

**L 1 U 2029/17**

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Stuttgart (BWB)  
Aktenzeichen  
S 26 U 3741/15  
Datum  
13.04.2017  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 1 U 2029/17  
Datum  
21.01.2019  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 13.04.2017 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Anerkennung seiner Schulterbeschwerden an der linken Schulter als Folge eines Arbeitsunfalls.

Der 1947 geborene Kläger betreibt nebenerwerbswirtschaftlich eine Landwirtschaft in A ... Am 12.12.2012 stapelte er auf einen Meter geschnittene Holzscheite auf eine Höhe von etwa 1,90 m bis 2 m auf. Der Durchgangsarzt Dr. R. führte in dem am Unfalltag erstellten Durchgangsarztbericht aus, dem Kläger sei bei der Arbeit ein Holzscheid heruntergerutscht, den er habe auffangen wollen. Dabei sei ihm ein plötzlicher Schmerz in die linke Schulter gefahren. In seiner Unfallanzeige vom 20.12.2012 schilderte der Kläger, er sei ausgerutscht und der Holzscheid habe durch die zwangsläufig ruckartige Bewegung seinen linken Arm nach hinten gerissen. Er habe dadurch starke Schmerzen in der linken Schulter gehabt und habe seinen Arm nicht mehr nach oben bewegen gekonnt. Im Fragebogen der Beklagten zu Schulterverletzungen sprach er von einer ruckartigen Reflexbewegung. Nach dem Unfall stellte der Kläger die Arbeit ein und begab sich zum Durchgangsarzt Dr. R. in W ... Dieser fertigte eine Röntgenaufnahme der linken Schulter an, aus der sich eine Schultergelenksarthrose und ein Humerus(Oberarm)kopf-Hochstand ergäbe. Als Erstdiagnose stellte er eine AC-Gelenksarthrose links und eine Schulterzerrung links.

Am 17.01.2013 erfolgte eine Kernspintomographie der linken Schulter durch den Radiologen Dr. K ... Dieser stellte subtotale Rupturen der Infra- und Supraspinatussehne fest. Es sei eine degenerative Tendinopathie (Erkrankungen der Sehnen aufgrund von Über-, Fehlbelastung oder Verschleiß) der Subscapularissehne mit 5 mm breiter, transtendinöser Ruptur im mittleren Sehnedrittel zu erkennen. Es zeige sich eine deutlich degenerative Tendinopathie auch der langen Bizepssehne. Eine Labrumläsion sei nicht nachweisbar. Es zeige sich weiter eine ausgeprägte AC-Arthrose und eine mäßig ausgeprägte Schultergelenksarthrose. Weiter zeige sich eine deutliche Ergussbildung im Schultergelenk sowie in der Bursa subacromialis/subdeltaoidea.

Am 22.01.2013 stellte sich der Kläger im M.-Hospital S. vor. In der Anamnese des Zwischenberichts vom 23.01.2013 führte Prof. Dr. L. aus, die Kernspintomographie zeige eine "frische Ruptur" der Supraspinatussehne. Aufgrund des kernspintomographischen und des klinischen Befundes sowie der ausgeprägten Beschwerden des Patienten empfahl er eine Arthroskopie und eventuelle Rekonstruktion der Rotatorenmanschette.

Am 05.02.2013 wurde der Kläger im M.-Hospital operiert. Der OP-Bericht enthält die postoperativen Diagnosen einer Supraspinatussehnen-Ruptur Typ IV nach Snyder (Kompletttraktur Typ C), Retraktion nach Platte Grad 2 sowie einer ausgeprägten Synovialits (Entzündung der Gelenkhaut). Der in diesem Zusammenhang von Dr. Wagner erstellte histologische Laborbericht beschreibt ein ausgefranstes, kollagenes, sehnenartiges Bindegewebe mit Rissbildungen und Nekrosen, das vereinbar sei mit einer Sehnenruptur bei degenerativer Tendopathie.

