

L 6 U 4689/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 8 U 715/14
Datum
17.11.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 4689/16
Datum
04.05.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 17. November 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 11. Dezember 2012 Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung.

Der 1957 geborene Kläger, welchem die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg mit Bescheid vom 28. Oktober 2014 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 1. Juli 2014 in Höhe von 921,80 EUR bewilligte, blieb bei der J. und Sch. GmbH & Co. KG in Villingendorf, seiner Arbeitgeberin, am 11. Dezember 2012 gegen 9:05 Uhr mit seinem linken Fuß an einem Lüftungsschlauch für die Kühlanlage hängen und stürzte mit einem Schrubber in der linken und einem Lappen in der rechten Hand, womit er von einer Schleifmaschine ausgelaufenes Kühlmittel aufwischen wollte, auf seine linke Körperseite. Anschließend arbeitete er noch etwa zwei Stunden weiter.

Gegen 12:00 Uhr traf er in der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des Zollernalb Klinikums in Balingen ein. Nach dem Durchgangsarztbericht des Chefarztes Priv.-Doz. Dr. C. seien eine Fraktur der Spina scapulae links (ICD-10 S42.10) und eine Serienfraktur der sechsten bis zehnten Rippe links (ICD-10 S22.44) diagnostiziert worden. Bei schmerzfreier Beweglichkeit der Halswirbelsäule habe sich kein Druckschmerz gezeigt. Ein solcher habe auch nicht über dem Sternum vorgelegen. Ein Thorax- oder Beckenkompressionsschmerz sei vom Kläger nicht geäußert worden. Der Rücken sei unauffällig gewesen. Ein Wirbelsäulenklumpfschmerz sei nicht geäußert worden. Links habe ein Flankenklumpfschmerz bestanden. Im Bereich der linken Schulter sei weder ein Hämatom noch eine Schwellung zu erkennen gewesen. Die periphere Durchblutung, Motorik, Sensibilität und Haut seien intakt gewesen. Die Beweglichkeit sei schmerzbedingt eingeschränkt gewesen. Es habe eine schmerzfreie und stufenlose Palpation des medialen und lateralen Endes der Clavicula, des Akromions und des Processus coracoideus bestanden. Auch nach dem Röntgen sei eine geringe Lungenstauung nicht auszuschließen gewesen. Differentialdiagnostisch hätten fibrotische Veränderungen vorgelegen. Im Bereich der Brustwirbelsäule habe eine Spondylosis deformans imponiert. Sichtbare Frakturen seien nicht zu erkennen gewesen. Im Bereich der Rippen hätten sich frische, gering dislozierte Frakturen der sechsten bis zehnten Rippe links gezeigt. Ein Pneumothorax sei nicht festgestellt worden. Im Bereich der Brustwirbelsäule sei eine rechtskonvexe Skoliose am Übergang der Brust- zur Lendenwirbelsäule zu erkennen gewesen. Des Weiteren habe eine leichte Hyperkyphose bei Höhenminderung im mittleren Brustwirbelkörperbereich vorgelegen, welche allerdings durch Osteophyten überbrückt gewesen seien, so dass es sich sehr wahrscheinlich um alte Frakturen gehandelt habe; eindeutige frische seien nicht nachweisbar gewesen. Eine ausgeprägte Spondylosis deformans habe sich nahezu im gesamten Bereich der Brustwirbelsäule gezeigt. In der linken Schulterregion sei eine Konturenunterbrechung am oberen Rand der Scapula als Zeichen einer frischen Fraktur zu erkennen gewesen. Eine Frakturlinie durch das gesamte Schulterblatt sei nicht festgestellt worden. Eine Fraktur an den erfassten Anteilen der Clavicula oder des proximalen Humerus habe sich nicht gezeigt. Eine Luxation habe ausgeschlossen werden können. Nach dem stationären Aufenthalt bis 14. Dezember 2012 führte Priv.-Doz. Dr. C. aus, unter physiotherapeutischer Anleitung sei der Kläger voll belastend mobilisiert gewesen. Während des stationären Aufenthaltes habe zu keiner Zeit eine Dyspnoe beobachtet werden können. Es sei zu einer sukzessiven Beschwerdeverbesserung gekommen. Die Medikation bei der Entlassung habe aus Ibuprofen, 600 mg (1-0-1), Allopurinol, 100 mg (1-0-0), Novalgin, 500 mg (2-2-2-2), Pantozol, 20 mg (1-0-0) und Valoron retard 50/4 mg (1-0-0-1) bestanden.

Die Arbeitgeberin zeigte der Beklagten den Unfall Mitte Januar 2013 an und führte aus, der Kläger habe in der Schleiferei nach einem Besen gegriffen. Als er ihn zu fassen bekommen habe, habe sich sein linker Fuß in ein Kabel eingehakt und er sei mit dem Besen auf den Boden

gefallen. Dabei habe er sich eine Schulter- und Rippenverletzung zugezogen.

Am 24. Januar 2013 informierte der Kläger die Beklagte telefonisch darüber, dass er immer noch erhebliche Beschwerden habe. Er habe Ende Januar 2013 selbstständig einen Termin in der Berufsgenossenschaftlichen (BG)-Unfallklinik Tübingen ausgemacht. Ab Montag, 28. Januar 2013 nehme er eine Arbeits- und Belastungserprobung in einem Umfang von vier Stunden vor. Er habe starke Bedenken geäußert, ob er dies könne.

Nach der ambulanten Untersuchung des Klägers in der BG-Unfallklinik Tübingen am 30. Januar 2013 diagnostizierte Prof. Dr. St., Ärztlicher Direktor des Zentrums für Berufsgenossenschaftliche Heilverfahren, eine Fraktur der Spina scapulae links und eine Serienfraktur der sechsten bis zehnten Rippen links sowie unfallunabhängig eine Adipositas, eine Sarkoidose, eine Silikose in der Lunge, ein Asthma und den Zustand nach einer Spondylolisthese im Bereich der Segmente L4/5 und L5/S1 im Jahre 1988. Die Schulter und die Flanke seien reizlos gewesen. Die Hautverhältnisse seien intakt gewesen. Die Bewegung des Schultergelenkes habe bei der Anteversion bis 90°, der Retroversion bis 40°, der Abduktion bis 80°, der Adduktion bis 10°, der Außenrotation bis 50° und der Innenrotation bis 80° vorgenommen werden können. Der Spitzgriff und der Faustschluss seien kräftig demonstrierbar gewesen. Eine Hypästhesie habe sich nicht gefunden. Die Durchblutung sei regelrecht gewesen. Im Bereich der Flanke habe ein ausgeprägter Druckschmerz im Bereich der Rippen links thorakal bestanden. Seitengleich habe sich eine normale Atmung gezeigt. Es sei zunächst der Abbruch der Arbeits- und Belastungserprobung bei derzeitiger Einnahme von Valoron mit dreimal täglich zwanzig Tropfen nebst Ibuprofen, 600 mg und Novalgin, 500 mg, mehrmals täglich, empfohlen worden. Nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 18. Februar 2013 führte Prof. Dr. St. aus, die Beweglichkeit der Schulter bei der Anteversion mit 100°, der Retroversion mit 45°, der Abduktion mit 90°, der Adduktion mit 25°, der Außenrotation mit 50° und der Innenrotation mit 80° sei demonstriert worden. Sollte sich die Beschwerdesymptomatik weiter verbessern, werde die Einleitung einer weiteren Arbeitsbelastungserprobung ab 4. März 2012 über vier Wochen nach dem so genannten "Hamburger Modell" empfohlen. Der Kläger gelte weiterhin als arbeitsunfähig.

