L 6 U 4070/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 9 U 5972/14
Datum
28.09.2017
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 4070/17
Datum
22.03.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 28. September 2017 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt wegen der Folgen des Ereignisses vom 12. Mai 2014 weitere Leistungen der Heilbehandlung.

Der 1957 geborene Kläger war seit 1981 als Maschinenbediener bei der P.-Werk O. AG beschäftigt. Die Deutsche Rentenversicherung B. (DRV) gewährte ihm wegen der Erkrankung seiner Wirbelsäule mit Bescheid vom 2. Dezember 2015 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 1. Oktober 2015 in Höhe von monatlich 1.288,35 EUR.

Am 12. Mai 2014 gegen 8:10 Uhr hatte er beim Hochstellen einer Foliensackrolle einen Stich in der rechten Schulter verspürt, was die Arbeitgeberin der Beklagten im Folgemonat anzeigte. Noch am selben Abend gegen 20 Uhr suchte er Priv.-Doz. Dr. M., damaliger Chefarzt der Unfall-, Hand- und Wiederherstellenden Chirurgie des O. Klinikums G., auf, welcher den Verdacht auf eine Bizepssehnenruptur rechts proximal (ICD-10 S46.2) äußerte. In der Werkshalle der Arbeitgeberin habe der Kläger ein schweres Werkstück gehoben. Hierbei habe er einen stechenden Schmerz im Bereich der rechten Schulter verspürt. Er sei zunächst im O. Klinikum A. gewesen, wo weder eine Bildgebung noch eine weiterführende Diagnostik vorgenommen worden seien. Der Kläger habe sich schließlich bei ihm mit weiterhin bestehenden Schmerzen vorgestellt. Bei der klinischen Untersuchung habe sich keine offene Verletzung gezeigt. Die periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität seien intakt gewesen. Eine Schwellung im Bereich der rechten Schulter sei zu erkennen gewesen. Ein sensomotorisches Defizit habe nicht vorgelegen. Der Kläger habe einen Druckschmerz im Sulcus intertubercularis geäußert. Zudem hätten ventral bewegungsabhängige Schmerzen bestanden. Der Schulter- und Nackengriff sei jeweils schmerzhaft eingeschränkt, aber durchführbar gewesen. Im Vergleich zur Gegenseite sei kein Kraftdefizit aufgetreten. Nach der röntgenologischen Untersuchung hätten sich weder ein Hinweis auf eine Fraktur noch eine Luxation gezeigt. Ein Humeruskopfhochstand sei erkannt worden. Der Kläger sei voraussichtlich ab 23. Mai 2014 wieder arbeitsfähig.

Nach der Magnetresonanztomografie der rechten Schulter am 16. Mai 2014 äußerte Prof. Dr. L., Leitender Arzt des Radiologischen Instituts des O. Klinikums G., ebenfalls den Verdacht auf eine Ruptur der langen Bizepssehne rechts. Der Nachweis habe jedoch nicht erbracht werden können. Ein diskretes Ödem um den gelenknahen Anteil sei erkannt worden. Es habe der weitere Verdacht auf eine intratendinöse Partialruptur der Supraspinatussehne bestanden. Eine wesentliche Atrophie des Musculus supraspinatus habe nicht vorgelegen. Ein geringes Impingement und eine aktivierte Arthrose des Akromioklavikulargelenks seien zu sehen gewesen.

Mit Schreiben vom 26. Mai 2014, welches mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen war, teilte die Beklagte dem Kläger mit, die Kosten der medizinischen Behandlung würden nicht mehr übernommen, weil kein Unfallereignis vorliege. Hiergegen erhob der Kläger am 3. Juni 2014 Widerspruch.