Die Beklagte holte eine beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. Sp. ein. In seiner Stellungnahme vom 21.03.2013 führte dieser aus, das geschilderte Unfallgeschehen sei ungeeignet für eine Teilläsion der genannten Sehnen.

Das eingeholte Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse des Klägers dokumentierte keine Vorerkrankungen im Bereich der linken Schulter.

Am 12.03.2014 erstellte Prof. Dr. W. im Rahmen eines vom Kläger geführten Zivilprozesses ein unfallchirurgisches Sachverständigengutachten. Prof. Dr. W. führte in diesem Gutachten zum Unfallgeschehen u.a. aus, der Kläger habe angegeben, dass ihm beim Hochschieben eines Holzstapels über Kopfhöhe dieser verrutscht und auf den linken Unterarm gefallen sei, wodurch es zu einer schmerzhaften Verletzung gekommen sei. Er habe dabei instinktiv eine Drehbewegung gemacht und sei mit dem Rücken gegen den Holzstapel gestoßen. Irgendeine Art von Eigenbewegung, mit der er versucht haben könnte den Holzstapel zu fangen, habe nicht stattgefunden. Prof. Dr. W. führte aus, der Kläger habe sich bei dem Unfall eine Rissverletzung im Sinne einer traumatischen Zusammenhangstrennung der Supra- und Infraspinatussehne am linken Schultergelenk zugezogen. Die Kernspintomographie habe keine dem Alter vorausseilenden degenerativen Veränderungen im Bereich der genannten Sehnen nachgewiesen. Vielmehr seien typische frische Verletzungszeichen zu erkennen. Der Geschehensablauf sei infolge abrupter Längenveränderungen der Sehnenstrukturen geeignet, die genannten Verletzungen hervorzurufen. Degenerative Vorschäden würden keine Rolle spielen.

Mit Bescheid vom 09.12.2014 erkannte die Beklagte den Unfall vom 12.12.2012 als Arbeitsunfall an, bei dem es zu einer Zerrung der linken Schulter gekommen sei. Eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit habe in der Zeit vom 12.12.2012 bis zum 17.01.2013 bestanden. Für die seit dem 18.01.2013 ärztlich behandelten Beschwerden im Bereich der linken Schulter werde eine Entschädigung nicht gewährt, weil diese nicht Folgen des Arbeitsunfalles vom 12.12.2012 seien. Zur Begründung verwies sie auf die am 17.01.2013 durchgeführte Kernspintomographie, die neben Teilrissen der Sehnen des Obergräten-, des Untergräten- und des Unterschulterblattmuskels ausgeprägte degenerative Veränderungen im Bereich der linken Schulter zeige. Es handele sich um degenerative Sehnenbeschwerden (Tendinopathie) des unteren Schulterblattmuskels und deutlich degenerative Sehnenbeschwerden der langen Bizepssehne, einen Gelenkverschleiß im linken Schultergelenk und eine ausgeprägte Schulterreckgelenksarthrose der linken Schulter. Nach Beurteilung des Beratungsarztes handele es sich bei den Verletzungsfolgen um eine Zerrung der linken Schulter bei Vorschaden.

Im hiergegen durchgeführten Widerspruchsverfahren führte Dr. T. in einer beratungsärztlichen Stellungnahme vom 29.04.2015 aus, die relativ spekulativen Überlegungen zum Unfallhergang im Gutachten von Prof. Dr. W. könnten nicht zur Grundlage der Beurteilung gemacht werden. Auch der medizinische Erstbefund sei eher unspezifisch gewesen und bei jeder entzündlichen Reaktion zu erwarten. Eine typische Symptomatik für eine frische Ruptur der Rotatorenmanschette sei nicht gefunden worden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.06.2015 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück und stützte sich hierbei im Wesentlichen auf die Ausführungen des Dr. T. ...

