

L 2 U 19/18

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 40 U 176/16
Datum
27.04.2018
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 2 U 19/18
Datum
05.08.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

1. Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen 2. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt im Überprüfungsverfahren von der Beklagten die Feststellung eines Rotatorenmanschettenschadens an seiner rechten Schulter als weitere Folge des anerkannten Arbeitsunfalls vom 5. Mai 2011 sowie die Gewährung weiteren Verletztengeldes bzw. einer Verletztenrente über den 21. Juni 2011 hinaus nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 20 vom Hundert (v. H.).

Der Kläger ist 1961 geboren und als Glaser beschäftigt. Bereits seit 1993 hatte der Kläger mehrere Arbeitsunfälle erlitten, überwiegend Prellungen, Zerrungen und Schürfwunden. Mehrere Rechtsstreitigkeiten unter anderem auch wegen Stützrententatbeständen waren bereits seit 1999 anhängig.

Mit Schreiben vom 23. Dezember 2011 meldeten die damaligen Bevollmächtigten des Klägers einen Arbeitsunfall vom 5. Mai 2011 und teilten mit, der Kläger sei an diesem Tag gegen 13:00 Uhr bei Reparaturarbeiten/Verglasung gewesen, als bei der Einfassung einer ca. 100 kg schweren Scheibe die Leiter, auf der sich der Kläger befunden habe, weggerutscht sei. Dabei sei der Kläger nach vorn gestürzt und von der Leiter gefallen, wobei er vergeblich versucht habe, sich mit dem rechten Arm abzustützen. Die Ermittlungen der Beklagten hinsichtlich des Ereignisses ergaben unter anderem, dass sich der Kläger am 14. Mai 2011 beim Unfallchirurgen Dr. K. vorgestellt hatte. Dieser hatte einen Nachschaubericht aufgrund eines Unfallereignisses vom 19. März 2009 gefertigt. Ein Unfallereignis vom 5. Mai 2011 wird in diesem Nachschaubericht nicht erwähnt. Im Nachschaubericht wurde vom Unfalltag 19. März 2009 ausgegangen und ein Zustand nach Schulterprellung rechts festgestellt. Der Kläger habe sich aus eigener Veranlassung wieder vorgestellt und über Schmerzen an der rechten Schulter, insbesondere beim seitlichen Hochheben über Schulterhöhe geklagt. Hierbei verspüre er nach der schweren körperlichen Arbeit der letzten Woche ein schmerzhaftes Knacken. Das seitliche Hochheben über 90° sei endgradig schmerzhaft eingeschränkt. Keine neurologischen Ausfälle. Röntgenaufnahmen der rechten Schulter zeigten einen altersentsprechenden Befund ohne Hinweis auf größere Verschleißzeichen oder stattgehabte knöcherne Verletzungen. Am 21. Juni 2011 wurde ein MRT durchgeführt, wobei eine Teilläsion der Supraspinatussehne mit entsprechender peritendinöser entzündlicher Aktivität, eine initiale Omarthrose und AC-Arthrose festgestellt wurden.

Am 26. Juli 2011 stellte sich der Kläger in der ambulanten bg-lichen Sprechstunde des berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses bei Dr. S. vor. Dieser diagnostizierte eine frischere Teilläsion der Supraspinatussehne rechts und führte weiter aus, der Kläger habe angegeben, dass er am 19. März 2009 einen Arbeitsunfall gehabt habe. Zwei Lehrlinge hätten eine große Glasscheibe festhalten sollen, wobei einer die Glasscheibe losgelassen habe und diese umgefallen sei. Der Kläger habe sich in Sicherheit bringen müssen und sei mit der rechten Schulter gegen ein Geländer gefallen. Es liege eine Teilläsion der Supraspinatussehne rechts vor. Die Beweglichkeit der rechten Schulter sei insgesamt frei, mit einem schmerzhaften Bogen bei der Abduktion und einem Außenrotationsdefizit von 10°. Laut Angaben des Klägers habe sich die Beweglichkeit in letzter Zeit gebessert. In dem bildgebenden Verfahren habe sich indes die Supraspinatussehnenläsion eher frischeren Datums dargestellt, auf keinen Fall zurückzuführen auf einen Unfall vor mehr als zwei Jahren. Auch zeigten sich degenerative Veränderungen. Die Behandlung wurde zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt.

