

S 9 U 74/11

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Kassel (HES)
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 9 U 74/11
Datum
04.11.2014
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 3 U 22/15
Datum
09.08.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 2 U 264/16 B
Datum
23.02.2017
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt aufgrund von Schulterbeschwerden Leistungen nach dem SGB VII von der Beklagten – im vorliegenden Verfahren [S 9 U 74/11](#) auf Basis eines Unfalles am 9.6.1995.

Der 1964 geborene Kläger ist selbständiger Zimmermann. Am 31.1.2010 stellte sich der Kläger beim Durchgangsarzt C. vor. Diesem gegenüber gab er an, nach Verlassen der Betriebshalle auf schneegeglatteten Untergrund ausgerutscht zu sein (der Unfall vom 31.1.2010 ist Gegenstand des Verfahrens [S 9 U 75/11](#)). Der Durchgangsarzt notierte, im Röntgen keine Fraktur, aber arthrotische Veränderungen festzustellen, und diagnostizierte eine ausgeprägte Distorsion des rechten Oberarmes / Schultergelenkes, Verdacht auf Rotatorenmanschettenverletzung rechts. Im MRT ergab sich dann eine Ruptur der Supraspinatussehne und eine Teilruptur der Infraspinatussehne, wobei die Verletzungen als frisch eingestuft wurden. Eine radiologische Untersuchung am 4.2.2010 ergab Humeruskopfhochstand, AC-Gelenkarthrose mit Gelenkhyperthrophie und Verschmälerung des Subacromialraumes, komplette Ruptur Supraspinatussehne und Teilruptur der Infraspinatussehne sowie des Musculus subscapularis, Gelenkguss und Bursitis in der Bursa subdeltoidea subacromialis. Der Kläger stellte sich in der BG-Klinik Frankfurt vor und berichtete dort, dass er bereits am 9.6.1995 einen Arbeitsunfall unter Beteiligung der rechten Schulter gehabt zu haben (der Unfall vom 9.6.1995 ist Gegenstand des Verfahrens [S 9 U 74/11](#)). Die Beklagte zog daraufhin die digitalisierten Unterlagen aus dem Archiv heran. Nach dem damaligen Durchgangsarztbericht war der Kläger beim Ausheben eines Grabens ausgerutscht, wodurch sein rechter Arm hochgerissen wurde. Im Röntgen wurde festgestellt, dass keine Knochenverletzung vorlag, gelenkgerechte Stellung. In der Sonographie wurde festgestellt, dass kein Hinweis für eine Rotatorenmanschettenruptur bestand. Der Durchgangsarzt diagnostizierte eine starke Schulterzerrung rechts. Arbeitsunfähigkeit attestierte er zunächst bis 20.6.1995. Zur Behandlung erschien der Kläger zuletzt am 16.6.1995. Den Folgetermin am 21.6.1995 nahm der Kläger nicht mehr wahr. Die BG-Klinik Frankfurt notierte am 12.2.2010, keine äußeren Prellmarken oder Hämatome zu sehen und bewertete die Ruptur der Supraspinatussehne als alt, da sich bereits eine fettige Degeneration und eine Retraktion der Sehne zeige; außerdem sei der Sturz 2010 als alleinige Ursache für die Supraspinatussehnenruptur unwahrscheinlich. Die Beklagte legte den Vorgang ihrem beratenden Arzt Dr. D. vor, der ergänzte, dass im MRT kein Hinweis auf ein Knochenmarködem (Bone Bruise) beschrieben werde. Eine in der BG-Klinik am 22.3.2010 durchgeführte Sonographie ergab nach dortiger Einschätzung weitgehend degenerative Veränderungen sowie deutliche Retraktion des Musculus supraspinatus. Die am selben Tag gefertigten Röntgenbilder zeigten nach dortiger Einschätzung ausgeprägte degenerative Veränderungen in Form einer tropfenförmigen Ausziehung im unteren Anteil der Oberarmkalotte sowie eine leichte spitzzipflige Veränderung des Tuberculum majus, einer deutlichen Einengung des subakromialen Raumes und eines ausgeprägten Oberarmkopfhochstandes. Am 15.4.2010 unterzog sich der Kläger dann in der BG-Klinik einem operativen Eingriff, bei dem auch Sehngewebe zur histologischen Untersuchung entnommen wurde. Die histologische Untersuchung ergab flammenzüngige Einrisse bei überwiegend jedoch glatten Risskanten, insgesamt mehrzeitige Sehnen bei mucoider Degeneration des benachbarten Sehngewebes. Die Beklagte holte eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr. D. ein, der am 30.6.2010 empfahl, die Einblutung in die Muskulatur als unfallbedingt verursacht zu akzeptieren. Nicht wahrscheinlich sei seines Erachtens hingegen, dass der Unfall 2010 zur Ruptur der Supraspinatussehne und zur Teilruptur der Infraspinatussehne geführt habe. Gegen einen Zusammenhang spreche, dass der zu unterstellende Anprall kein geeigneter Unfallhergang sei, die deutliche Retraktion der Sehnenstrukturen mit fettiger Degeneration im Einklang mit chronisch-entzündlichem Reizzustand benachbarter Schleimbeutel, die arthrotischen Veränderungen im Schultergelenk und die viertgradige Arthrose des Gelenkes. Am 2.7.2010 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass sie mit sofortiger Wirkung das Heilverfahren