Hiergegen hat der Kläger am 09.07.2015 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben und zur Begründung vorgetragen, ausweislich des von der Beklagten eingeholten Vorerkrankungsverzeichnisses sei der Kläger vor dem Unfall nicht wegen der linken Schulter in ärztlicher Behandlung gewesen. Der Zwischenbericht des M.-Hospitals belege eine frische Ruptur der Supraspinatussehne und Prof. Dr. W. habe im zivilgerichtlichen Verfahren festgestellt, dass degenerative Vorschädigungen im Bereich der Rotatorenmanschette im Hinblick auf die Zusammenhangstrennung der Supra- und Infraspinatussehne keine Rolle gespielt hätten.

Das SG hat zur weiteren Klärung des Sachverhaltes den Orthopäden und Unfallchirurg Dr. D. mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Gegenüber dem Gutachter Dr. D. schilderte der Kläger den Unfallhergang dahingehend, ihm sei ein Holzstück aus den Händen gerutscht, das er mit beiden Händen auf den Holzstapel habe hochlegen wollen. Das Holzstück sei auf die Beugeseite des linken Oberarms gefallen, der in etwa 90° angewinkelt gewesen sei. Auf Nachfrage von Dr. D. antwortete der Kläger, dass er das Holzstück nicht habe auffangen wollen. Es sei vielmehr auf seinen linken Oberarm und zwar in die Mitte des beugeseitigen Oberarmschaftes gefallen. Dies wisse er so genau, weil er sich an dieser Stelle ein kleiner blauer Fleck über der Mitte des Bizepssehnenmuskels gebildet habe. Er habe ein Krachen in der linken Schulter gehört. In seinem Gutachten vom 07.03.2016 führte Dr. D. aus, die von ihm im Rahmen der Begutachtung erstellten Röntgenaufnahmen zeigten eine beginnende Schultergelenks-Arthrose beidseits sowie ein Zustand nach Refixation der Supraspinatussehne in beiden Schultergelenken. Durch den Unfall sei es zu einer Prellung des linken Oberarms gekommen, die aufgrund gesicherter unfallchirurgischer Erfahrung nach längstens 5 bis 6 Wochen ausgeheilt sei. Die beim Kläger bestehenden Einschränkungen im Schultergelenk seien nicht wahrscheinlich durch den Arbeitsunfall verursacht oder verschlimmert worden. Die wesentliche Teilursächlichkeit für die Supraspinatussehnen-Zerreißen liege in unfallunabhängigen Verschleißerscheinungen der Supraspinatussehne. Die Abweichung gegenüber Prof. W. beruhe auf einer unterschiedlichen Wertung des Unfallgeschehens und auf Wertung der degenerativen Verschleißerscheinungen.

Auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) hat das SG sodann der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. S. mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. In seinem Gutachten vom 20.09.2016 führte Dr. S. u.a. aus, er gehe von einer unfallbedingten, mittelgradigen, schmerzhaften Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenkes nach arthroskopisch versorgter Supraspinatussehnenläsion infolge des Unfallereignisses vom 12.12.2012 aus. Das Unfallereignis sei geeignet gewesen, auch eine gesunde Schulter ohne stumme Schadensanlage im Sinne einer AC-Gelenkarthrose zu schädigen. Die Krankheitsanamnese mit initialen Schmerzen nach dem Unfallereignis und zusätzlicher Bewegungseinschränkung des linken Armes mit zeitnaher ärztlicher Vorstellung und weiterführender Abklärung bei persistierenden Schmerzen spreche für eine unfallbedingte Verletzung der Supraspinatussehne. Aus seiner Sicht wäre es ohne das angeschuldigte Unfallereignis nicht zu der zeitnah zum Unfall nachgewiesenen Supraspinatussehnenruptur und initialen Beschwerdesymptomatik gekommen. Dahingehend sei das Unfallereignis als wesentliche Ursache für die eingetretene Verletzung einzuschätzen. Die Abweichung gegenüber Dr. D. beruhe auf einer unterschiedlichen Wertung des Unfallgeschehens und auf Wertung der degenerativen Verschleißerscheinungen.