Unter dem 6. August 2011 berichtete erneut Dr. K. über den Kläger und führte zusammengefasst aus, dass die Schulterbeschwerden nicht zulasten des Unfallversicherungsträgers zu behandeln seien, es lägen degenerative Erkrankungen vor und keine Unfallfolgen. Auch in diesem Bericht ist als Unfalltag der 19. März 2009 angegeben.

Vom 29. November 2011 bis zum 1. Dezember 2011 befand sich der Kläger in stationärer Behandlung, bei der eine Schultergelenksoperation rechts von Dr. K. durchgeführt wurde. Diagnostiziert wurde eine Supraspinatussehnenruptur rechts und ein Impingement-Syndrom der rechten Schulter. Hierbei fanden sich Restfasern und eine subacromiale Enge (Einengung des Schulterdaches).

Unter dem 28. Januar 2012 teilte der Kläger der Beklagten einen Unfall vom 5. Mai 2011 wie folgt mit: Er habe auf einer Leiter gestanden. Als ihm eine ca. 100 kg schwere Glasscheibe überreicht worden sei, habe die Leiter aufgrund von Gewichtsverlagerung zu schwanken begonnen. Dadurch habe er das Gleichgewicht verloren und sei samt Leiter zu Boden gestürzt. Er sei nach vorne gestürzt und habe versucht, sich mit den Arm abzustützen. Danach habe er nach äußeren Verletzungen gesucht und seine Tätigkeit mit Einschränkungen weitergeführt. Auf Anfrage der Beklagten teilte der Arbeitgeber mit, dass dem Arbeitgeber für den Zeitpunkt 5. Mai 2011 keine Arbeitsfähigkeitsbescheinigung und keine schriftliche Unfallmeldung des Klägers vorliegen würden.

Aufgrund der Zeugenaussage eines ehemaligen Kollegen des Klägers hielt die Beklagte das Vorliegen eines einwirkenden Ereignisses am 5. Mai 2011 für gegeben und veranlasste eine Zusammenhangsbegutachtung. Unter dem 24. März 2013 erstattete Dr. P. ein ausführliches Zusammenhangsgutachten und kam zusammengefasst zu dem Ergebnis, beim Kläger liege am rechten Schultergelenk und den umgebenden Weichteilstrukturen ein Befund nach Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit Replikation der Supraspinatussehne sowie Bizepssehnenentodese bei gleichzeitiger subacromialer Dekompensation vor. Bei dem angeschuldigten Ereignis hätten im zu begutachtenden Erkrankungssegment die Befunde einer bereits aus 2009 bekannten degenerativen Rotatorenmanschettenveränderung vorgelegen, ein Impingement-Symptom, eine initiale Omarthrose sowie eine AC-Arthrose. Der Gutachter sah keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem angeschuldigten Ereignis und dem vorliegenden Schaden an der Schulter.

Mit Bescheid vom 25. April 2013 erkannte die Beklagte das Ereignis vom 5. Mai 2011 als Arbeitsunfall an. Als Folge dieses Arbeitsunfalles wurde eine Zerrung und Quetschung des rechten Schultergelenkes, die zu einer unfallbedingten Behandlungsbedürftigkeit bis zum 21. Juni 2011 (Tag der MRT-Untersuchung) geführt habe, anerkannt. Arbeitsunfähigkeit habe in dem als unfallbedingt anzusehenden Zeitraum nicht vorgelegen. Sämtliche Schulterbinnenschädigungen rechts mit dem Riss der Supraspinatussehne, der Einklemmungs-Symptomatik (Impingement-Syndrom), dem Gelenkverschleiß des Schultergelenkes (Omarthrose) mit Knorpelabrieb im Oberarmkopf und der Schultergelenkspfanne sowie mit dem Verschleiß des Schulterreckgelenkes und der Instabilität der langen Bizepssehne mit den hieraus resultierenden Beschwerden und der Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit nach dem 21. Juni 2011 seien nicht Folge des Arbeitsunfalles vom 5. Mai 2011. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit in rentenberechtigendem Grade liege nicht vor. Der Widerspruch des Klägers wurde mit Widerspruchsbescheid vom 19. November 2013 zurückgewiesen, wobei die Beklagte mit umfangreicher Begründung ausführte, dass ein Zusammenhang zwischen der Schädigung der Rotatorenmanschette und dem Unfallereignis nicht habe festgestellt werden können.

Der Kläger erhob dagegen Klage zum Sozialgericht Hamburg (Aktenzeichen S 40 U 362/13), welche er in der nichtöffentlichen Sitzung am 6. Februar 2015 zurücknahm, wobei er zugleich einen Überprüfungsantrag stellte.