Am 4. Juni 2014 wurde in der Unfall-, Hand- und Wiederherstellenden Chirurgie des O. Klinikums G. eine Arthroskopie der rechten Schulter durchgeführt. Nach dem Operationsbericht des damaligen Oberarztes K., Facharzt für Unfallchirurgie, Chirurgie und Handchirurgie, seien eine Tendopathie der langen Bizepssehne, eine intratendinöse Partialruptur der Supraspinatussehne und ein Impingementsyndrom rechts diagnostiziert worden. Nach dem stationären Aufenthalt bis 7. Juni 2014 stellte Dr. W. fachärztlich ein subakromiales Impingement und eine Pulley-Läsion fest. Eine Teilruptur der Supraspinatussehne habe ausgeschlossen werden können.

Im Juli 2014 meldete die AOK B., wo der Kläger gegen Krankheit gesetzlich versichert war, einen Erstattungsanspruch an. Bislang seien die Krankenhausbehandlung vom 4. bis 7. Juni 2014 in Höhe von 3.095,88 EUR erbracht und ab 12. Mai 2014 bis aktuell Krankengeld in Höhe von 65,21 EUR täglich gezahlt worden.

Dr. F., Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Chirurgie, gab in seiner im Auftrag der Beklagten erstellten beratungsärztlichen Stellungnahme von August 2014 wieder, das Zusammenspiel des angeschuldigten Ereignisses und der Befunde der kernspintomografischen Untersuchung lasse keine Unfallfolgen erkennen.

Die von der Deutschen Rentenversicherung B. gewährte Anschlussheilbehandlung erfolgte in der Orthopädie der B.-Klinik in B. vom 4. August bis 1. September 2014, worüber der Oberarzt Dr. K. berichtete, es seien unter anderem der Zustand nach einer subakromialen Dekompression bei einer Ruptur der Rotatorenmanschette rechts nach einem Arbeitsunfall (ICD-10 M75.1) diagnostiziert worden. Bei der Eigenanamnese wurde vermerkt, dass sich der Kläger im Rahmen eines Arbeitsunfalls im Mai 2014 eine Schulterläsion zugezogen habe. Am 12. Mai 2014 sei die Operation der Sehnenruptur im Bereich der rechten Schulter erfolgt.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 27. November 2014 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 22. Dezember 2014 Klage beim Sozialgericht (SG) Freiburg erhoben, welches Prof. Dr. L., Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt hat. Nach seiner ambulanten klinischen und röntgenologischen Untersuchung am 30. April 2015 hat dieser ausgeführt, bei ihm lägen eine Zerrung der Oberarmmuskulatur rechts, ein traumatisch aktiviertes, anlagebedingtes Outletimpingement in Form eines Einklemmungssyndroms im Bereich der rechten Schulter sowie degenerative Veränderungen der Supraspinatussehne und der langen Bizepssehne rechts vor. Auf das Ereignis vom 12. Mai 2014 sei lediglich die Zerrung der Oberarmmuskulatur rechts zurückzuführen. Der beschriebene Unfallmechanismus - etwa 40 cm über dem Boden sei es zu einem plötzlichen Wegrutschen einer etwa 20 kg schweren Rolle gekommen, wobei der Kläger mit großer Kraft des rechten Armes habe nachfassen müssen, um einen Fall des Werkstückes auf den Boden zu verhindern - habe eine Belastung der Oberarmmuskulatur bewirkt, vorrangig des Musculus coracobrachialis und nachrangig des langen Bizeps, welcher überwiegend eine Drehung des Unterarmes zur Hohlhand bedinge. Entsprechend sei es zu einer Zerrung der Oberarmmuskulatur gekommen. Der Schmerz sei nur deshalb aufgetreten, weil beide Muskeln ihren Ursprung im Bereich der Schulter hätten. Der Unfallmechanismus habe keine Sehnen der Rotatorenmanschette, insbesondere nicht die Supraspinatussehne, belastet. Die zeitnahe kernspintomografische Untersuchung des rechten Schultergelenkes habe jeweils keinen Hinweis für eine frische knöcherne Verletzung oder einen Weichteilschaden erbracht. Beschrieben seien alterskorrelierende, degenerative Veränderungen der Supraspinatus- und Bizepssehne, einschließlich deren Aufhängung. Die Enge des subakromialen Gleitraumes sei anlagebedingt und könne degenerative Sehnenveränderungen begünstigen. Die Arbeitsunfähigkeit bei einer Oberarmzerrung bestehe anhand allgemeiner Erfahrungswerte für maximal drei Wochen. In diesem Zeitraum bewege sich auch deren Behandlungsbedürftigkeit.