Zu diesem Gutachten hat für die Beklagte der Orthopäde Dr. T. am 12.11.2016 eine beratungsärztliche Stellungnahme abgegeben und hierin ausgeführt, die biomechanischen Voraussetzungen zum Eintritt der Läsion seien weiterhin zweifelhaft. Die Zweifel des Dr. S. bei der Auswertung des Röntgenbildmaterials (Hochstand des Oberarmkopfes) seien nicht nachvollziehbar. Auch aus der vorherigen Beschwerdefreiheit des Klägers lasse sich kein Kausalzusammenhang begründen.

Mit Urteil vom 13.04.2017 hat das SG die Klage abgewiesen und sich hierbei insbesondere auf das Ergebnis des Gutachtens des Dr. D. gestützt. Es erschließe sich indes nicht, wie Prof. Dr. W. in seinem für den Zivilprozess gegen die private Unfallversicherung erstellten Gutachten und Dr. S. auch angesichts der sich teilweise widersprechenden Angaben des Klägers von einem für die Schädigung der Rotatorenmanschette geeigneten Unfallmechanismus ausgehen könnten. Bei keinem der vom Kläger geschilderten Unfallgeschehen sei

eine Längsdehnung der Supraspinatussehne für die Kammer nachvollziehbar dargetan. Dr. D. habe überzeugend und nachvollziehbar ausgeführt, dass bei dem vom Kläger geschilderten Schlag bzw. Anprall auf den nach vorn hochgehobenen Oberarm eine Schädigung der Rotatorenmanschette nicht plausibel sei, da die Schulter nicht fixiert gewesen sei und der Oberarm in Richtung Neutral-0-Stellung nachgebe. Gegen einen wesentlichen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Rotatorenmanschettenschaden links spreche auch die am 17.01.2013 angefertigte Kernspintomographie. Denn diese zeige typische degenerative Veränderungen. Dagegen fehle es an Hinweisen auf eine frische Ruptur. Insbesondere stelle sich auch die Subscapularissehne im MRT sowie während der OP als intakt dar, was Dr. T. als wesentliches Indiz gegen ein Trauma anführe. In einer Gesamtwürdigung erschienen die beim Kläger zum Unfallzeitpunkt unfallunabhängigen Verschleißerscheinungen der Supraspinatussehne so überragend, dass diese - wie der Gutachter von Amts wegen Dr. D. überzeugend ausgeführt habe - die wesentliche Teilursächlichkeit für die Supraspinatussehnenzerreiung darstellen und das Unfallereignis vom 12.12.2012 demgegenüber als bloße Gelegenheitsursache erscheine.

Gegen dieses ihm am 27.04.2017 zugestellte Urteil hat der Kläger am 22.05.2017 Berufung eingelegt und zur Begründung im Wesentlichen vorgetragen, das Gutachten von Prof. Dr. W. habe die degenerative Möglichkeit der Erkrankung mitberücksichtigt. Prof. Dr. W. habe aber ausgeführt, dass die Ruptur der Supraspinatussehne sich nicht an der Stelle befindet, wo aufgrund der Veränderungen des AC-Gelenkes eine degenerative Zusammenhangstrennung erwartet werden müsste. Weiter habe er darauf hingewiesen, dass sich typische Zeichen einer frischen Verletzung mit Hematombildung und Oedemablagerungen fänden. Es lägen insgesamt die typischen Veränderungen einer traumatischen Rotatorenmanschettenverletzung vor. Die Ausführen von Dr. D. seien nicht geeignet, dem zu widersprechen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 13.04.2017 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 09.12.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.06.2015 zu verpflichten, die Ruptur der Supraspinatussehne links als Folge des Unfalles vom 12.12.2012 anzuerkennen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend.

Der Berichterstatter hat den Sach- und Streitsand am 25.01.2018 mit den Beteiligten erörtert.