Priv.-Doz. Dr. C. ging nach der ambulanten Nachuntersuchung des Klägers am 5. März 2013 davon aus, dass unter anderem der Zustand nach einem nicht verschobenen Schulterblattbruch links vorliege. Nach der Untersuchung am 19. März 2013 führte er aus, die Beweglichkeit im linken Schultergelenk sei noch endgradig eingeschränkt gewesen. Es habe sich bei der passiven Durchbewegung ein deutliches Knacken und Reiben mit Schmerzreaktion gezeigt. Die stufenweise Wiedereingliederung ab 2. April 2013, beginnend mit vier Stunden täglich, sei vereinbart worden. Nach der Untersuchung am 10. April 2013 berichtete er, das Schultergelenk links sei nach wie vor nur eingeschränkt beweglich. Es sei ein deutlicher Schmerz im Bereich des Musculus trapezius links nachweisbar gewesen, wodurch die Beweglichkeit des linken Schultergelenkes links eingeschränkt gewesen sei. Der Schürzen- und Nackengriff seien möglich gewesen. Er habe dem Kläger Ibuprofen, 600 mg, Novalgin, 500 mg und Pantozol, 20 mg, verordnet. Er sei weiterhin arbeitsunfähig.

Nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 24. April 2013 äußerte Prof. Dr. St., es seien knöchern konsolidierte Frakturen der Spina scapulae links und der sechsten bis zehnten Rippe links diagnostiziert worden. Aktuell sei bei der Arbeitsbelastungserprobung ein Arbeitsvolumen von sechs Stunden erreicht gewesen. Er habe berichtet, mit der Belastung von vier Stunden täglich sehr gut zu Recht zu kommen. Mit sechs Stunden habe er noch zu kämpfen. Die Schmerzmedikation sei gut angepasst gewesen. Die Beweglichkeit des Schultergelenkes links habe bei den Bewegungen Arm seitwärts/vorwärts 90-0-40° (rechts: 170-0-40°) und Arm rückwärts/vorwärts 40-0-100° (0-0-170°) betragen. Die Bewegungen Arm auswärts/einwärts drehen, sowohl bei anliegendem als auch um 90° abgehobenem Oberarm, seien seitengleich durchgeführt worden.

Priv.-Doz. Dr. C. führte nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 22. Mai 2013 aus, es seien noch starke Muskelverspannungen im Bereich des Musculus trapezius, links mehr ausgeprägt als rechts, und eine Kraftminderung des linken Armes erkannt worden. Entsprechende Sensibilitätsstörungen hätten jedoch nicht nachgewiesen werden können. Der Kläger sei seit 13. Mai 2013 wieder arbeitsfähig gewesen. Die Arbeitgeberin bestätigte Mitte Mai 2013, dass der Kläger bereits vom 1. bis 12. Mai 2013 je Arbeitstag mindestens sechs Stunden gearbeitet habe.

Am 22. Juni 2013 ging der Kläger ebenfalls seiner beruflichen Tätigkeit nach, als er einen etwa 40 kg schweren Edelstahlbehälter, welcher in normaler Arbeitshöhe auf einer Werkbank stand, anhob, um ihn andernorts in Höhe seiner Schultern zu platzieren. Als er ihn neu positionieren wollte, was nicht nur durch Anheben, sondern auch durch Schieben geschah, nahm er ein plötzliches Reißen in seiner linken Schulter wahr.

Über die kernspintomographische Untersuchung in der Abteilung für Radiologie der Kliniken Donaueschingen am 31. Juli 2013 wurde berichtet, eine kleine zystische Veränderung im Ansatzgebiet der Supraspinatussehne und ihre Signalanhebung seien als Hinweis für eine bereits länger bestehende Degeneration zu sehen gewesen. Eine partielle bursaseitige Ruptur habe vorgelegen. Deutliche Verschleißzeichen des Schultergelenkes seien zu erkennen gewesen.

Nach der Untersuchung am 7. August 2013 teilte Priv.-Doz. Dr. C. mit, der Kläger habe sich während der laufenden erweiterten ambulanten Physiotherapie vorgestellt. Die Beweglichkeit sei noch schmerzhaft eingeschränkt. Bei 90° sei ein tastbares Reiben und Knacken unter Angabe von starken Schmerzen bei der Abspreizbewegung erkannt worden. Bei der Vorwärtsbewegung habe sich bei 90° ein federnder schmerzhafter Widerstand gezeigt. Nach der ambulanten Untersuchung am 14. August 2013 führte er an, dem Kläger seien weiterhin Ibuprofen, 600 mg und Novalgin, 500 mg, neben Pantoprazol, 20 mg als Magenschutz, verordnet worden.

Dr. Sch., Radiologe, führte nach der Magnetresonanztomographie und Computertomographie der linken Schulter am 4. September 2013 aus, es hätten sich eine leichte Signalintensitätsanhebung der Supraspinatussehne und eine diskrete artikulare Kaliberirregularität, aber kein Nachweis einer kompletten Ruptur gezeigt. Die Infraspinatus-, die Teres-minor- und die Subscapularissehne seien unauffällig dargestellt worden. Eine Atrophie des Musculus supraspinatus sei nicht festgestellt worden. Es zeigten sich degenerative Veränderungen des Akromioklavikulargelenkes und ein leicht verschmälertes Subakromialraum. Eine Chondropathie im Schultergelenk sei erkannt worden. Es habe sich ein winziger Gelenkerguss im Schultergelenk gezeigt. Ein Knochenmarködem habe nicht vorgelegen. Der Verlauf der langen Bizepssehne sei regelrecht gewesen. In der Diaphyse des Humerus habe sich blutbildendes Mark gezeigt. Bei einem Zustand nach einer Fraktur der Spina scapulae lasse sich diese in Computertomogramm (CT) nicht mehr nachvollziehen, es sei wohl eine komplette Heilung ohne Fehlstellung eingetreten. Sonstige Traumafolgen im Bereich des oberen Hemithorax seien nicht nachzuweisen. Zusammenfassend sei

eine moderat ausgeprägte Tendinopathie der Supraspinatussehne mit leichter Partialruptur bei etwas eingengtem Subakromialraum, eine beginnende Chondropathie im Schultergelenk, ein winziger Gelenkerguss und eine komplette Frakturheilung zu erkennen gewesen.