Unter Übersendung des Gutachtens von Prof. Dr. L. ist Dr. W., mittlerweile Oberarzt der Unfall-, Hand- und Wiederherstellenden Chirurgie des O. Klinikums G., im Oktober 2015 als sachverständiger Zeuge gehört worden, woraufhin er kundgetan hat, die Expertise sei fachlich und in ihren Schlussfolgerungen korrekt. Eigene Befunde und Einschätzungen wichen hiervon nicht ab.

Der Kläger hat das Attest von Dr. C., Facharzt für Orthopädie, vom selben Monat vorgelegt, wonach beim Kläger im Bereich der rechten Schulter der Zustand nach einer arthroskopischen subakromialen Dekompression und einer Tenodese der Bizepssehne bestehe. Außerdem liege eine beginnende Omarthrose rechts vor. Der Kläger habe angegeben, während seiner beruflichen Tätigkeit sei eine etwa 2 m hohe und 50 cm breite Folienrolle gekippt. Er habe versucht, diese abzufangen. Dabei sei ein Rissgefühl in der rechten Schulter entstanden. Dieser Vorgang sei nicht als arbeitsüblich zu betrachten. Daher sei von einem "Berufsunfall" auszugehen. Außerdem habe die Untersuchung der linken Schulter sowohl klinisch als auch radiologisch einen vollkommen unauffälligen Befund gezeigt.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist Herr K., der sich mittlerweile als Facharzt für Unfallchirurgie, Chirurgie und Handchirurgie niedergelassen hat, mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt worden. Nach seiner ambulanten Untersuchung, bei der eine Dolmetscherin für die türkische Sprache anwesend gewesen war, hat er ausgeführt, trotz des kernspintomografischen und arthroskopischen Verdachtes auf eine intratendinöse Ruptur der Supraspinatussehne habe sich diese offen chirurgisch nicht bestätigt. Als Diagnosen seien demgegenüber eine Zerrung der Oberarmmuskulatur rechts sowie degenerative, synovitische Veränderungen der langen Bizeps- und der Supraspinatussehne rechts zu stellen gewesen. Auf das Ereignis vom 12. Mai 2014 sei lediglich die Zerrung der Oberarmmuskulatur rechts zurückzuführen. Die nach dem arthroskopischen Operationsbericht faserige Teilruptur der proximalen langen Bizepssehne mit deutlicher Synovitis sei hingegen nicht als Unfallfolge zu werten, sondern infolge eines chronischen Impingementsyndroms entstanden. Die Veränderungen der Supraspinatussehne seien ebenfalls unfallunabhängig. Mittels der vier Tage nach dem Unfallereignis zeitnah durchgeführten kernspintomografischen Untersuchung sei nicht nur eine Ruptur der langen Bizepssehne ausgeschlossen worden. Es hätten sich zudem kein Nachweis für eine frische Fraktur und kein wesentlicher Erguss im Bereich des Schultergelenkes gefunden. Ein Unfallereignis, welches derart stark sei, dass es zu einer Zerreißung von Sehnen oder Muskeln führe, ginge zwangsläufig aufgrund des eingetretenen Gewebeschadens mit einer Einblutung einher. Ein intraartikuläres oder subakromiales Hämatom sei nicht beschrieben worden. Trotz Signalgebung im Bereich der Supraspinatus- und der langen Bizepssehne sei die Kontinuität bei dieser Untersuchung durchgängig nachweisbar gewesen. Selbst während der offenen Operation Anfang Juni 2014 sei eine Ruptur der Supraspinatussehne nicht zu erkennen gewesen. Eine traumatische Sehnenruptur sei damit erst recht ausgeschlossen. Bei einer Zerrung der Oberarmmuskulatur sei nach ärztlicher Erfahrung mit einer Behandlungsbedürftigkeit von maximal drei Wochen zu rechnen.