Der Senat hat hiernach ein weiteres Zusammenhangsgutachten bei dem Leiter der Sektion Obere Extremität der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg, Prof. Dr. Z., eingeholt, welches dieser am 24.03.2018 erstattet hat. Prof. Dr. Z. hat hierin ausgeführt, zusammengefasst habe sich beim Kläger eine deutliche Bewegungseinschränkung des linken und geringer rechten Schultergelenks mit Verminderung der Kraft, vor allem für die Seitwartsfuhrung und Rotation des Armes nach außen gefunden. Im Rahmen des Unfalls sei es zu einer Stauchung/Zerrung des linken Schultergelenkes bei degenerativ vorgeschädigter Supraspinatussehne gekommen. Hinsichtlich der Supraspinatussehnenruptur sprächen mehr Argumente gegen als für einen Unfallzusammenhang. In der Bildgebung sei eine Ruptur der Supraspinatus- und der oberen Anteile der Infraspinatussehne links stärker als rechts feststellbar gewesen. Sonographisch lasse sich keine lange Bizepssehne im Sulcus bicipitis links nachw. n. Der Muskelbauch des Bizepses sei nach unten gewandert. Für einen Unfallzusammenhang spreche die unauffällige Vorgeschichte im Bereich der linken Schulter. Hinsichtlich des Unfallherganges lägen unterschiedliche Angaben vor, da unterschiedliche Unfallablaufe dargestellt worden seien. Einen hohen Stellenwert in der Beurteilung, ob eine Vorschädigung vorgelegen habe, habe das unfallnah angefertigte MRT des linken Schultergelenks vom 17.01.2103. Hier zeige sich eine vollschichtige Ruptur der Supraspinatussehne mit bis zum höchsten Punkt des Oberarmkopfes zurückgezogenen Sehnenrandern. Dies entspreche einer Patte II -Situation und sei eher unwahrscheinlich für eine frische Ruptur bei einer nicht vorgeschädigten Sehne. Darüber hinaus sei der Muskelbauch deutlich hypotroph und zeige auch fettige strähnige Veränderungen im Muskelverlauf. Eine Hypotrophie und Verfettung lasse sich nachweisen, dies spreche für degenerative Vorschäden.

Der Kläger hat mit Schreiben vom 16.05.2018 verschiedene Einwendungen gegen das Gutachten des Prof. Dr. Z. vorgetragen und insbesondere darauf hingewiesen, dass Prof. Dr. Z. der Argumentation des Dr. D. (hinsichtlich des Humeruskopf-Hochstandes), die aber das SG zu Grunde gelegt habe, nicht gefolgt sei. Ergänzend hat der Kläger mit Schreiben vom 18.06.2018 ein Schreiben des Durchgangsarztes Dr. R. vom 12.06.2018 vorgelegt, in dem dieser ausführt, es sei davon auszugehen, dass die Supraspinatussehne im Rahmen des Unfalltraumas entstanden sei, was im MRT im Januar 2013 bestätigt worden sei.

Mit Schreiben vom 10.07.2018 hat Prof. Dr. Z. zu diesen Einwendungen ergänzend Stellung genommen.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten und der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten und die Prozessakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann - nachdem sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben - ohne mündliche Verhandlung durch Urteil über die Berufung des Klägers entscheiden ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die nach den [§§ 143, 144, 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft und zulässig. Sie ist allerdings nicht begründet.

Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 13.02.2014 - [B 4 AS 22/13 R](#) -, [BSGE 115, 126-131](#), SozR 4-1300 § 44 Nr. 28), aber unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 09.12.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.06.2015 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung der Ruptur der Supraspinatussehne links als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 12.12.2012.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme hat sich der Kläger zur Überzeugung des Senats infolge des Unfalls eine Stauchung/Zerrung des linken Schultergelenkes bei vorbestehender degenerativer Rotatorenmanschettenläsion zugezogen. Der Arbeitsunfall vom 12.12.2012 ist hingegen nicht mit Wahrscheinlichkeit die wesentliche Ursache für die Läsion der Ruptur der Supraspinatussehne links und der damit einhergehenden Funktionsbeeinträchtigungen, so dass der Kläger keinen Anspruch auf die beantragte Feststellung hat.