Unter dem 23. März 2015 fertigte daraufhin auf Veranlassung der Beklagten Dr. P1 ein Gutachten zur Zusammenhangsfrage und führte zusammengefasst aus, dass es kein Gebiet in der Unfallchirurgie gebe, welches so kontrovers diskutiert werde wie der Rotatorenmanschettenschaden. Es seien klare Regelungen zur Unfallgenese erstellt worden, zum Verhalten des Versicherten nach dem Unfall (zum Beispiel Drop-Arm-Syndrom), als auch zur Bildgebung, die hier leider im MRT nicht zeitgerecht erfolgt sei. Bedauerlicherweise liege auch eine histologische Untersuchung des Präparates von der Rotatorenmanschette des Klägers nicht vor. Dieses könne nicht zulasten des Klägers gehen. Beim Vorliegen von Vorschäden müssten diese klar angesprochen werden. Dieses gelte insbesondere bei Schulterproblematiken. Es sei somit der Vollbeweis zu führen, dass maßgebende degenerative Veränderungen vorgelegen hätten. Nach Einschätzung des Gutachters sei dieser Vollbeweis nicht zu führen und hätte bei eventuellen Auseinandersetzungen keinen Bestand. Danach schätzte der Gutachter für die beiden von ihm zu beurteilenden unterschiedlichen Arbeitsunfälle eine Gesamt-MdE von 20 v.H. ein.

Nach einer beratungsärztlichen Stellungnahme lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 29. Oktober 2015 die Rücknahme des Bescheides vom 25. April 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. November 2013 mit der Begründung ab, dass die Voraussetzungen des [§ 44](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) nicht vorliegen würden. Insbesondere sei das Gutachten des Dr. P1 nicht nach wissenschaftlichen Maßstäben mit einer Auseinandersetzung zum Unfallhergang und den medizinischen Befunden ergangen. Ein dort entworfener Umkehrschluss, dass ein Unfallereignis verantwortlich sein müsse, wenn Vorschäden nicht so ausgeprägt seien, sei nicht zulässig. Der Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 7. Juni 2016). Auf die hiergegen erhobene Klage hin hat das Sozialgericht ein Gutachten des Dr. K1 eingeholt, der am 21. Februar 2018 ausgeführt hat, es gebe unterschiedliche Schilderungen zum Unfallhergang. Aktuell sei erneut ein anderer Hergang geschildert worden, insofern werde man den tatsächlichen Hergang kaum rekonstruieren können. Eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette sei bei einer überfallsartigen Längendehnung vorstellbar, beispielsweise beim Absturz eines Fensterputzers von der Leiter mit Festhalten am Fensterkreuz, wobei das Körpergewicht am Arm reiße. Auch bei einem Treppensturz mit ruckartigem nach hinten Reißen des Armes sei eine Schädigung der Rotatorenmanschette vorstellbar. Bei einer Stauchung komme es nicht zu einer Schädigung. Die Degeneration der Rotatorenmanschette beginne ab dem 3. Lebensjahrzehnt und verbleibe häufig unbemerkt. Diskutiert werde unter anderem eine Einengung des Gleitraumes im Sinne eines Impingement-Syndroms, wie es sich bei dem Kläger gefunden habe. Dies ergebe sich aus dem Operationsbericht, nach welchem der Gleitraum der Rotatorenmanschette erweitert worden sei. Der Operateur habe eine Enge beschrieben, die auch die MRT-Aufnahmen gezeigt hätten. Des Weiteren habe sich im Ansatzbereich eine Degeneration gezeigt. Komme es dagegen zu einer traumatischen Zusammenhangstrennung einer Sehne oder eines Muskels im Bereich des Schultergelenkes, so sei der Befund nicht anders als beispielsweise bei einer Bandverletzung am Sprunggelenk. Es liege sofort eine massive Schwellung mit einem massiven Bluterguss vor. Dies führe zu einem sogenannten Drop Arm, d. h. derjenige könne den Arm praktisch nicht mehr bewegen und suche zeitnah einen Arzt auf. Selbst wenn man den Angaben folgen wolle, dass der Kläger den Arm kaum bewegt habe, weil er es beruflich nicht gemusst habe und insoweit das Argument der Einstellung der Tätigkeit nicht heranziehen wolle, sei auf den Untersuchungsbefund durch Dr. K. zu verweisen. Hier habe sich eine praktisch freie Beweglichkeit im rechten Schultergelenk gefunden, wobei beim Abspreizen über 90° Beschwerden angegeben worden seien, dies entspreche einem sogenannten schmerzhaften Bogen, der typisch sei für eine Degeneration. Ein MRT sei noch ausreichend zeitnah angefertigt worden, hier habe sich ein Schultergelenkserguss nicht gefunden, was zu erwarten gewesen wäre, wenn es zu einer massiven Einblutung gekommen wäre. Festzuhalten sei, dass der Verlauf nicht verletzungskonform gewesen sei, der Kläger habe seinen Arm bewegen können, wenn auch mit Einschränkungen. Die Tätigkeit als Glaser sei zunächst weiter möglich gewesen. Bei einer frischen Schädigung der Rotatorenmanschette,