Das SG Freiburg hat von der DRV die über den Kläger geführte Verwaltungsakte beigezogen, insbesondere das sozialmedizinische Gutachten von Dr. W., Medizinischer Dienst der K. B., in dem ausgeführt wird, nach seiner Begutachtung im Februar 2015. Im Juli 2014 sei eine Spinalkanalstenose operiert worden. Aktuell habe eine deutliche Belastungs- und Bewegungsminderung im Bereich der Wirbelsäule mit radikulärer Schmerzsymptomatik und Ausstrahlung insbesondere in das rechte Bein bestanden. Es sei ihm eine operative Revision empfohlen worden.

Hiermit konfrontiert hat der Sachverständige K. im August 2016 ergänzend ausgeführt, es müsse deutlich zwischen der Läsion des Schultergelenkes und der schweren Wirbelsäulenerkrankung unterschieden werden, was insbesondere hinsichtlich der gewährten Rente

wegen voller Erwerbsminderung von entscheidender Bedeutung sei. Wie auch im Vorgutachten habe er eine weitgehende Wiederherstellung der Schulterfunktion dokumentiert. Nach der kernspintomografischen Untersuchung vom 16. Mai 2014 sei zwar der Verdacht auf eine intratendinöse Partialruptur der Supraspinatussehne geäußert worden. Dieser habe sich offen chirurgisch hingegen nicht bestätigt. Mit der Operation seien dann die Folgen der im Wesentlichen auf degenerative Veränderungen des Schultergelenkes zurückzuführenden Gesundheitsstörungen beseitigt worden. Das Unfallereignis habe somit zu keiner strukturellen Gewebsschädigung geführt.

Nach vorheriger Anhörung der Beteiligten hat das SG Freiburg die Klage mit Gerichtsbescheid vom 28. September 2017 abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung. Über den Zeitpunkt des Erlasses des Bescheides vom 26. Mai 2014 hinaus sei er unfallbedingt nicht mehr behandlungsbedürftig gewesen. Die seither ärztlich versorgten Gesundheitsstörungen seien rechtlich wesentlich auf unfallfremde Ursachen, insbesondere das anlagebedingte Impingementsyndrom der rechten Schulter und verschleißbedingte Veränderungen unter anderem der langen Bizepssehne, zurückzuführen, was die Sachverständigen Prof. Dr. L. und K. sowie der sachverständige Zeuge Dr. W. bestätigt hätten. Der Anregung, den Sachverständigen K. zu einem Termin zur mündlichen Verhandlung zu laden, sei nicht zu folgen gewesen. Voraussetzung hierfür sei, dass die Punkte, welche er erläutern solle, objektiv sachdienlich seien, was vorliegend nicht der Fall sei. Eine für die Entscheidung des Rechtsstreites relevante weitere Aufklärung durch die mündliche Erläuterung seines Gutachtens sei nicht zu erwarten.