zu ihren Lasten abreche. Zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes gab die Beklagte sodann ein Gutachten in Auftrag; aus den ihm vorgeschlagenen Sachverständigen wählte der Kläger Prof. Dr. E. von der BG-Klinik. Dieser gelangte in seinem Gutachten vom 8.10.2010 zu dem Ergebnis, dass das Unfallereignis vom 31.1.2010 zu einer Prellung des Schultergelenkes geführt habe und weder wesentlich noch teilsächlich für die Zusammenhangstrennung der Rotatorenmanschette sei. Hingewiesen werden müsse aber darauf, dass das Ereignis 1995 vom Ereignisablauf und vom erhobenen Befund her durchaus für eine Zusammenhangstrennung der Rotatorenmanschette sprechen könne, auch wenn damals die Sonographie keine Pathologie ergeben habe. Die Beklagte prüfte den Vorgang und gelangte zu dem Schluss, dass kein Beweis für eine Schädigung der Rotatorenmanschette 1995 vorliege. Mit Bescheid I vom 12.1.2011 (Verfahren [S 9 U 74/11](#)) erkannte die Beklagte das Ereignis vom 9.6.1995 als Arbeitsunfall an und stellte fest, dass es unfallbedingt zu einer Zerrung der rechten Schulter gekommen sei, die zum 20.6.1995 folgenlos ausgeheilt sei. Nicht als Unfallfolge anerkannt werden könne die Schädigung der Rotatorenmanschette rechts. Mit Bescheid II vom 12.1.2011 (Verfahren [S 9 U 75/11](#)) erkannte die Beklagte das Ereignis vom 31.1.2010 als Arbeitsunfall an und stellte fest, dass es unfallbedingt zu einer Prellung des rechten Schultergelenkes mit Einblutung in die Muskulatur gekommen sei. Nicht als Folgen des Arbeitsunfalles anerkannt werden könnten Zerrüttung der Rotatorenmanschette (Muskel- und Sehnenplatte im Schulterbereich) mit Riss der Supraspinatussehne und Teilriss der Infraspinatussehne, umformende Veränderungen (Degeneration) des Schulterdaches und des Oberarmes rechts im Sinne einer Omarthrose (Gelenkverschleiß im Schultergelenk). Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit infolge der Prellung hätten nicht bestanden, maßgebend sei ein degenerativer Vorschaden gewesen. Am 1.2.2011 legte der Kläger Widerspruch ein gegen Bescheid I vom 12.1.2011 und berief sich auf ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, Dr. F., vom 24.2.2011 (der Bezug nahm auf eine frühere Stellungnahme vom 16.11.2010), der die Meinung vertrete, dass die Rupturen Monate, wenn nicht Jahre alt seien und nicht auf den Unfall vom 30.1.2010, aber möglicherweise auf denjenigen vom 9.6.1995 zurückzuführen seien. Am 2.2.2011 legte der Kläger Widerspruch ein gegen Bescheid II vom 12.1.2011 und vertrat die