auch bei einer Verrenkung oder Teilverrenkung sei die Funktion aber praktisch komplett aufgehoben. Bereits der Umstand, dass eine vollständige Zusammenhangstrennung des Supraspinatus nicht vorgelegen habe, spreche für ein degeneratives Geschehen. Durch die im Operationsbericht aufgeführte Impingement-Symptomatik komme es zu einem mittelbaren Zerreiben, die einzelnen Schichten der Sehne würden dünner. So heiße es auch im OP-Befund: "Die Supraspinatussehne zeigt eine inkomplette intraartikuläre Ruptur mit dünnem Faserzug des bursaseitigen Sehnenblattes." Ein derartiger Befund entspreche nicht einer Zusammenhangstrennung im Sinne eines Durchrisses. Des Weiteren hätten sich auch Degenerationen am Bizepssehnenanker gefunden, was ebenfalls für eine Degeneration bei Impingement-Syndrom spreche. Dem Gutachten des Dr. P1 könne nicht gefolgt werden, denn dieser habe sich mit den primären Anknüpfungstatsachen, hier also mit dem fehlenden Drop-Arm-Sign und dem fehlenden Schultergelenkserguss nicht auseinandergesetzt und auch nicht mit den nach dem Operationsbericht gegebenen degenerativen Zeichen.