Prof. Dr. St. berichtete nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 2. September 2013, es hätten sich reizfreie Weichteilverhältnisse und kein Druckschmerz über dem Akromioklavikulargelenk und über der Bizepssehne gezeigt. Die Schulterbeweglichkeit glenohumeral sei frei gewesen. Die Innen- und Außenrotation seien mit 95-0-60° gemessen worden. Die periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität seien intakt gewesen. Ein leicht gestörter scapulo-thorakaler Rhythmus sei aufgefallen.

Über die ambulante Untersuchung am 16. September 2013 gab er an, der Kläger habe sich nach einer durchgeführten Kernspintomographie des linken Schultergelenkes zur Befundbesprechung vorgestellt. Die von Dr. Sch. am 4. September 2013 angefertigten Aufnahmen des linken Schultergelenkes zeigten eine moderat ausgeprägte Tendinopathie der Supraspinatussehne mit leichter Partialruptur bei etwas eingengtem Subakromialraum, eine beginnende Chondropathie im Schultergelenk, einen winzigen Gelenkerguss und eine komplette Frakturheilung. Die weiterhin geklagten Beschwerden im Bereich des linken Schulterblattes, C-förmig, seien Folgen von Vernarbungen.

Mit Bescheid vom 8. Oktober 2013, welcher als Betreff "Abbruch Heilbehandlung" enthielt, lehnte die Beklagte die weitere Übernahme von Kosten für eine medizinische Behandlung ab, da kein Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis am 11. Dezember 2012 und den aktuell beim Kläger bestehenden Gesundheitsstörungen bestehe. Die Anfang September 2013 durchgeführte magnetresonanz- und computertomographische Untersuchung der linken Schulter habe auch einen Teilriss an der Unterfläche des gelenkseitigen Supraspinatusmuskels, eine Schultergelenksarthrose, ein Impingement und eine leichte Omarthrose dargestellt. Diese Gesundheitsstörungen seien nicht auf das Ereignis vom 11. Dezember 2012 zurückzuführen, sondern unfallunabhängig. Die Ursache liege in den krankhaften Veränderungen im Bereich der linken Schulter. Wegen des Ereignisses vom 11. Dezember 2012 sei eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit längstens bis 13. Mai 2013 zu berücksichtigen. An Heilbehandlungsmaßnahmen übernehme sie noch für einen vorübergehenden Zeitraum die ambulante Krankengymnastik zur Kräftigung der das linke Schulterblatt stabilisierenden Muskulatur. Daher bestehe, mit Ausnahme dieser Krankengymnastik für einen in absehbarer Zukunft endenden Zeitraum, kein Anspruch auf Leistungen über den 13. Mai 2013 hinaus. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 20. Februar 2014 zurückgewiesen.

Hiergegen hat der Kläger am 20. März 2014 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) erhoben, welches den Facharzt für Allgemeinmedizin D. und Dr. C., Facharzt für Radiologie, schriftlich als sachverständige Zeugen vernommen hat.

Der Arzt für Allgemeinmedizin D. hat im Mai 2014 ausgeführt, hinsichtlich des Bruches des Schulterblattes links, der Serienfraktur der sechsten bis zehnten Rippe links und der Prellung des Brustkorbes habe er den Kläger nicht behandelt. Dr. C. hat im Juli 2014 kundgetan, den Kläger am 20. August und 24. September 2013 untersucht zu haben. Bei der ersten Konsultation sei die Brustwirbelsäule, soweit sie auf dem bildgebenden Material erfasst worden sei, regelrecht dargestellt worden. Im Folgemonat habe sich die Spondylodese im Bereich L5/S1 durchbaut gezeigt. Im Segment L3/4 habe eine Enge des Spinalkanales vorgelegen. Diese Gesundheitsstörungen seien degenerativ bedingt.

Auf die Anfrage bei Priv.-Doz. Dr. C., der sich zwischenzeitlich als Arzt niedergelassen hatte, hat der jetzige Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des Zollernalb Klinikums Dr. F. im Juni 2014 geäußert, aufgrund des Alters der Frakturen im Bereich der linken Schulter und der Rippen, welche alle nachweislich konsolidiert, also verheilt, seien und des noch deutlichen Bedarfes an Schmerzmitteln müsse davon ausgegangen werden, dass sich der größte Teil der Beschwerden nicht mehr ursächlich auf das Unfallereignis vom 11. Dezember 2012 zurückführen lasse. Wegen der Persistenz der Beschwerden sei der Kläger in der Klinik noch in kassenärztlicher Behandlung. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit habe bis zum Abschluss der berufsgenossenschaftlichen Behandlung bestanden.