Auffassung, dass es in der Folge des Unfalles u.a. zu einem Abriss der Supraspinatussehne und zu einer Zerrüttung der Rotatorenmanschette gekommen sei. Zur Stützung seiner Auffassung verwies der Kläger wiederum auf das Gutachten von Dr. F. vom 24.2.2011 (der Bezug nahm auf eine frühere Stellungnahme vom 16.11.2010), der bemängelte, dass nach einer früheren Auffassung der BG-Klinik das eigentliche Krankheitsbild eine posttraumatische Schulterteilsteiife gewesen sei, die seines Erachtens nicht nur aufgrund der Rotatorenmanschettenruptur entstehen könne, sondern auch durch einen heftigen Prellungsmechanismus. Zu fragen sei, warum der vorher symptomlose Sehnenzustand nun Beschwerden verursache. Die Beklagte legte den Vorgang ihrem beratenden Arzt, Dr. G., vor, der ausführte, den Widerspruch gegen die Ablehnung jeder Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit bei einem körperlich arbeitenden Menschen verständlich zu finden. Ein unfallbedingter Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden bestehe seines Erachtens aber nicht. Selbst Dr. F. sage, dass die Sehnenrupturen nicht unfallbedingt seien. Es sei nicht selten, dass solche Rupturen körperlich kompensiert würden und dann eine Prellung dazu führe, dass das Stadium der Kompensation nicht mehr erreicht werde. Wesentlich für den Funktionsverlust sei dann aber nicht die Prellung, sondern der vorbestehende Körperschaden. Mit Widerspruchsbescheid I vom 12.5.2010 ([S 9 U 75/11](#)) wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers vom 1.2.2011 zurück und lehnte Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung infolge des Unfalles vom 9.6.1995 ab. Ein Beweis für eine Sehnenruptur 1995 sei nicht gegeben. Die Sonographie haben keinen Hinweis auf einen Rotatorenmanschettenriss ergeben, auch die Röntgenuntersuchung habe keine knöcherne Verletzung ergeben. Es sei nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit nachweisbar, dass die 2010 festgestellten Schäden auf das Ereignis 1995 zurückzuführen seien. Arbeitsunfähigkeit habe bis 20.6.1995 (für 11 Tage bestanden), die damalige Zerrung sei folgenlos ausgeheilt. Mit Widerspruchsbescheid II vom 12.5.2010 ([S 9 U 74/11](#)) wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers vom 2.2.2011 zurück und lehnte Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung infolge des Unfalles vom 31.1.2010 ab. Der Teilriss der Rotatorenmanschette im rechten Schultergelenk und die damit einhergehenden Beschwerden hätten nicht ihre Ursache im Unfall vom 31.1.2010.