[§ 102 SGB VII](#) ist Ermächtigungsnorm und zugleich Anspruchsgrundlage für den Versicherten. Die Regelung begründet einen öffentlich-rechtlichen Anspruch, weil er nicht nur dem öffentlichen Interesse dienen soll, sondern auch dem Interesse eines auch der Norm abgrenzbaren Kreises von Versicherten. Ermächtigung und Anspruchsgrundlage erfassen aber nicht nur die abschließende Entscheidung über den Leistungsanspruch, sondern ausnahmsweise auch die über einzelne Anspruchselemente. Auch [§ 55 Abs. 1 S. 3 SGG](#) setzt die Möglichkeit voraus, dass ein Versicherungsträger über eine Gesundheitsstörung oder den Tod als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer BK entscheidet und der Versicherte hierauf zulässigerweise eine Feststellungsklage richten kann.

Versicherungsfälle sind nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Bei dem am 12.12.2012 beim Aufstapeln von Holz als Nebenerwerbslandwirt erlittenen Unfall hat es sich um einen Arbeitsunfall gehandelt. Die Beklagte hat das Ereignis vom 12.12.2012 mit dem streitigen Bescheid vom 09.12.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.06.2015 als Arbeitsunfall anerkannt und das Vorliegen eines Arbeitsunfalls ist demgemäß zwischen den Beteiligten auch nicht streitig.

Der Senat vermag indessen nicht festzustellen, dass die vom Kläger zur Feststellung begehrte Ruptur der Supraspinatussehne links als weitere Unfallfolge, kausal auf diesen Unfall zurückzuführen ist.

Eine Gesundheitsstörung ist Unfallfolge (im engeren Sinne) eines Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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 entfiel (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 § 55a 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 Einzelfalles 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 keine über die von der Beklagten bereits festgestellte Schulterzerrung hinaus als weitere Unfallfolgen festzustellende Gesundheitsstörungen im Bereich der rechten Schulter. Zwar ist beim Kläger eine Ruptur der Supraspinatussehne sowie der oberen Anteile der Infraspinatussehne links stärker als rechts und die damit einhergehenden

Funktionsbeeinträchtigungen im Vollbeweis nachgewiesen worden. Diese Gesundheitsstörungen lassen sich aber nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf den Geschehensablauf vom 12.12.2012 und die dadurch verursachten Gesundheitserstschäden zurückführen. Der Senat stützt seine Überzeugung auf die Ausführungen von Prof. Dr. Z. sowie Dr. D ... Beide Gutachter gehen zutreffend davon aus, dass die Frage, ob es sich um eine traumatische oder nicht traumatische Ruptur der Supraspinatussehne gehandelt hat, nur aufgrund einer multifaktoriellen Analyse beantwortet werden kann, die neben der Vorgeschichte auch das potentiell schädigende Ereignis, das unfallnahe Verletzungsbild mit dem klinischen Primärbefund und weiteren Verlauf sowie die Bildgebung, den OP-Befund und histologischen Befund berücksichtigt. Diese Herangehensweise entspricht dem neuesten anerkannten Stand des unfallmedizinischen Erfahrungswissens (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, 8.2.5.3 (S. 433 bis 436): Vier-Säulen-Prinzip), welcher Kausalitätsbeurteilungen stets zugrunde zu legen ist (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.).

Obwohl die unauffällige Vorgeschichte im Bereich der linken Schulter indiziell für einen Unfallzusammenhang spricht, überwiegen hier bei einer umfassenden Abwägung und Gewichtung jedoch die Indizien, die gegen eine frische unfallbedingte Ruptur der Supraspinatussehne sprechen.