Das SG hat Dr. H., Ärztlicher Leiter der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Freiburg mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Dieser hat nach der ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 14. November 2014 in seinem Gutachten vom 19. November 2014 und in zwei ergänzenden Stellungnahmen vom 17. Februar 2015 und 24. Mai 2016 ausgeführt, beim Kläger läge eine persistierende Supraspinatusschädigung links, welche zu einer Einschränkung der aktiven Beweglichkeit im linken Schultergelenk geführt habe, vor. Diese Funktionsstörung sei nicht auf die ausgeheilte Fraktur der linken Schulterblattgräte zurückzuführen, sondern auf die Veränderungen der Supraspinatussehne. Zu klären sei daher gewesen, ob die Sehnenveränderungen einen Bezug zu dem Ereignis vom 11. September 2012 hätten. Die Betrachtung des Krankheitsverlaufes zeige eine diskontinuierliche Entwicklung, welche am 22. Juni 2013 eine einschneidende Änderung erfahren habe. Zu diesem Zeitpunkt sei die Wiedereingliederung in die berufliche Tätigkeit gelungen gewesen. In der Folgezeit habe jedoch wieder eine andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die am 31. Juli und 4. September 2013 durchgeführten kernspintomographischen Untersuchungen zeigten, dass eine Erkrankung der Supraspinatussehne links klinisch apparent geworden sei. Der vorherige inapparente Zustand sei möglicherweise darauf zurückzuführen, weil die frakturbedingten Schmerzen im Vordergrund gestanden hätten. Bei der Erkrankung der Supraspinatussehne des Klägers handele es sich eindeutig um keine Unfallfolge. Ursächlich hierfür sei demgegenüber eine häufig auftretende Verschleißerkrankung der Supraspinatussehne gewesen. Dieser Verschleiß betreffe immer die sehnenansatznahen Abschnitte am Oberarmkopf. Seine eigenen wissenschaftlichen Untersuchungen mittels einer Messung des Sauerstoffpartialdruckes belegten, dass in dieser Körperregion eine gefäßarme Zone bestehe, die wegen ihrer vergleichsweise schlechten Vaskularisierung für Verschleißprozesse besonders anfällig sei. Träten im Rahmen eines Arbeitsunfalls aufgrund der Degeneration der Supraspinatussehne Beschwerden auf, so stelle sich die Frage nach einer traumatischen Schädigung oder einer so genannten "Gelegenheitsursache". Um eine traumatische Schädigung anzunehmen, müsse nach aktueller medizinischer Auffassung ein Unfallmechanismus vorgelegen haben, der geeignet sei, eine gesunde Sehne zum Zerreißen zu bringen, und eine entsprechende Morphologie der Sehnen. Der vom Kläger erlittene direkte Sturz auf die linke Schulter, welcher zu einer stauchungsbedingten Fraktur der Spina scapulae geführt habe, sei kein adäquates Trauma. Durch einen solchen Sturz reiße eine gesunde Supraspinatussehne nicht. Es habe zudem keine komplette, unfalltypische Ruptur vorgelegen, sondern, wie die Magnetresonanztomogramme (MRT) zeigten, lediglich eine leichte partielle, wie sie für eine verschleißbedingte Schädigung charakteristisch sei. Somit könne die Unfallgenese der Schädigung der Supraspinatussehne weder durch den Unfallmechanismus noch durch die morphologischen Veränderungen gestützt werden. Das Ereignis vom 22. Juni 2013 sei geradezu typisch für eine Gelegenheitsursache gewesen. Bei kräftiger Anspannung des Supraspinatusmuskels, welcher bei Abspreiz- und Elevationsbewegungen den Oberarmkopf in die Schultergelenkspfanne zentriere, werde die Ansatzsehne stark beansprucht. Auf Grund dieser kräftigen Beanspruchung könne es bei einer degenerativen Vorschädigung zu kleinen Einrissen kommen, welche unter Umständen sehr schmerzhaft seien. Auch Alltagsbeschäftigungen zu Hause, wie etwa das Heben eines schweren

Gegenstandes in oder über die Horizontale, hätten infolge der Vorschädigung der Sehne zu einer klinischen Symptomatik führen können. Damit belegten die kernspintomographischen Untersuchungen Ende Juli und Anfang September 2013 die Verschleißerkrankung der Supraspinatussehne. Ein unfallbedingter Schaden sei nicht erkennbar. Die jetzt noch vorhandenen Beschwerden im Bereich des linken Schultergelenkes seien auf die Sehnedegeneration zurückzuführen. Bleibende Schäden seien nach der Fraktur der Spina scapulae nicht verblieben. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit hätten damit zum 1. Oktober 2013 geendet. Mit dem kernspintomographischen Nachweis der Verschleißerscheinungen der Sehnen, zuletzt Anfang September 2013, habe keine Veranlassung mehr bestanden, die Behandlung der linken Schulter weiterhin zu Lasten der Beklagten durchzuführen.