Am 14.6.2011 sind die Klagen [S 9 U 74/11](#) (betreffend den Unfall am 9.6.1995) und [S 9 U 75/11](#) (betreffend den Unfall am 31.1.2010) beim Sozialgericht Kassel eingegangen. Zur Aufklärung des Sachverhaltes hat das Bilddaten betreffend die Schulter des Klägers herangezogen und sodann ein Gutachten bei dem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. H. in Auftrag gegeben, in dem dieser am 24.10.2012 zu dem Ergebnis gelangt ist, dass sich nach den Unfällen vom 9.6.1995 und 31.1.2010 maximal je zwei Wochen Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit begründen ließen; eine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit habe nie vorgelegen. In den auf Kritik des Klägers vom Gericht eingeholten ergänzenden Stellungnahmen vom 18.3.2013 und 4.11.2013 ist Dr. H. bei seiner Einschätzung geblieben.

Der Kläger ist der Meinung, dass seine aktuellen Beschwerden auf den Unfall vom 9.6.1995 und/oder denjenigen vom 31.1.2010 zurückzuführen seien und beruft sich auf die Ausführungen von Dr. F. sowie auf ein vom Landgericht Kassel bei Prof. Dr. J. im Prozess des Klägers gegen die private Unfallversicherung eingeholtes Gutachten. Er ist der Auffassung, dass das Gericht noch weiter ermitteln müsse, wenigstens Dr. H. nochmals ergänzend zum Gutachten von Prof. Dr. J. hören müsse. Dabei übt der Kläger Kritik an der Untersuchung durch Dr. H., der seines Erachtens nicht hinreichend auf seine aktuellen Beschwerden eingegangen sei.

Der Kläger beantragt (im Verfahren [S 9 U 74/11](#)), den Bescheid der Beklagten vom 12.1.2011 abzuändern, den Widerspruchsbescheid vom 12.5.2012 aufzuheben und die Beklagten zu verurteilen, den Riss der Supraspinatussehne sowie den Teilriss der Infraspinatussehne als weiteren Schaden und die fortbestehenden Beschwerden des Klägers mit der rechten Schulter als Folgen des Arbeitsunfalles vom 9.6.1995 anzuerkennen und in gesetzlichem Umfang zu entschädigen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Die Beklagte hält an ihren Entscheidungen im Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren fest.

Wegen der weiteren Einzelheiten und Unterlagen, insbesondere des weiteren Vorbringens der Beteiligten, wird auf die Gerichtsakten [S 9 U 74/11](#) und [S 9 U 75/11](#) sowie auf die beigezogenen Akten der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand dieser Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Klage hat keinen Erfolg. Sie ist zulässig, aber nicht begründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 12.1.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.5.2012 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Die Beklagte hat zu Recht die Anerkennung der Ruptur der Supraspinatussehne und die Teilruptur der Infraspinatussehne als Folge des Arbeitsunfalles vom 9.6.1995 und die Entschädigung von Schulterbeschwerden abgelehnt.

Nach [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Für einen Arbeitsunfall ist danach grundsätzlich erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfall der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (sachlicher oder innerer Zusammenhang), diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis – dem Unfallereignis – geführt (Unfallkausalität) und das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität) (vgl. BSG vom 27.4.2010 – [B 2 U 11/09 R](#); SG Augsburg vom 11.4.2011 – [S 8 U 356/09](#), beide zitiert nach juris).

Als Voraussetzung für die Feststellung von Unfallfolgen und die Bewilligung von Leistungen müssen die versicherte Tätigkeit, der Unfall und die Gesundheitsschädigung im Sinn des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Unfall und einem Gesundheitsschaden bzw. der Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung der Entschädigungspflicht ist nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen; dafür reicht grundsätzlich die "hinreichende" Wahrscheinlichkeit – nicht allerdings die bloße Möglichkeit – aus (vgl. BSG vom 2.4.2009 – [B 2 U 29/07 R](#), zitiert nach juris; SG Augsburg vom 11.4.2011, [aaO](#)). Eine solche Wahrscheinlichkeit ist anzunehmen, wenn nach vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Faktoren ein deutliches Übergewicht zukommt, sodass darauf die richterliche Überzeugung gestützt werden kann (vgl. BSG vom 2.2.1978 – [8 RU 66/77](#), zitiert nach juris). Hierbei trägt der Versicherte, also die Klägerseite, die objektive Beweislast für die anspruchsbegründenden Tatsachen, d.h. deren etwaige Nichterweislichkeit geht zu ihren Lasten (vgl. BSG vom 5.2.2008 – [B 2 U 10/07 R](#); LSG B.-W. vom 23.3.2012 – [L 8 U 884/11](#), zitiert nach juris; SG Augsburg vom 11.4.2011, [aaO](#)).