Mit Blick auf den Unfallhergang liegen unterschiedliche Angaben des Klägers vor, so dass der letztlich unklare Geschehensablauf kein ausschlaggebendes Kriterium der Kausalitätsbewertung sein kann. Zuletzt hat der Kläger gegenüber Prof. Dr. Z. angegeben, ihm sei der gestapelte Holzstapel entgegengerutscht und mit der Schnittseite auf die Ellenbeuge geschlagen, dabei sei der Arm leicht abgespreizt und nach vorne geführt gewesen. Er habe dann sofort einen peitschenden Schlag verspürt. Demgegenüber hat der Kläger beim Durchgangsarzt Dr. R. das Unfallgeschehen dergestalt geschildert, ihm sei bei der Arbeit ein Holzstapel heruntergerutscht, den er habe auffangen wollen, wobei ihm ein plötzlicher Schmerz in die linke Schulter gefahren sei. Ähnlich schilderte der Kläger in seiner Unfallanzeige vom 20.12.2012 der Holzstapel habe durch die zwangsläufig ruckartige Bewegung seinen linken Arm nach hinten gerissen. Damit übereinstimmend formulierte er in der Klageschrift vom 27.08.2015, er sei ausgerutscht und der Holzstapel, der sich in seiner linken Hand befunden habe, habe durch die zwangsläufig ruckartige Bewegung seinen linken Arm nach hinten gerissen. Er habe dadurch starke Schmerzen in der linken Schulter gehabt und habe seinen Arm nicht mehr nach oben bewegen gekonnt. Im Fragebogen der Beklagten zu Schulterverletzungen sprach er von einer ruckartigen Reflexbewegung. Prof. Dr. W. führte demgegenüber zum Unfallgeschehen aus, der Kläger habe angegeben, ihm sei beim Hochschieben eines Holzstapels über Kopfhöhe dieser verrutscht und auf den linken Unterarm bzw. Ellenbogen gefallen, wodurch es zu einer schmerzhaften Verletzung gekommen sei. Er habe dabei instinktiv eine Drehbewegung gemacht und sei mit dem Rücken gegen den Holzstapel gestoßen. Irgendeine Art von Eigenbewegung, mit der er versucht haben könnte den Holzstapel zu fangen, habe nicht stattgefunden. Gegenüber dem Gutachter Dr. D. schilderte der Kläger den Unfallhergang sodann dahingehend, ihm sei ein Holzstück, das er mit beiden Händen auf den Holzstapel hochlegen wollte, aus den Händen gerutscht und auf die Beugeseite des linken Oberarms gefallen, der in etwa 90° abgewinkelt gewesen sei. Auf Nachfrage von Dr. D. antwortete der Kläger, dass er das Holzstück nicht habe auffangen wollen. Gegenüber Dr. S. führte der Kläger wiederum aus, ihm sei das Holzstück aus der Hand abgerutscht und auf die linke Ellenbeuge gefallen. Soweit er sich noch erinnern könne, habe er dabei auch das abrutschende Stück Holz ruckartig nachgefasst und habe dabei einen Riss in der linken Schulter verspürt. In Anbetracht des nach alledem äußerst unklaren tatsächlichen Geschehensablaufs, bei dem unterschiedliche Angaben dazu vorliegen, ob und wenn ja an welcher Stelle (Unterarm oder Oberarm) der Holzstapel den Kläger getroffen hat, sowie, ob der Kläger versucht hat den fallenden Stapel aufzufangen, kann der Unfallhergang weder als maßgebliches Indiz für noch gegen einen Kausalzusammenhang gewertet werden.