Im Rahmen der Anamnese habe der Kläger angeführt, als Abteilungsmeister habe er die Schleifmaschinen betreut. Während einer Vesperpause sei Kühlmittel aus einer Maschine ausgelaufen, was er mit einem Schrubber und einem Lumpen habe abwischen wollen. Den Lumpen habe er in der rechten und den Schrubber in der linken Hand getragen. Dabei sei er über einen Lüftungsschlauch gestolpert und gestürzt. Während des Sturzes habe er den Schrubber festgehalten und sei auf der linken Schulter seitlich aufgekommen. Vor diesem Unfalltag habe er keine Beschwerden im Bereich des linken Schultergelenkes gehabt zu haben. Diese seien erst danach aufgetreten. Nach dem Unfallereignis habe er noch zwei Stunden weitergearbeitet, dann sei er wegen massiver Schmerzen in das Zollernalb Klinikum in Balingen gekommen. Ein zweiter Wiedereingliederungsversuch sei ab Mai 2013 erfolgt. Damals habe er einen plötzlichen Stich in der linken Schulter verspürt und habe erneut das Zollernalb Klinikum in Balingen aufgesucht. Dort sei Arbeitsunfähigkeit festgestellt worden. Seit jenem Zeitpunkt habe er nicht mehr gearbeitet. Der Kläger habe bei der gutachtlichen Untersuchung in eindeutiger Weise einen zweigipfligen Schmerzverlauf geschildert. Der zweite Wiedereingliederungsversuch ab Anfang Mai 2013 sei bis zum 22. Juni 2013 gutgegangen. Dies könne nicht anders interpretiert werden, als dass er, wenn auch sehr langsam, eine Beschwerdebesserung erfahren habe. An diesem Tag sei ein neues massives und schmerzauslösendes Ereignis eingetreten. Dabei hätten sich akut aufgetretene, massive Schmerzen eingestellt, die eine Arbeitsaufnahme bis zum Tag der gutachtlichen Untersuchung unmöglich gemacht habe. Dieser Schmerzverlauf wiederlege die These von Dr. A., seit dem Unfalltag hätten kontinuierlich Schmerzen bestanden, so dass es gar nicht anders möglich sei, als einen eindeutigen Zusammenhang mit der Prellung und der Distorsion der linken Schulter sowie der Schulterblattfraktur in diesem Bereich herauszustellen. Die langjährige Erfahrung habe gelehrt, dass wenig dislozierte Schulterblattfrakturen, auch unter Einbeziehung der Schulterblattgräte, also der Spina scapulae, kein jahrelang anhaltendes Schmerzsyndrom und Funktionsstörungen nach sich zögen. Im Gegenteil, die Folgen klängen innerhalb weniger Monate ab. Einen solchen Verlauf habe auch die Verletzung des Klägers bis zum 22. Juni 2013 eingenommen. Erst dann sei es zu einem Schmerzrezidiv gekommen, welches eindeutig der Degeneration der Supraspinatussehne mit bursaseitiger Ruptur zuzuordnen sei, welche möglicherweise zu diesem Zeitpunkt aufgetreten sei. Anders als Dr. A. meine, sei die Degeneration der Supraspinatussehne nicht klinisch bedeutungslos. Auch kleine Rissbildungen und Verschleißprozesse könnten gravierendere klinische Folgen wie Schmerzen und Funktionsbehinderungen bis hin zur Schultersteife nach sich ziehen. Die vom Kläger gemachte Angabe, wonach er nicht auf der linken Schulter liegen könne, sei für den mit den Erkrankungen der Rotatorenmanschette vertrauten Arzt außerordentlich charakteristisch. Infolge des Mindergebrauches der erkrankten Schulter entwickelten sich mit der Zeit Muskelatrophien, in der Regel zuerst im Bereich des Musculus supraspinatus. Somit sei es nicht weiter verwunderlich, wenn Dr. A. elf Monate nach seiner eigenen Begutachtung eine Atrophie dieses Muskels gesehen habe. Über die bereits genannten Gesichtspunkte hinaus seien auch kleine zystische Veränderungen am knöchernen Ansatz der Supraspinatussehne ein Hinweis für eine bereits länger bestehende Degeneration gewesen. Zusammenfassend negiere Dr. A. den zweigipfligen Schmerzverlauf und ordne die Pathologie der Supraspinatussehne unzutreffend als nicht bedeutsam ein.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SG) hat Dr. A., Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, ein Gutachten erstattet. Nach der ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers in dessen häuslichem Umfeld hat dieser in seinem Gutachten vom 15. Oktober 2015 und in seinen beiden ergänzenden Stellungnahme vom 29. März und 18. Oktober 2016 ausgeführt, der Kläger habe Funktionseinschränkungen im Bereich des linken Schultergelenkes beziehungsweise -gürtels mit entsprechender Schmerzreaktion beschrieben. Er habe diese auf das Ereignis vom 11. Dezember 2012 zurückgeführt. Bei ihm habe eine konzentrisch schmerzhafte Funktionseinschränkung aufgrund einer ausgeprägten muskulären Verkürzung mit Ausprägung einer Narbenreaktion vorgelegen. Diese erkläre voll umfänglich das Beschwerde- und Funktionsbild. Im Hinblick darauf habe Arbeitsunfähigkeit über den 30. Juni 2013 hinaus bestanden. Sämtliche Funktionseinschränkungen seien dem Ereignis vom 11. Dezember 2012 im Sinne der Entstehung zuzuordnen. Für den ursächlichen Zusammenhang spreche, dass konkurrierende Faktoren nicht vorlägen; insofern sei auch sozialmedizinisch und traumatologisch die Wahrscheinlichkeit gegeben. Die Funktionseinschränkungen führten zu einer Herabsetzung der Trage- und Belastungsfähigkeit des linken Armes. Bezüglich der Rippenfrakturen bestehe kein Hinweis mehr auf eine noch bestehende Folge des Ereignisses vom 11. Dezember 2012. Die noch vorhandenen Unfallfolgen rechtfertigten eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 vom Hundert. Vorliegend gehe es nicht um die Schulterblattgräte in der sich entwickelten Schadensfolge, sondern vielmehr seien es die muskulären Strukturen, die sich atrophisch defizitär und damit biodynamisch als Unfallschadensfolge darstellten. Durch das Unfallereignis habe eine konzentrische Dreheinengung im Bereich des linken Schultergelenkes bei deutlicher Muskelverschmächtigung des Schultergürtels um mehr als die Hälfte im Seitenvergleich stattgefunden. Dabei sei es zur Verdrehung der Körperachse und zu einem Sturz auf den linken Arm gekommen. Es dürfte bei vernünftiger, lebensnaher Betrachtungsweise zugänglich sein, dass es sich dabei um eine Komplexverletzung handele, konkret einen Prellungs- und Distorsionsschaden.

Das SG hat die Klage, mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung, durch Urteil vom 17. November 2016 abgewiesen. Sie sei unzulässig, soweit der Kläger die Gewährung sonstiger Entschädigungsleistungen, insbesondere eine Verletztenrente, begehre. Die Beklagte habe lediglich den Abbruch der Heilbehandlung verfügt. In Bezug auf eine Verletztenrente fehle es an einer Verwaltungsentscheidung der Beklagten. Das Begehren nach weiterer Entschädigung sei zu unbestimmt, um Grundlage einer Entscheidung sein zu können. Die im Übrigen zulässige Klage sei unbegründet. Der Kläger habe, überwiegend gestützt auf die Ausführungen des Sachverständigen Dr. H., keinen Anspruch auf die Bewilligung weiterer Heilbehandlung über den bereits zugestandenen Umfang hinaus.

Gegen die seinen Bevollmächtigten am 25. November 2016 zugestellte Entscheidung hat der Kläger am 19. Dezember 2016 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt und zur Begründung im Wesentlichen vorgetragen, der Sachverständige Dr. A. untermauere sein Klagebegehren, zumal er vor dem 11. Dezember 2012 an der linken Schulter beschwerdefrei gewesen sei. Bei fortdauernder Behandlung müsse die Beklagte beweisen, dass eine wesentliche Änderung stattgefunden habe. Für den Ursachenzusammenhang genüge die wesentliche Mitursächlichkeit.

Der Kläger beantragt (sinngemäß),

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 17. November 2016 aufzuheben und den Bescheid vom 8. Oktober 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Februar 2014 teilweise aufzuheben sowie die Beklagte zu verpflichten, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 11. Dezember 2012 Leistungen der Heilbehandlung über den 13. Mai 2013 hinaus zu bewilligen und diese zu verurteilen, ihm deswegen eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 vom Hundert, hilfsweise als Stützrente, zu gewähren, höchsthilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. H. sei ihre Verwaltungsentscheidung nicht zu beanstanden. Dr. A. habe sich mit den MRT und CT der linken Schulter von Anfang September 2013 nicht auseinandergesetzt. Daraus ergäben sich degenerative Veränderungen im Bereich des linken Schultergelenkes. Er führe, ohne nähere Diskussion, sämtliche Funktionseinschränkungen im Bereich der linken Schulter auf das Unfallereignis vom 11. Dezember 2012 zurück, ohne sich mit den degenerativen Erkrankungen in diesem Körperteil zu befassen. Die Fraktur der Spina scapulae sei völlig verheilt. Eine Ursache sei nicht bereits deshalb als wesentlich zu werten, weil sie als letzte von mehreren Bedingungen eingetreten sei.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und die Verwaltungsakte der Beklagten (2 Bände) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden kann ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)), ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143](#), [§ 144 Abs. 1 SGG](#)), aber unbegründet.