Hiergegen hat der Kläger am 24. Oktober 2017 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt und zur Begründung vorgetragen, die ohne seine Zustimmung erfolgte Entscheidung durch Gerichtsbescheid ohne mündliche Verhandlung sei nicht zulässig gewesen. Bereits deshalb sei die angefochtene Entscheidung aufzuheben und an die erste Instanz zurückzuverweisen. Weiter sei sein Recht auf rechtliches Gehör verletzt worden. Sein Antrag, den Sachverständigen K. zu einem Termin zur mündlichen Verhandlung zur Erläuterung seines Gutachtens zu laden, sei übergangen worden. Nach den medizinischen Unterlagen, insbesondere nach dem Entlassungsbericht von Dr. K., liege ein Widerspruch zu seiner Expertise vor. Denn die Ruptur im Bereich der rechten Schulter werde dort auf den Arbeitsunfall zurückgeführt. Die Ausführungen des Sachverständigen K. seien zudem unvollständig, weil darin zum exakten Zeitpunkt des Risses der Bizepssehne keine Angaben gemacht worden seien. Er sei vor dem Unfallereignis im Bereich der rechten Schulter schmerzfrei gewesen. Die Ruptur sei daher nur zum Zeitpunkt des Unfallereignisses eingetreten.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 28. September 2017 und den Bescheid vom 26. Mai 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. November 2014 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, ihm wegen der Folgen des Ereignisses vom 12. Mai 2014 weiterhin Leistungen der Heilbehandlung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, sein Begehren sei nicht begründet.

Der Kläger hat am 2. März 2018 seine Zustimmung zu einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren für den Fall erklärt, das seinem - schließlich abgelehnten - Verlegungsantrag mit Schriftsatz vom 26. Februar 2018 nicht stattgegeben wird. Die Beklagte hat ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung am 15. März 2018 erteilt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Über die Berufung des Klägers kann der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden (§ 124 Abs. 2 SGG). Dieses muss klar, eindeutig und vorbehaltlos erklärt werden (vgl. BSG, Urteil vom 22. September 1977 - 10 RV 7. -, BSGE 44, 292 (293) und Beschluss vom 3. Juni 2009 - B 5 R 3. B -, juris, Rz. 10). Mit der Zustimmung zu einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren hat der rechtskundig vertretene Kläger hinreichend deutlich gemacht, dass er auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung als "Kernstück" des gerichtlichen Verfahrens verzichtet. Das Einverständnis durfte unter der innerprozessualen Bedingung, dass dem Verlegungsantrag nicht stattgegeben wird, erteilt werden (vgl. Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 12. Aufl. 2017, § 124 Rz. 3c m. w. N.). Die Berufung ist form- und fristgerecht (§ 151 Abs. 1 i. V. m. § 105 Abs. 1 Satz 3, Abs. 3 SGG) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft (§ 105 Abs. 2 S. 1 SGG, § 143 Abs. 1 SGG), da sie laufende Leistungen für mehr als ein Jahr betrifft (§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG), aber unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist der Gerichtsbescheid des SG Freiburg vom 28. September 2017, mit dem die sinngemäß als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG; vgl. BSG, Urteil vom 29. November 2011 - B 2 U 2. R -, SozR 4-2700 § 39 Nr. 1, Rz. 16) erhobene Klage, mit welcher der Kläger unter Aufhebung des Bescheides vom 26. Mai 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. November 2014 wegen der Folgen des Ereignisses vom 12. Mai 2014 die Verpflichtung der Beklagten zur weiteren Bewilligung von Leistungen der Heilbehandlung verfolgt hat, abgewiesen wurde. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bezogen auf die vorliegende Klageart an sich der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. Keller, a. a. O., § 54 Rz. 34), ohne eine solche derjenige der Entscheidung.

Das mittels einer Rechtsbehelfsbelehrung versehene Schreiben vom 26. Mai 2014, mit dem ihm die Beklagte mitteilte, dass die Kosten der medizinischen Behandlung nicht mehr übernommen werden, ist eine behördliche Verfügung zur Regelung eines Einzelfalls auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts, welche auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet war, also ein Verwaltungsakt im Sinne des § 31 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Diese im Inland mittels einfachem Brief durch einen Postdienstleister übermittelte schriftliche Verwaltungsentscheidung, in Bezug darauf die Beklagte nicht dokumentiert hat, wann sie zur Post gegeben worden war, weshalb der