Nach diesen Grundsätzen sind die nach dem Unfall am 31.1.2010 diagnostizierten Ruptur der Supraspinatussehne und der Teilriss der Infraspinatussehne nach Überzeugung der Kammer nicht rechtlich wesentlich auf den Unfall vom 9.6.1995 zurückzuführen.

Für die Kammer ist bereits nicht der Beweis erbracht, dass der Kläger am 9.6.1995 eine Verletzung der Supraspinatussehne und/oder Infraspinatussehne erlitten hat. Nach den vorliegenden ärztlichen Befunden, insbesondere dem Gutachten samt ergänzenden Stellungnahmen des vom Gericht von Amts wegen gehörten Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. H., ist die Kammer zu der Überzeugung gelangt, dass der Unfall am 9.6.1995 nur eine Zerrung der rechten Schulter verursacht hat, die zum 20.6.1995 folgenlos ausgeheilt war. Dr. H. weist richtig darauf hin, dass im Durchgangsarztbericht von Dr. C. vom 10.6.1995 notiert wurde, dass im Röntgen auf zwei Ebenen keine Knochenverletzung, gelenkgerechte Stellung erkennbar sei, und dass die Schultersonographie keinen Hinweis auf eine Rotatorenmanschettenruptur ergeben habe. Die Vermutungen des von der Beklagten gehörten Prof. Dr. E. und des vom Kläger bemühten Prof. Dr. J., dass es am 9.6.1995 doch zu einer Verletzung der Rotatorenmanschette gekommen sei, hat die Kammer gesehen. Solche Meinungsäußerungen vermögen jedoch den für die Anerkennung eines Unfallschadens erforderlichen Vollbeweis nicht zu erbringen.

Für die Kammer gibt es auch keinen Beweis dafür, dass der Kläger – wie von ihm mittlerweile behauptet und von Prof. Dr. J. zur Stützung seiner Auffassung herangezogen – über den 16.6.1995 hinaus behandlungsbedürftig war und/oder über den 20.6.1995 hinaus arbeitsunfähig war. Nach seinen Angaben vom 28.6.1995 gegenüber der Beklagte hatte Dr. C. im Untersuchungstermin am 16.6.1995 Arbeitsunfähigkeit bis 20.6.1995 attestiert, auf die Wiedereinstellung zur Kontrolle am 21.6.1995 erschien der Kläger weder an diesem Tage noch später. Soweit der Kläger in der mündlichen Verhandlung am 4.11.2014 behauptet hat, sich noch länger in hausärztlicher Behandlung befunden zu haben, gibt es dafür keinen Beleg. Die Attestierung von Behandlungsbedürftigkeit bis 16.6.1995 und von Arbeitsunfähigkeit bis 20.6.1995 deckt sich mit den Feststellungen von Dr. H., dass infolge des Unfalles vom 9.6.1995 maximal von zwei Wochen Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit auszugehen war.

Da die Zerrung der rechten Schulter nach kurzer Zeit folgenlos ausgeheilt war und ein Zusammenhang mit der am 31.1.2010 diagnostizierten Ruptur der Supraspinatussehne und Teilruptur der Infraspinatussehne mit dem Unfall am 9.6.1995 nicht besteht, hat der Kläger auch keinen Anspruch auf Verletztenrente. Ein Anspruch auf Verletztenrente setzt gemäß [§ 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) voraus, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten infolge des Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um mindestens 20 v.H. gemindert sei.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt der Entscheidung in der Sache selbst.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2020-11-25