Das Sozialgericht hat daraufhin die Klage mit Urteil vom 27. April 2018 abgewiesen und ausgeführt, Dr. K1 habe in seinem Gutachten schlüssig dargelegt, dass erhebliche degenerative Veränderungen in der rechten Schulter beim Kläger bereits seit 2009 vorlägen. Dies insbesondere in Form eines sogenannten Impingement-Syndroms, d.h. einer Einengung im Schulterdach, welches dazu geführt habe, dass die Supraspinatussehne in Teilen eine Läsion erhalten habe, die in der Folge des Ereignisses vom 5. Mai 2011, nämlich am 21. Juni 2011 im MRT sichtbar geworden sei. Gegen einen Zusammenhang mit dem Unfallereignis spreche der sogenannte verletzungskonforme Verlauf. Der Kläger habe nach dem Ereignis weitergearbeitet, es habe keine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen, es sei medizinisch kein sogenanntes Drop-Arm-Syndrom (zeitnah) festgestellt worden. Dies werde insbesondere durch die medizinische Untersuchung am 14. Mai 2011 deutlich, denn dort habe der Kläger seine Schulter noch über 90° bewegen können, wobei ab 90° ein sogenannter schmerzhafter Bogen festgestellt worden sei, den dann auch Dr. S. im Unfallkrankenhaus Hamburg im Juli 2011 festgestellt habe. Nach den Ausführungen des Dr. K1 sei dies ein Zeichen für einen degenerativen Schaden im Bereich der Rotatorenmanschette. Auch sei die Beweglichkeit bei der Untersuchung im Unfallkrankenhaus frei gewesen, sodass ein Unfallzusammenhang nicht hergestellt werden könne. Dem Gutachten von Dr. P1 und diesem folgend von Dr. H. könne nicht gefolgt werden, denn diese hielten einer kritischen sozialmedizinischen Würdigung in keinsten Weise stand. Beide Gutachter stellten nur auf einen (möglicherweise vorliegenden) Unfallhergang ab, der eine gewisse Gefährdungsrelevanz aufweisen könne. Eine solche Gefährdungsrelevanz werde auch weder von Dr. P. noch von Dr. K1 in Abrede gestellt. Dies sei aber bei der Beurteilung von Rotatorenmanschettenschäden in der gesetzlichen Unfallversicherung eher von untergeordneter Bedeutung. Sowohl Dr. P1 als auch Dr. H. stellten ausschließlich auf den Hergang als das allein maßgebliche Kriterium ab, unter vollkommener Verkennung dessen, dass ein verletzungskonformer Verlauf beim Kläger in keiner Weise belegt sei. Dr. P1 weise selbst darauf hin, dass ein Drop-Arm-Syndrom als ein maßgebliches Kriterium vorgelegen haben müsse, greife dieses aber in keiner Weise auf. Vollkommen unzutreffend führe er weiter aus, dass die ca. 6 Wochen nach dem geschilderten Ereignis gefertigten MRT-Aufnahmen zeitlich nicht geeignet seien, entsprechende Beurteilungsgrundlage für die Kausalität darzustellen. Das sei medizinisch unzutreffend. MRT-Aufnahmen nach Unfallereignissen seien in einem Zeitraum bis zu 3 Monaten die geeignete Grundlage, entsprechende Signalanhebungen darzustellen. Den insoweit zeitnah zum Unfallereignis gefertigten MRT-Aufnahmen sei eindeutig zu entnehmen, dass keine Ergussbildung stattgefunden habe. Auch dies spreche gegen eine traumatische Genese der Teilläsion der Supraspinatussehne beim Kläger. Ebenfalls hätten beide Gutachter nicht berücksichtigt, dass beim Kläger im zeitlichen Zusammenhang zum angegebenen Unfallereignis am 5. Mai 2011 keine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand werde von beiden Gutachtern nicht als Grundlage genommen, wobei Dr. P1 keine konkrete Aussage zur Kausalität treffe. Gerade das Vorliegen einer Omarthrose führe nach Aussage des Dr. K1 dazu, dass die Rotatorenmanschettensehnen einem erhöhten Abrieb unterlägen, und es zu erhöhten Degenerationen komme. Die Ausführungen zu einer "frischeren" Schädigung, die Dr. S. nach Rücksprache mit einem Radiologen im Unfallkrankenhaus Hamburg getätigt habe, deute nur darauf hin, dass diese der Auffassung gewesen seien, dass ein zeitlicher Zusammenhang zu dem Unfall vom 19. März 2009 nicht herzustellen sei. Gerade Dr. S. als Arzt des Unfallkrankenhauses weise zutreffend darauf hin, dass für die degenerativen Veränderungen kein Unfallereignis ursächlich gewesen sei, und er habe ausdrücklich die Behandlung zulasten der Krankenkasse angeordnet.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers hat gegen das am 16. Mai 2018 zugestellte Urteil am 4. Juni 2018 Berufung eingelegt, mit welcher er vorträgt, es sei zwar zutreffend, dass der Kläger nach dem Urlaub und auch noch am nächsten Tag weitergearbeitet habe, er habe aber keine körperlichen Arbeiten mehr ausgeführt, sondern nur noch Anweisungen erteilt. Ab dem darauffolgenden Montag habe er dann Urlaub gehabt. Im Übrigen habe er durchaus zunächst den Arm nicht anheben können, so dass auch von einem verletzungskonformen Verlauf auszugehen sei. Es komme daher durchaus auch dem Unfallverlauf Bedeutung zu; dieser habe so stattgefunden, dass er beim Anheben einer ca. 100 kg schweren Glasscheibe auf der Leiter ins Schwanken geraten sei. Dabei habe er das Gleichgewicht verloren und noch versucht, sich mit der rechten Hand festzuhalten. Er sei dabei nach hinten gestürzt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 27. April 2018 und den Bescheid der Beklagten vom 19. Oktober 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Juni 2016 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, unter Aufhebung des Bescheides vom 25. April 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. November 2013 einen Rotatorenmanschettenschaden als weitere Folge des Ereignisses vom 5. Mai 2011 anzuerkennen und ihm Leistungen nach einer MdE von mindestens 20 v.H. wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 5. Mai 2011 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte verweist darauf, dass es sich vorliegend um ein Verfahren nach [§ 44 SGB X](#) handle und dass das Weiterarbeiten, gleich in welcher Form, bei einem traumatischen Rotatorenmanschettenschaden unmöglich gewesen wäre. Ein sofortiger schmerzbedingter Abbruch der Arbeiten und das Aufsuchen eines Arztes seien in diesem Fall zu erwarten gewesen. Dr. K1 hat in einer ergänzenden Stellungnahme vom 29. Januar 2019 ausgeführt, am 14. Mai 2011 habe sich der Versicherte bei Dr. K. vorgestellt. Hier sei das seitliche Anheben des Armes über 90° eingeschränkt gewesen. Zeitnah sei dann am 21. Juni 2011 eine Kernspintomografie der rechten Schulter angefertigt worden. Hier habe sich eine initiale Omarthrose und eine Schultergelenksarthrose gezeigt. Die Rotatorenmanschette sei im Zusammenhang getrennt gewesen. Degenerationen hätten somit unzweifelhaft vorgelegen. Was im MRT vom 21. Juni 2011 jedoch gefehlt habe, sei in jedem Fall ein relevanter Gelenkserguss oder eine Schleimhautreizung. Komme es zu einer traumatischen Schädigung der Rotatorenmanschette, so heiße dies, es liege ein Einriss von Muskelgewebe oder Sehnengewebe vor. Bei einer Zusammenhangstrennung in der Schulter komme es sofort

