachte Läsion der Rotatorenmanschette dar. Nach der maßgeblichen unfallmedizinischen Literatur (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., 8.2.5.3 (S. 435) kommt solche Indizwirkung einer signalintensiven Durchsetzung und Atrophie der betroffenen Muskelbäuche sowie einem ausgedehnten Rotatorenmanschettendefekt mit Ausdünnung und weiter Retraktion der Sehnenränder zu, welcher hier in Gestalt einer durch Dr. Ghanem beschriebenen großen Defektzone bei Retraktion von 3 bis 3,5 cm (Bateman III) nachgewiesen werden konnte. Ein Knochenödem (bone bruise) im Bereich der Tuberkula war im MRT demgegenüber nicht feststellbar, ebenfalls fehlen Hinweise auf eine stattgehabte Luxation als potentielle Indizien für eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion. Nachgewiesen werden konnte im MRT jedoch ein gebogener Acromionsporn Typ Bigliani II und in Korrelation dazu im OP-Befund eine komplexe Ruptur der Supraspinatusinsertion am Tuberkulum majus bei ausgeprägter Enge des Subacromialraums, mithin Veränderungen, die mit einem Impingement-Syndrom korrelieren können. Allerdings kommt dem intraoperativen Befund, ebenso wie dem histologischen Befund, nur sehr eingeschränkte Beweiskraft zu, da die Operation mit Gewebsentnahme erst rund drei Monate nach dem Sturz und somit deutlich außerhalb des von der maßgeblichen unfallmedizinischen Literatur für aussagekräftige Befunde geforderten Zeitrahmens von bis zu 6 Wochen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., 8.2.5.3 (S. 435) stattgefunden hat.

Im Ergebnis sieht der Senat aus den vorstehend aufgeführten Erwägungen die von Dr. K. vorgenommene Kausalitätsbeurteilung als schlüssig an und schließt sich dessen Schlussfolgerungen vollumfänglich an. Demgegenüber konnte das Gutachten, das Dr. H. am 12.01.2015 erstattet hat, nicht Grundlage der Entscheidung sein. Dieser hat u.a. seine Schlussfolgerungen aus dem Umstand abgeleitet, dass zwei von drei Befunde der MRT-Bildgebung vom 31.05.2010 für eine unfallbedingte Genese gesprochen hätten, und nur einer dagegen. Die Aussage, wie oft Ärzte derselben Fachrichtung einen Befund unterschiedlich beurteilt haben, stellt allerdings keine taugliche Grundlage für die Vornahme einer Kausalitätsbeurteilung dar. Vielmehr wäre entweder darzulegen gewesen, welcher Beurteilung aus welchen Gründen der Vorzug gebührt, um dann die Beurteilung auf dieser Grundlage vorzunehmen, oder der jeweilige Aspekt hätte als vollständig ungeklärt angesehen werden müssen. Schon aufgrund ihrer Unbestimmtheit eine ungeeignete Basis für eine Kausalitätsbeurteilung ist zudem die Aussage, der Unfallmechanismus spreche "in Teilen" für eine traumatische Entstehung des Körperschadens. Dies gilt umso mehr, nachdem Dr. H. zuvor die unterschiedlichen Darstellungen des Unfallhergangs im Einzelnen wiedergegeben und daraus die Schlussfolgerung abgeleitet hatte, eine kohärente Rekonstruktion des Sturzes sei nicht möglich.

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Übernahme von Kosten einer Heilbehandlung über den 13.08.2010 hinaus. Nach § 26 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) haben Versicherte Anspruch auf Heilbehandlung, um den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern.

Gesundheitsschäden, die unmittelbar auf den Arbeitsunfall vom 04.05.2010 oder mittelbar wegen des Sturz mit Krücken, der spätestens am 12.05.2010 erfolgt ist, als wesentliche Ursache zurückzuführen sind, haben über den 13.08.2010 hinaus nicht bestanden. Die Gesundheitsstörungen im Bereich der linken Schulter lassen sich, wie soeben dargelegt, mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit weder auf den Motorrollersturz vom 04.05.2010 noch den nachfolgenden Sturz mit Krücken zurückführen. Die Gesundheitsstörungen am linken oberen Sprunggelenk waren schon am 25.06.2010 weitestgehend abgeheilt. Im Befundbericht vom 28.06.2010 hat Prof. Dr. M. am linken Sprunggelenk eine regelrechte Beweglichkeit bei noch leicht verstrichenen Konturen beschrieben. In seinem Zwischenbericht vom 29.07.2010 (Bl. 164 VA) über die zweimalige Vorstellung der Klägerin am 09.07.2010 und 22.07.2010 während der am 13.08.2010 regulär beendeten Arbeits- und Belastungserprobung haben Beschwerden am linken Sprunggelenk keinerlei Erwähnung mehr gefunden, so dass sich der Senat von Prof. Dr. S. und Dr. K. der im Wesentlichen übereinstimmend geäußerten Auffassung anschließt, wonach eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit jedenfalls nicht über den 13.08.2010 hinaus fortbestanden hat.

Die Klägerin hat aufgrund der Unfallfolgen schließlich auch keinen Anspruch auf die Gewährung von Verletztenrente. Nach § 26 Abs. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte wegen nachgewiesener Gesundheitsschäden, deren wesentliche Ursache mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Versicherungsfall ist, Anspruch auf Entschädigungsleistungen u. a. in Form von Heilbehandlung (§ 27 SGB VII) oder Geldleistungen (Verletztengeld, § 45 SGB VII, und Rente, § 56 SGB VII). Nach § 56 Abs. 1 SGB VII erhalten Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, eine Rente. Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (§ 7 Abs. 1 SGB VII). Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente; die Folgen eines Versicherungsfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern, § 56 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB VII.

Im vorliegenden Fall waren die unfallbedingten Gesundheitsstörungen, Prellungen und Schürfwunden im Bereich beider Kniegelenke und eine Distorsion des linken oberen Sprunggelenks mit Außenbandriss (knöcherner Bandausriss an der Fibulaspitze), spätestens am 13.08.2010 abgeheilt. Die Gesundheitsstörungen im Bereich der linken Schulter lassen sich, wie dargelegt, mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit weder auf den Motorrollersturz vom 04.05.2010 noch den nachfolgenden Sturz mit Krücken zurückführen, so dass der Senat gestützt auf die auch insoweit im Ergebnis übereinstimmende Einschätzung von Dr. K. und Prof. Dr. S. davon überzeugt ist, dass eine MdE von wenigstens 10 v.H. jedenfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus nicht verblieben ist. Auf das Bestehen sogenannter Stützrententatbestände kommt es hiernach nicht an.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2017-05-16