Gegenstand des Rechtsmittelverfahrens ist das Urteil des SG vom 17. November 2016, mit dem die als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) und kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) und 4 SGG) erhobene Klage, mit welcher der Kläger unter teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 8. Oktober 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Februar 2014 wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 11. Dezember 2012 die Verpflichtung der Beklagten zu Bewilligung von Leistungen der Heilbehandlung über den 13. Mai 2013 hinaus und deren Verurteilung zur Gewährung einer Verletztenrente verfolgt hat, abgewiesen worden ist. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 54 Rz. 34 f.).

Die Berufung ist, wie das SG zutreffend angenommen hat, mangels Zulässigkeit der Klage unbegründet, soweit mit dieser unter Aufhebung des angefochtenen Urteils des SG und teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 8. Oktober 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Februar 2014 wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 11. Dezember 2012 die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung einer Rente begehrt worden ist. Mit Bescheid vom 8. Oktober 2010 hat es die Beklagte indes lediglich abgelehnt, dem Kläger, abgesehen von Krankengymnastik für einen weiteren, nicht näher bestimmten Zeitraum, über den 13. Mai 2013 hinaus Leistungen der Heilbehandlung zu bewilligen. Damit liegen die Sachentscheidungsvoraussetzungen für das Klagebegehren, welches auf die Gewährung einer Rente abzielt, nicht vor. Der Kläger ist insoweit, bezogen auf die gegen den Bescheid vom 8. Oktober 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Februar 2014 gerichtete Anfechtungsklage, nicht klagebefugt im Sinne des [§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#). Es reicht zwar aus, dass eine Verletzung in eigenen Rechten möglich ist und Rechtsschutzsuchende die Beseitigung einer in ihre Rechtssphäre eingreifenden Verwaltungsmaßnahme anstreben, von der sie behaupten, sie sei nicht rechtmäßig (vgl. BSG, Urteil vom 5. Juli 2007 - B 9/9a SGB 2/06 R -, [SozR 4-3250 § 69 Nr. 5](#), Rz. 18). An der Klagebefugnis fehlt es demgegenüber, wenn eine Verletzung subjektiver Rechte nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteil vom 14. November 2002 - [B 13 RJ 19/01 R -](#), [BSGE 90, 127](#) (130)), weil hinsichtlich des Klagebegehrens keine gerichtlich überprüfbare Verwaltungsentscheidung vorliegt (BSG, Urteil vom 21. September 2010 - [B 2 U 25/09 R -](#), juris, Rz. 12). Außer bei rechtswidriger Untätigkeit der Behörde, wofür vorliegend kein Anhaltspunkt gegeben ist, besteht kein berechtigtes Interesse an einer originären gerichtlichen Verurteilung zur Leistung (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2015 - [B 2 U 17/14 R -](#), SozR 4-1500 § 54 Nr. 41, Rz. 13). Über ein Recht auf Rente wurde mit Bescheid vom 8. Oktober 2013 nicht entschieden. Die Unzulässigkeit der Anfechtungsklage zieht die Unzulässigkeit der mit ihr kombinierten Leistungsklage nach sich.

Soweit der Kläger mit der kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage die Beseitigung des ablehnenden Bescheides vom 8. Oktober 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Februar 2014 sowie die Verpflichtung der Beklagten zur Bewilligung von Leistungen der Heilbehandlung über den 13. Mai 2013 hinaus begehrt, ist die Berufung ebenfalls unbegründet, hingegen nicht wegen der Unzulässigkeit, sondern ob der Unbegründetheit der Klage. Denn der Kläger hat wegen des streitgegenständlichen Arbeitsunfalls vom 11. Dezember 2012 über den 13. Mai 2013 hinaus keinen Anspruch auf Leistungen der Heilbehandlung. Die angefochtene Verwaltungsentscheidung ist daher insoweit rechtmäßig und verletzt ihn nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)).

Nach [§ 26 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte nach Maßgabe der folgenden Vorschriften und unter Beachtung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) Anspruch auf Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, auf ergänzende Leistungen, auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sowie auf Geldleistungen. Gemäß [§ 26 Abs. 2 Nr. 4 SGB VII](#) hat die Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig ergänzende Leistungen zur Heilbehandlung und zu den Leistungen zur Teilhabe zu erbringen. Zum Umfang der Heilbehandlung zählt unter anderem nach [§ 27 Abs. 1 Nr. 2](#), [§ 28 SGB VII](#) die ärztliche Behandlung.

Leistungen zur Heilbehandlung müssen infolge des Eintritts des Versicherungsfalls ([§§ 7 ff. SGB VII](#)) erforderlich werden. Dies ergibt sich schon aus der Überschrift des Dritten Kapitels des Siebten Buches Sozialgesetzbuch, in dem [§ 27 SGB VII](#) enthalten ist. Voraussetzung ist somit, dass die versicherte Einwirkung einen Gesundheitsschaden objektiv und rechtlich wesentlich verursacht hat, weswegen eine

Heilbehandlung erforderlich wurde.

Die Zurechnung setzt somit erstens voraus, dass die Verrichtung der versicherten Tätigkeit den Schaden, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, objektiv (mit-)verursacht hat. Für Einbußen der Verletzten, für welche die versicherte Tätigkeit keine (Wirk-)Ursache war, besteht schlechthin kein Versicherungsschutz und haben die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht einzustehen. (Wirk-)Ursache sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die in Frage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen. Insoweit ist Ausgangspunkt der Zurechnung die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolges gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel ("conditio sine qua non"). Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung muss eine versicherte Verrichtung, die im Sinne der "Conditio-Formel" eine erforderliche Bedingung des Erfolges war, darüber hinaus in seiner besonderen tatsächlichen und rechtlichen Beziehung zu diesem Erfolg stehen. Sie muss (Wirk-)Ursache des Erfolges gewesen sein, muss ihn tatsächlich mitbewirkt haben und darf nicht nur eine im Einzelfall nicht wegdenkbare zufällige Randbedingung gewesen sein.

Ob die versicherte Verrichtung eine (Wirk-)Ursache für die festgestellte Einwirkung und die Einwirkung eine (Wirk-)Ursache für den Gesundheitserstschaden (oder den Tod) war, ist eine rein tatsächliche Frage. Sie muss aus der nachträglichen Sicht ("ex post") nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen, gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten, beantwortet werden (vgl. dazu BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 61 ff.).

Eine Verrichtung ist jedes konkrete Handeln von Verletzten, das objektiv seiner Art nach von Dritten beobachtbar und subjektiv, also jedenfalls in laienhafter Sicht, zumindest auch auf die Erfüllung des Tatbestandes der jeweiligen versicherten Tätigkeit ausgerichtet ist. Als objektives Handeln der Verletzten kann es erste Ursache einer objektiven Verursachungskette sein. Diese kann über die Einwirkung auf den Körper, über Gesundheitserstschäden oder den Tod hinaus bis zu unmittelbaren oder im Sinne von [§ 11 SGB VII](#), der für die zweite Prüfungsstufe andere Zurechnungsgründe als die Wesentlichkeit regelt, mittelbaren Unfallfolgen sowie etwa auch zur Minderung der Erwerbsfähigkeit und zu den Bedarfen reichen, derentwegen das SGB VII Leistungsrechte vorsieht (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 31).