Anwendungsbereich der Bekanntgabefiktion des § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB X nicht eröffnet ist (vgl. BSG, Urteil vom 28. November 2006 - B 2 U 3. R -, BSGE 97, 297 (282)), ist dem Kläger, der eine frühere Bekanntgabe nicht dargelegt hat, spätestens am 3. Juni 2014 zugegangen. Denn an diesem Tag hat er unter Bezugnahme auf das Dokument Widerspruch erhoben. Der Verwaltungsakt entfaltet mit Beginn des Folgetages seine Wirkung (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 24. Februar 1987 - 11b RAr 5. -, BSGE 61, 189 (190); Schütze, in: von Wulffen/Schütze, Kommentar zum SGB X, 8. Aufl. 2014, § 48 Rz. 18 m. w. N.; a. A. Steinwedel, in: Kasseler Kommentar zum SGB X, Stand: März 2017, § 48 Rz. 34, wonach auf den Zeitpunkt ab Bekanntgabe abzustellen ist). Gemessen am Maßstab des Empfängerhorizontes verständiger Beteiligter, die die Zusammenhänge berücksichtigen, welche die Behörde nach ihrem wirklichen Willen (§ 133 Bürgerliches Gesetzbuch - BGB) erkennbar in ihre Entscheidung einbezogen hat (vgl. BSG, Urteil vom 29. Januar 2008 - B 5. R 2. R -, BSGE 100, 1, (2) m. w. N.; Urteil des Senats vom 30. Juli 2015 - L 6 U 3. -, juris, Rz. 53), ist mangels eines anderen, darin benannten Regelungszeitpunktes derjenige der Wirksamkeit maßgebend.

Die Voraussetzungen für eine von Amts wegen zu prüfende (vgl. Keller, a. a. O., § 159 Rz. 5) Zurückverweisung der Sache an das SG Freiburg gemäß § 159 Abs. 1 Nr. 2 SGG liegen nicht vor. Danach kann das LSG durch Urteil die angefochtene Entscheidung aufheben und die Sache an das SG zurückverweisen, wenn das Verfahren an einem wesentlichen Mangel leidet und aufgrund dieses Mangels eine umfangreiche und aufwändige Beweisaufnahme notwendig ist. Zu einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid sind die Beteiligten nach § 105 Abs. 1 Satz 2 SGG nur zu hören, ihrer Zustimmung bedarf es, anders als vom Kläger angenommen, nicht, weshalb insoweit bereits kein Verfahrensmangel vorliegt.

Die Berufung ist mangels Begründetheit der Klage unbegründet. Denn der Kläger hat wegen des streitgegenständlichen Ereignisses vom 12. Mai 2014 über den 3. Juni 2014 hinaus keinen Anspruch auf Leistungen der Heilbehandlung. Die angefochtene Verwaltungsentscheidung ist daher 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 der 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 entfiele ("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. 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 unfallversicherungs-rechtliche 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 1. 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. 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 Beweiswürdigung 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 2. R -, juris, Rz. 16 und vom 31. Januar 2012 - B 2 U 2. 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 3. R -, juris, Rz. 18). Darüber hinaus muss eine Heilbehandlung erforderlich sein.

Nach diesen Voraussetzungen und Maßstäben ist wegen der Folgen des Ereignisses vom 12. Mai 2014 über den 3. Juni 2014 hinaus keine Heilbehandlung mehr erforderlich gewesen, insbesondere nicht mehr der stationäre Aufenthalt des Klägers in der Unfall-, Hand- und Wiederherstellenden Chirurgie des Ortenau Klinikums Offenburg-Gengenbach vom 4. bis 7. Juni 2014.

Er hat zwar eine nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII versicherte Tätigkeit als Beschäftigter ausgeübt, als am 12. Mai 2014 gegen 8:10 Uhr im Rahmen seiner beruflichen Verrichtung als Maschinenbediener etwa 2 m hohe, 50 cm breite und 20 kg schwere, aufgerollte Foliensäcke in einer Höhe von 40 cm über dem Boden plötzlich wegrutschten, er mit dem rechten Arm nachfasste, um das Herabfallen zu verhindern, und hierbei einen stechenden Schmerz im Bereich der rechten Schulter verspürte. 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 Arbeitgeberin von Juni 2014 sowie der Angaben des Klägers gegenüber dem Sachverständigen Prof. Dr. L. bei dessen gutachtlicher Untersuchung im April 2015 und ausweislich seines Attestes von Oktober 2015 auch gegenüber Dr. C. fest.