zu einer entsprechenden Schwellung mit Blutergussverfärbung. Dies führe dann zu einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung in alle Richtungen, nicht nur beim seitlichen Abspreizen, sondern insbesondere für die Rotation. Derartige Veränderungen im MRT seien bis zu drei Monate nachweisbar, entsprechend hätte man derartige Veränderungen im MRT vom 21. Juni 2011 noch sehen müssen, was indes nicht der Fall sei. Hinzu komme, dass der Kläger bei der Erstvorstellung überhaupt nicht angegeben habe, zuvor ein Unfallereignis gehabt zu haben. Es gebe, unabhängig davon, welche Schilderung des Klägers von dem Unfall zugrunde zu legen sei, keinerlei Befunde, die für eine tatsächlich statt gegebene Strukturschädigung sprechen würden. Der Senat hat auf Veranlassung des Klägers ein Gutachten nach der Vorschrift des [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) eingeholt, welches Dr. T. erstellt hat. Dieser hat in seinem Gutachten vom 2. September 2019 ausgeführt, man befinde sich in der Situation, dass einerseits der Unfall grundsätzlich nicht geeignet sei, eine Rotatorenmanschette zu zerreißen, andererseits aber alternative Ursachen nicht bewiesen seien. Denn weder die Omarthrose, die Dr. P. und Dr. K1 angeführt hätten, noch die Arthrose des Schultergelenkes seien vorhanden. Es seien daher mehr Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass der Unfall für den eingetretenen Schaden verantwortlich sei, als für das Gegenteil. Gegen die Annahme des Unfalls vom 5. Mai 2011 als Ursache für den Defekt in der Supraspinatussehne spreche die fehlende sofortige Funktionslosigkeit und das weitere Arbeiten über mehr als eine Woche. Es seien auch mehrere Ungereimtheiten in dem Fall, die nicht zulasten des Klägers gehen könnten. Hier sei darauf hinzuweisen, dass im berufsgenossenschaftlichen Bericht ein falscher Unfall vermerkt sei und dass in der Operation keine Gewebeprobe entnommen worden sei. Wenn man sich strikt an die Richtlinien halte, dann müsse der Unfall zwar als grundsätzlich nicht geeignet für einen Riss an der Supraspinatussehne angesehen werden, eine alternative Ursache sei aber nicht vorhanden. So sei zu prüfen, ob der gleiche Schaden auch durch eine alltägliche Bewegung aufgetreten wäre, was nicht bejaht werden könne. Damit sei es so, dass mehr Gründe für die Annahme des Unfalls vom 5. Mai 2011 als Ursache sprächen als dagegen. Hiergegen hat für die Beklagte Dr. F. in einer beratungsärztlichen Stellungnahme geltend gemacht, es seien die Kriterien, wie das Verhalten nach dem Unfallereignis, der Funktionsverlust der Schulter und der intraoperative Befund von Dr. T. überhaupt nicht berücksichtigt worden. Des Weiteren seien im Operationsbericht deutliche degenerative Veränderungen subacromial als auch an der Bizepssehne aufgeführt, die im Zusammenschluss mit der MRT Beschreibung für eine degenerative Partiaalläsion der Supraspinatussehne sprächen. Auf einen Hinweis des Gerichts hat Dr. T. noch einmal dahingehend Stellung genommen, der genaue Unfallhergang bleibe zwar unklar, genau aus diesem Grund sei es aber nicht möglich, den Unfall als gänzlich ungeeignet zu erachten, einen Schaden der Rotatorenmanschette hervorzurufen. Die sehr diskreten Abnutzungserscheinungen, die im Operationsbericht gefunden worden seien, seien von Dr. P., Dr. K1 und Dr. F. völlig unberechtigt in den Vordergrund gestellt worden. Es gebe einen nachgewiesenen Sturz von der Leiter mit einer Verletzung der Schulter am 5. Mai 2011, keine nachgewiesenen Vorschäden und einen ansatznahen Defekt der Supraspinatussehne, welcher am 22. Juni 2011 nachgewiesen sei. All diese Kriterien sprächen in hohem Umfang für einen Unfallzusammenhang.