Erst wenn die Verrichtung, die möglicherweise dadurch verursachte Einwirkung und der möglicherweise dadurch verursachte Gesundheitsschaden festgestellt sind, kann und darf auf der ersten Prüfungsstufe der Zurechnung, also der objektiven Verursachung, über die tatsächliche Kausalitätsbeziehung zwischen der Verrichtung und der Einwirkung mit dem richterlichen Überzeugungsgrad mindestens der Wahrscheinlichkeit entschieden werden. Es geht hierbei ausschließlich um die rein tatsächliche Frage, ob und gegebenenfalls mit welchem Mitwirkungsanteil die versicherte Verrichtung, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, eine (Wirk-)Ursache der von außen kommenden, zeitlich begrenzten Einwirkung auf den Körper von Versicherten war (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 32).

Zweitens muss der letztlich durch die versicherte Verrichtung mitbewirkte Schaden rechtlich auch unter Würdigung unversicherter Mitursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich der begründeten Versicherung fallenden Gefahr, eines dort versicherten Risikos, zu bewerten sein. Denn der Versicherungsschutz greift nur ein, wenn sich ein Risiko verwirklicht hat, gegen das die jeweils begründete Versicherung Schutz gewähren soll (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 33).

Wird auf der ersten Stufe die objektive (Mit-)Verursachung bejaht, indiziert dies in keiner Weise die auf der zweiten Stufe der Zurechnung rechtlich zu gebende Antwort auf die Rechtsfrage, ob die Mitverursachung der Einwirkung durch die versicherte Verrichtung unfallversicherungsrechtlich rechtserheblich, also wesentlich, war. Denn die unfallversicherungsrechtliche Wesentlichkeit der (Wirk-)Ursächlichkeit der versicherten Verrichtung für die Einwirkung muss eigenständig rechtlich nach Maßgabe des Schutzzweckes der jeweils begründeten Versicherung beurteilt werden (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 34). Sie setzt rechtlich voraus, dass der Schutzbereich und der Schutzzweck der jeweiligen durch die versicherte Verrichtung begründeten Versicherung durch juristische Auslegung des Versicherungstatbestandes nach den anerkannten Auslegungsmethoden erkannt werden. Insbesondere ist festzuhalten, ob und wie weit der Versicherungstatbestand gegen Gefahren aus von ihm versicherten Tätigkeiten schützen soll (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 16/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 2 Nr. 21, Rz. 21 ff.). Nur wenn beide Zurechnungskriterien bejaht sind, erweist sich die versicherte Verrichtung als wesentliche Ursache (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 37).

Diese Voraussetzungen müssen für jede einzelne Gesundheitsstörung erfüllt sein. Eine solche ist jeder abgrenzbare Gesundheitsschaden, der unmittelbar durch eine versicherte Einwirkung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht worden ist, die durch ein- und dieselbe versicherte Verrichtung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde. Es handelt sich also um die ersten voneinander medizinisch abgrenzbaren Gesundheitsschäden, die infolge ein- und derselben versicherten Verrichtung eintreten (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 39).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweismäßigkeit bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, die solche Gesundheitsschäden erfüllen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge zwischen der versicherten Einwirkung und einem Gesundheitserstschaden sowie zwischen einem Gesundheitserst- und einem Gesundheitsfolgeschaden der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteile vom 2. April 2009 - [B 2 U 29/07 R](#) -, juris, Rz. 16 und 31. Januar 2012 - [B 2 U 2/11 R](#) -, juris, Rz. 17).

Der Gesundheitsschaden muss darüber hinaus nicht nur sicher feststehen. Er muss auch durch Einordnung in eines der gängigen Diagnosesysteme (z. B. ICD-10, DSM IV) unter Verwendung der dortigen Schlüssel exakt bezeichnet werden können (vgl. BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 31/11 R](#) -, juris, Rz. 18). Darüber hinaus muss eine Heilbehandlung erforderlich sein.

Nach diesen Voraussetzungen und Maßstäben ist wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 11. Dezember 2012 über den 10. Mai 2013 hinaus keine Heilbehandlung mehr erforderlich gewesen.

Der Kläger hat zwar eine nach [§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) versicherte Tätigkeit als Beschäftigter ausgeübt, als er am 11. Dezember 2012 gegen 9:05 Uhr mit seinem linken Fuß an einem Lüftungsschlauch für die Kühlanlage hängenblieb und mit einem Schrubber in der linken und einem Lumpen in der rechten Hand, womit er von einer Schleifmaschine ausgelaufenes Kühlmittel aufwischen wollte, auf seine linke

Körperseite fiel, wobei er seitlich auf der linken Schulter aufkam. Dieser Unfallhergang steht zur Überzeugung des Senats aufgrund der im Wege des Urkundenbeweises ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 415 ff.](#) Zivilprozessordnung - ZPO) verwerteten Unfallanzeige der Arbeitsgeberin von Mitte Januar 2013 und der Angaben des Klägers gegenüber dem Sachverständigen Dr. H. bei dessen gutachtlicher Untersuchung Mitte November 2014 fest.

Dieser Arbeitsunfall hat indes nur zu einer Fraktur der Spina scapulae links (ICD-10-GM-2017 S42.10) und einer Serienfraktur der sechsten bis zehnten Rippe links (ICD-10-GM-2017 S22.44) geführt, wie sie bereits Priv.-Doz. Dr. C. nach der stationären Aufnahme in der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des Zollernalb Klinikums in Balingen am streitgegenständlichen Unfalltag diagnostiziert hat. Dieses Gesundheitsstörungen waren spätestens am 24. April 2013 ausgeheilt, da Prof. Dr. St. nach der ambulanten Untersuchung des Klägers an diesem Tag knöchern konsolidierte Frakturen der Spina scapulae links und der sechsten bis zehnten Rippe links feststellte.