Dieses Ereignis hat indes nur zu einer Zerrung der Oberarmmuskulatur rechts mit einer Schwellung (ICD-10-GM-2018 S43.-) geführt, wie der Sachverständige Prof. Dr. L. überzeugend herausgearbeitet hat. Der Unfallmechanismus bewirkte eine Belastung der Oberarmmuskulatur, vorrangig des Musculus coracobrachialis und nachrangig des langen Bizeps, welcher überwiegend eine Drehung des Unterarmes zur Hohlhand bedingt. Entsprechend kam es zu der Zerrung der Muskulatur im Bereich des Oberarmes. Der Schmerz trat nur deshalb auf, weil beide Muskeln ihren Ursprung im Bereich der Schulter haben. Diese Gesundheitsstörungen waren im Falle des Klägers jedenfalls mit Ablauf des 3. Juni 2014 ausgeheilt, eine Heilbehandlung war deswegen in der Folgezeit nicht mehr erforderlich. Der stationäre Aufenthalt in der Unfall-, Hand- und Wiederherstellenden Chirurgie des O. Klinikums G. ab dem Folgetag mit arthroskopischer Versorgung der rechten Schulter erfolgte demgegenüber wegen der Beschwerden aufgrund eines subakromialen Impingements und einer Pulley-Läsion, also einer Schädigung der langen Bizepssehne, wie der sachverständige Zeuge Dr. W. schlüssig erhob. Damit in Einklang stehen die von den Sachverständigen übereinstimmend angeführten Erfahrungswerte, wonach eine Zerrung der Oberarmmuskulatur maximal drei Wochen behandlungsbedürftig ist, vorliegend also in entsprechender Anwendung von § 187 Abs. 1, § 188 Abs. 2 BGB bis längstens 2. Juni 2014.

Die neben dieser unfallbedingten Gesundheitsstörung ab 4. Juni 2017 objektivierten Gesundheitsschäden stehen indes nicht in einem Ursachenzusammenhang mit dem Ereignis vom 12. Mai 2014. Hierfür stützt sich der Senat auf die nachvollziehbaren Ausführungen von Prof. Dr. L., denen sich der weitere Sachverständige K. angeschlossen hat. Diesem Ergebnis hat auch Dr. W., dem das Gutachten von Prof. Dr. L. vom SG F. übersandt worden war und der im Übrigen bereits nach dem stationären Aufenthalt des Klägers Anfang Juni 2014 eine Ruptur der Supraspinatussehne ausschloss, in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenauskunft beigepflichtet. Der Unfallhergang belastete keine Sehnen der Rotatorenmanschette, insbesondere nicht die Supraspinatussehne. Die vier Tage danach und somit zeitnahe kernspintomografische Untersuchung des rechten Schultergelenkes durch Prof. Dr. L. erbrachte jeweils keinen Hinweis für eine frische knöcherne Verletzung oder einen Weichteilschaden. Ein wesentlicher Erguss im Bereich des Schultergelenkes lag nicht vor. Eine Ruptur der langen Bizepssehne wurde ebenfalls ausgeschlossen. Trotz Signalgebung im Bereich der Supraspinatus- und der langen Bizepssehne war die Kontinuität bei dieser Untersuchung durchgängig nachweisbar. Selbst während der offenen Operation Anfang Juni 2014 war insbesondere keine Ruptur der Supraspinatussehne zu erkennen. Eine traumatische Sehnenruptur ist damit erst recht ausgeschlossen. Beschrieben sind von Prof. Dr. L. demgegenüber alterskorrelierende, degenerative Veränderungen der Supraspinatus- und Bizepssehne, einschließlich deren Aufhängung. Die Enge des subakromialen Gleitraumes ist anlagebedingt und kann degenerative Sehnenveränderungen begünstigen. Die nach dem arthroskopischen Operationsbericht faserige Teilruptur der proximalen langen Bizepssehne mit deutlicher Synovitis entstand infolge des chronischen Impingementsyndroms. Ein Unfallereignis, welches derart stark ist, dass es zu einer Zerreißung von Sehnen oder Muskeln führt, ginge zwangsläufig aufgrund des eingetretenen Gewebeschadens mit einer Einblutung einher. Ein intraartikuläres oder subakromiales Hämatom wurde indes nicht beschrieben. Der von Dr. C. klinisch und radiologisch erhobene unauffällige Befund hinsichtlich der vom Unfallereignis nicht betroffenen linken Schulter vermag nicht einmal die Möglichkeit des Ursachenzusammenhanges zu stützen. Der Umstand, dass vor dem Unfallereignis Schmerzfreiheit bestand, also der zeitliche Zusammenhang gegen scheint, ist gleichsam unergiebig (vgl. Bayerisches LSG, Urteil vom 18. März 2015 - L 2 U 3. -, juris, Rz. 32). Die (Wirk-)Ursächlichkeit zu verneinen steht nicht in einem Widerspruch dazu, dass dem Kläger von der Deutschen Rentenversicherung B. eine