Hinsichtlich des weiteren Vorbringens der Beteiligten und des Sachverhalts im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der ausweislich der Sitzungsniederschrift vom 5. August 2020 zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemachten Akten und Unterlagen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist statthaft ([§§ 143, 144 SGG](#)) und auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) erhoben. Der Kläger hat indes keinen Anspruch auf Rücknahme des Bescheides vom 25. April 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. November 2013. Gemäß [§ 44 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch, Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) ist ein Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass dieses Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht oder Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind. Obwohl [§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) nicht ausdrücklich vor einer erneuten Sachprüfung das Durchlaufen zweier formaler Prüfungsabschnitte verlangt, wird nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) auch das Rücknahmeverfahren in der allgemeinen Verwaltung in Anlehnung an das Wiederaufnahmeverfahren für rechtskräftige Urteile (vgl. [§ 179 SGG](#)) als dreistufiges Verfahren angesehen. Daraus folgt, dass die Verwaltung in eine erneute Sachprüfung erst dann eintreten muss, wenn Gründe geltend gemacht werden, die ihrer Art nach geeignet sind, die Verwaltungsentscheidung in Frage zu stellen (erster Schritt) und diese Gründe tatsächlich vorliegen sowie der bestandskräftige Verwaltungsakt auf einen Umstand gestützt ist, welcher infolge der geltend gemachten Überprüfungsergebnisse nunmehr zweifelhaft geworden ist (zweiter Schritt). Ergibt sich also im Rahmen eines Antrages auf Erteilung eines Zugunstenbescheides nichts, was für die Unrichtigkeit der Vorentscheidung sprechen könnte, darf sich die Verwaltung ohne jede Sachprüfung auf die Bindungswirkung des ursprünglichen Bescheides berufen (vgl. ständige Rechtsprechung BSG, Urteile vom 3. Februar 1988 - [9/9a RV 18/86](#), vom 22. März 1989 - [7 RAr 122/87](#) und vom 3. April 2001 - [B 4 RA 22/00 R](#), jeweils Juris). Die objektive Beweislast für die Tatsachen, aus denen sich eine Unrichtigkeit des Verwaltungsaktes wegen fehlerhafter Sachverhaltsannahme ergeben kann, liegen bei dem Adressaten, hier also bei dem Kläger (vgl. Schütze in: v. Wulffen, SGB X, 8. Aufl. 2014, § 44, Rn. 12 m.w.N.). Als Anspruchsgrundlage für den von dem Kläger geltend gemachten Anspruch auf die Feststellung der weiteren Unfallfolge kommt allein [§ 102 SGB Siebtes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB VII\)](#) in Betracht. Diese Vorschrift regelt nicht nur das Schriftformerfordernis, sondern ermächtigt den Unfallversicherungsträger zugleich zur Entscheidung über das Bestehen/Nichtbestehen und über Inhalt und Umfang eines Sozialleistungsanspruchs nach dem SGB VII. Korrespondierend hierzu beinhaltet [§ 102 SGB VII](#) zugleich eine Anspruchsgrundlage für den Versicherten (vgl. dazu BSG, Urteil vom 5. Juli 2011 - [B 2 U 17/10 R](#), Juris; BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 23/11 R](#), Juris). Dabei umfassen Ermächtigung und Anspruchsgrundlage nicht nur die abschließende Entscheidung über den Leistungsanspruch, sondern auch die Entscheidung über jene Elemente des Anspruchs, die Grundlagen für jede aktuelle oder spätere Anspruchsentstehung gegen den Unfallversicherungsträger aufgrund eines bestimmten Versicherungsfalles sind (vgl. dazu BSG, Urteil vom 24. Juli 2012, [a.a.O.](#)). Hierzu gehören der Versicherungsfall, die Unfallfolgen im engeren Sinn, also die Gesundheitsschäden, die wesentlich durch den infolge des Unfalls erlittenen Gesundheitserstschaden verursacht wurden (sog. unmittelbare Unfallfolgen) und die Gesundheitsschäden, die nicht wesentlich durch den Gesundheitserstschaden verursacht wurden, die aber dem Unfallereignis aufgrund einer besonderen gesetzlichen Zurechnungsnorm zuzurechnen sind (sog. mittelbare Unfallfolgen). Ein Anspruch auf Feststellung als Unfallfolge besteht jedoch nur für Gesundheitsschäden, die in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem infolge einer versicherten Tätigkeit eingetretenen, von außen auf den Körper wirkenden Ereignis - dem Arbeitsunfallereignis - stehen. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass die den Versicherungsschutz begründende Tätigkeit, die dadurch verursachte Einwirkung und der möglicherweise dadurch bedingte Erstschaden ebenso wie der durch den Erstschaden verursachte gesundheitliche Dauerschaden im Überzeugungsgrad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, feststehen muss. Demgegenüber genügt für den Nachweis der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst recht nicht die bloße Möglichkeit. Den Nachteil aus der tatsächlichen Unaufklärbarkeit anspruchsbegründender Tatsachen hat nach den Regeln