Sonstige Gesundheitsschäden, derentwegen eine Heilbehandlung nach dem 13. Mai 2013 erforderlich gewesen ist, insbesondere die persistierende und Schmerzen verursachende Schädigung der Supraspinatussehne links, welche mit einer Einschränkung der aktiven Beweglichkeit im linken Schultergelenk verbunden gewesen ist, stehen nicht in einem Ursachenzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 11. Dezember 2012. Hierfür stützt sich der Senat auf die überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. H., wonach die objektivierte Funktionsstörung nicht auf die ausgeheilte Fraktur der linken Schulterblattgräte zurückzuführen ist, sondern auf die unfallunabhängigen Veränderungen der Supraspinatussehne. Der Krankheitsverlauf zeigt eine diskontinuierliche Entwicklung, welche am 22. Juni 2013 eine einschneidende Änderung erfuhr. Zu diesem Zeitpunkt war der zweite Wiedereingliederungsversuch in die berufliche Tätigkeit erfolgreich verlaufen. In der Folgezeit bestand demgegenüber wiederum eine andauernde Arbeitsunfähigkeit, welche zum Zeitpunkt der gutachtlichen Untersuchung durch Dr. H. noch anhielt. Die am 31. Juli und 4. September 2013 in den Kliniken Donaueschingen sowie von Dr. Sch. durchgeführten kernspintomographischen Untersuchungen zeigen, dass eine Erkrankung der Supraspinatussehne links klinisch apparent geworden ist. Ursächlich für diese Gesundheitsstörung ist eine häufig auftretende Verschleißerscheinung dieser Sehne, welche im Falle des Klägers mittels der MRT und CT aus dieser Zeit belegt ist. Ein unfallbedingter Schaden ist demgegenüber nicht erkennbar gewesen. Dieser Verschleiß betrifft immer die sehnenansatznahen Abschnitte am Oberarmkopf. Die von Dr. H. selbst durchgeführten wissenschaftlichen Untersuchungen mittels einer Messung des Sauerstoffpartialdruckes haben belegt, dass in dieser Körperregion eine gefäßarme Zone besteht, die wegen ihrer vergleichsweise schlechten Vaskularisierung für Verschleißprozesse besonders anfällig ist, wie er schlüssig dargelegt hat.

Der vom Kläger erlittene direkte Sturz auf die linke Schulter, welcher zu einer stauchungsbedingten Fraktur der Spina scapulae führte, stellt vorliegend kein adäquates Trauma dar (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 429 ff.), wie Dr. H. weiter nachvollziehbar aufgezeigt hat. Durch einen solchen Sturz reißt eine gesunde Supraspinatussehne in der Regel nicht. Es lag zudem keine komplette, unfalltypische Ruptur vor, sondern, wie auf den MRT gesehen wurde, lediglich eine partielle, wie sie für eine verschleißbedingte Schädigung charakteristisch ist. Bei kräftiger Anspannung des Supraspinatusmuskels, welcher bei Abspreiz- und Elevationsbewegungen den Oberarmkopf in die Schultergelenkspfanne zentriert, wird die Ansatzsehne stark beansprucht. Auf Grund dieser kräftigen Beanspruchung kommt es bei einer degenerativen Vorschädigung zu kleinen Einrissen, welche mitunter sehr schmerzhaft sind. Damit hat die Unfallgenese der Schädigung der Supraspinatussehne weder durch den Unfallmechanismus noch durch die morphologischen Veränderungen gestützt werden können. Die aktuell noch vorhandenen Beschwerden im Bereich des linken Schultergelenkes sind auf die Sehnedegeneration zurückzuführen. Bleibende unfallbedingte Schäden im linken Schultergelenk sind nach der Fraktur der Spina scapulae nicht verblieben.

Demgegenüber haben den Senat die Ausführungen des Sachverständigen Dr. A. nicht überzeugt, welcher Funktionseinschränkungen im Bereich des linken Schultergelenkes beziehungsweise -gürtels mit entsprechender Schmerzreaktion auf das streitgegenständliche Unfallereignis zurückgeführt hat. Der Kläger schilderte bei der gutachtlichen Untersuchung durch Dr. H. einen zweigipfligen Schmerzverlauf, auf den Dr. A. nicht hinreichend eingegangen ist. Der zweite Wiedereingliederungsversuch ab Anfang Mai 2013 war bis zum 22. Juni 2013 erfolgreich verlaufen. Der Kläger hatte eine Beschwerdeverbesserung erfahren. An diesem Tag trat ein neues massives und schmerzauslösendes Ereignis ein. Dabei hatten sich akut aufgetretene, massive Schmerzen eingestellt, die eine Arbeitsaufnahme bis zum Tag der gutachtlichen Untersuchung bei Dr. H. im November 2014 unmöglich machte. Dieser Schmerzverlauf widerlegt die Ansicht von Dr. A., seit dem Unfalltag hätten kontinuierlich Schmerzen bestanden, so dass es gar nicht anders möglich sei, als einen eindeutigen Zusammenhang mit der Prellung und der Distorsion der linken Schulter sowie der Schulterblattfraktur in diesem Bereich herauszustellen. Demgegenüber hat Dr. H. überzeugend dargetan, dass wenig dislozierte Schulterblattfrakturen, auch unter Einbeziehung der Schulterblattgräte, kein jahrelang anhaltendes Schmerzsyndrom und Funktionsstörungen nach sich ziehen. Vielmehr klingen die Folgen in der Regel innerhalb weniger Monate ab. Anders als Dr. A. meint, ist die Degeneration der Supraspinatussehne klinisch auch nicht bedeutungslos. Kleine Rissbildungen und Verschleißprozesse können gravierende klinische Folgen wie Schmerzen und Funktionsbehinderungen bis hin zur Schultersteife nach sich ziehen. Soweit der Kläger angeführt hat, dass er nicht auf der linken Schulter liegen kann, ist dies charakteristisch, wie Dr. H. betont hat. Infolge des Mindergebrauches der erkrankten Schulter entwickeln sich mit der Zeit Muskelatrophien, in der Regel zuerst im Bereich des Musculus supraspinatus. Daher ist es nicht weiter verwunderlich, wenn Dr. A. elf Monate nach der Begutachtung von Dr. H. eine Atrophie dieses Muskels sah, und spricht nicht für einen Ursachenzusammenhang mit dem stattgehabten Unfallereignis. Letztendlich überzeugte das Gutachten von Dr. A. durchweg nicht, da er den zweigipfligen Schmerzverlauf nicht berücksichtigt und die Pathologie der Supraspinatussehne unzutreffend als nicht bedeutsam eingeordnet hat. Damit hat der Arbeitsunfall vom 11. Dezember 2012 über den 13. Mai 2013 hinaus nicht zu Gesundheitsstörungen geführt, welche eine Heilbehandlung erfordert haben. Ein Anspruch auf Leistungen der Heilbehandlung bestand von da an nicht mehr.

Nach alledem war die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen, weshalb auch der insoweit gestellte Hilfsantrag abgelehnt wurde.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB
Saved
2017-05-24