Der Senat folgt der Beurteilung Prof. Dr. Z.s, wonach der unfallnahen MRT Untersuchung vom 17.01.2013 im vorliegenden Fall eine besondere Bedeutung zukommt. Die MRT Untersuchung zeigt - nach den schlüssigen und überzeugenden Ausführungen Prof. Dr. Z.s - eine vollschichtige Ruptur der Supraspinatussehne mit bis zum höchsten Punkt des Oberarmkopfes zurückgezogenen Sehnenrändern, was einer Patte II-Situation entspricht und bei der frischen Ruptur einer nicht vorgeschädigten Sehne eher unwahrscheinlich ist. Darüber hinaus zeigt sich auch ein deutlich hypotropher Muskelbauch und es lassen sich fettige strähnige Veränderungen im Muskelverlauf finden, welche nach den Erläuterungen Prof. Dr. Z.s für degenerative Vorschäden sprechen. Gleiches gilt für die kleinen zystischen Veränderungen im Bereich des Tuberkulum majus. Entgegen der Auffassung des Klägers besteht in diesem entscheidenden Punkt auch keinerlei Dissens zwischen dem Gutachter Dr. D. und dem Gutachter Prof. Dr. Z. ... Auch Dr. D. hat in seinem Gutachten darauf hingewiesen, dass das MRT eine degenerative Veränderung der Subscapularissehne sowie degenerative Veränderungen der langen Bizepssehne aufweisen. und ist auf dieser Basis zu dem Ergebnis gelangt, dass die unfallunabhängigen Verschleißerscheinungen die wesentliche Teilursächlichkeit für die Supraspinatussehnen-Zerreißen im linken Schultergelenk darstellen. Übereinstimmend haben Prof. Dr. Z. und Dr. D. zudem zutreffend als Argument gegen die unfallbedingte Zerreißen der Supraspinatussehne gewertet, dass auch das Ergebnis der histologischen Aufarbeitung im Rahmen der Operation vom 05.02.2013 im M.-Hospital Stuttgart, welche eine Sehnenruptur bei degenerativer Tendopathie ergeben hat, ebenfalls für degenerative Vorschäden im Bereich der Sehne spricht. Umstritten ist zwischen den Gutachtern Prof. Dr. Z. und Dr. D. lediglich die Frage, welcher Aussagekraft dem von Prof. Dr. D. angenommenen Humeruskopfhochstand zukommt, der gleichfalls gegen die unfallbedingte Zerreißen der Supraspinatussehne spricht. Selbst wenn man jedoch - wie dies Prof. Dr. Z. befürwortet - einen Humeruskopfhochstand auf den vorhandenen Röntgenbildern nicht als nachgewiesen erachtet, überwiegen in Anbetracht der obigen Ausführungen dennoch die Indizien, die gegen eine frische unfallbedingte Ruptur der Supraspinatussehne sprechen.

Als nicht überzeugend erachtet der Senat die Gutachten des Prof. Dr. W. und des Gutachters nach [§ 109 SGG](#) Dr. S ... Beide Gutachter haben zunächst maßgeblich damit argumentiert, dass der Geschehensablauf geeignet gewesen sei, den Riss der Supraspinatussehne hervorzurufen. Wie bereits dargelegt, ist der tatsächliche Geschehensablauf im Rahmen des Unfalls letztlich unklar geblieben, da unterschiedliche Angaben des Klägers zum Unfallmechanismus vorliegen. Bei derartigen Unklarheiten - welche Prof. Dr. W. und Dr. S. allerdings weder offengelegt noch in irgendeiner Form bei ihrer Bewertung berücksichtigt haben - ist es nicht überzeugend, den Unfallhergang als maßgebliches Indiz für einen Kausalzusammenhang zu werten. Des Weiteren haben Prof. Dr. W. und Dr. S. damit argumentiert, die Kernspintomographie habe keine dem Alter vorausweisenden degenerativen Veränderungen im Bereich der genannten Sehnen nachgewiesen. Diese Argumentation erachtet der Senat durch das Gutachten des Prof. Dr. Z. als widerlegt, der ausführlich und überzeugend dargelegt hat, dass im MRT nachweisbar eine deutliche Sehnenretraktion, eine Muskel-Hypotrophie sowie strähnige fettige Muskelveränderungen als Zeichen degenerativer Vorschädigungen sichtbar waren. Der histologische Befund, der wie dargelegt für degenerative Vorschäden im Bereich der Sehne spricht, wurde weder von Prof. Dr. W. noch von Dr. S. berücksichtigt, so dass deren Bewertungen insgesamt nicht zu überzeugen vermögen.

Die zuletzt vom Kläger vorgelegte Stellungnahme des Dr. R. vom 12.06.2018, in der dieser ausführt, es sei davon auszugehen, dass die Supraspinatussehne im Rahmen des Unfalltraumas entstanden sei, was im MRT im Januar 2013 bestätigt worden sei, stellt eine bloße Behauptung, ohne jede Begründung dar und ist daher ebenfalls nicht geeignet das klägerische Begehren zu stützen.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-02-01