Rente wegen voller Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 2 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VI) gewährt worden ist. Denn diese Einschränkung ist anders als im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII: "infolge eines Versicherungsfalls") auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig ihrer jeweiligen Ursache, also final, bezogen.

Der Hilfsbeweisantrag, den Sachverständigen K., der ein Gutachten nach § 109 Abs. 1 Satz 1 SGG erstattet hat, in einer mündlichen Verhandlung zur Erläuterung seines Gutachtens ergänzend zu hören (§ 118 Abs. 1 SGG i.V.m. § 411 Abs. 3 Zivilprozessordnung (ZPO)), hat sich durch das insoweit vorbehaltlos erklärte Einverständnis zu einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erledigt (vgl. BSG, Beschlüsse vom 1. September 1999 - B 9 V 42/99 B -, SozR 3-1500 § 124 Nr. 3, S. 4 f. und vom 21. Oktober 1999 - B 11 AL 1. B -, juris, Rz. 10). Er wäre ohnehin abzulehnen gewesen. Eine Pflicht des Gerichts, den Sachverständigen zur mündlichen Verhandlung zu laden, besteht nur dann, wenn der Sachverhalt noch nicht zweifelsfrei geklärt ist und die bestehenden Zweifel durch schriftliche Nachfragen nur unzulänglich geklärt werden können (BSG, Beschluss vom 27. April 2006 - B 7a AL 2. B -, juris, Rz. 12; LSG B., Urteil vom 14. Dezember 2017 - L 10 U 1. -, juris, Rz. 50). Der Entlassungsbericht von Dr. K. vom 2. September 2014, dem der Kläger in Bezug auf das von dem Sachverständigen K. gewonnene Ergebnis Gegenteiliges entnimmt, hat ihm als Gegenstand der ihm übersandten Akten bei Abfassung seiner Expertise vorgelegen, wurde von ihm also bereits ausgewertet. Zudem ist in ihm der Ursachenzusammenhang zwischen einer Schulterläsion und einem Unfallereignis im Mai 2014 innerhalb der Eigenanamnese angeführt, also lediglich als Antwort des Klägers auf die Befragung des ihn untersuchenden Arztes, was keinen objektiven medizinischen Aussagehalt hat. Soweit er Bedenken gegen die Verwertbarkeit des Gutachtens geäußert hat, reicht es für eine erneute Anhörung ohnehin nicht aus, wenn der ausgewählte Arzt nicht hinreichend kompetent war (vgl. Keller, a. a. O., § 109 Rz. 10b).

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.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2018-08-22