der objektiven Beweislast der sich auf deren Vorliegen berufende Versicherte zu tragen (BSG, Urteil vom 20. Dezember 2016 – [B 2 U 16/15 R](#), Juris). Der Kläger hat am 5. Mai 2011 im Rahmen seiner versicherten Tätigkeit als Glaser einen Unfall erlitten, der von der Beklagten mit Bescheid vom 25. April 2013 als Arbeitsunfall anerkannt worden ist. Als Folge dieses Arbeitsunfalles wurde eine Zerrung und Quetschung des rechten Schultergelenkes, die zu einer unfallbedingten Behandlungsbedürftigkeit bis zum 21. Juni 2011 (Tag der MRT-Untersuchung) geführt hatte, anerkannt. Einzelheiten des Unfallgeschehens außer der Tatsache, dass der Kläger – nach widersprüchlichem Vortrag seinerseits nach vorn oder nach hinten – von der Leiter fiel, wobei er versuchte, sich mit der rechten Hand abzustützen, sind nicht bekannt. Dies geht zu Lasten des Klägers und dies nicht nur, weil den Kläger insoweit ohnehin nach den oben dargelegten Grundsätzen die Darlegungslast trifft, sondern auch, weil der Kläger, obwohl er im Umgang mit der Unfallversicherung als versiert anzusehen ist, zunächst bei allen Ärzten denen er sich – erstmals mehr als eine Woche nach dem Unfall – vorstellte, als Unfall nicht denjenigen vom 5. Mai 2011, sondern einen früheren von 2009 angab und detaillierte Angaben zum Unfallhergang vom 5. Mai 2011 gegenüber der Beklagten überhaupt erst im Januar 2012 machte. Dass der Kläger nunmehr in der mündlichen Verhandlung, nahezu 10 Jahre nach dem Ereignis, vorgetragen hat, er sei bereits am Sonnabend nach dem Unfall im Krankenhaus bei Dr. K. gewesen und habe dort auch das Datum des frischen Unfalls angegeben, was allerdings von der die Rahmendaten aufnehmenden Arzthelferin hartnäckig ignoriert worden sei, wertet der Senat als Schutzbehauptung und durch die Aktenlage als widerlegt. Dies gilt insbesondere aufgrund des Inhalts des Nachschauberichts des Dr. K. vom 14. Mai 2011, in welchem die Angaben des Klägers Dr. K. gegenüber recht dezidiert geschildert werden und in dem von einem frischen Unfall keine Rede ist. Letztlich kommt es indes auf den Unfallhergang nicht an. Soweit der Kläger nämlich einen Rotatorenmanschettenschaden der rechten Schulter als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 5. Mai 2011 geltend macht, hat sich der Senat nicht die erforderliche Überzeugung davon verschaffen können, dass dieser Gesundheitsschaden nach der Theorie der wesentlichen Bedingung durch das angeschuldigte Ereignis rechtlich wesentlich verursacht worden ist. Die Voraussetzungen für die Annahme einer Unfallfolge liegen nicht vor. Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis, wonach jedes Ereignis Ursache eines Erfolges ist, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). In einer zweiten Prüfungsstufe ist die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden können, d. h. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg unerheblichen Ursachen (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#), Juris). Diese Unterscheidung und Zurechnung erfolgt nach der Theorie der wesentlichen Bedingung, wonach als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen werden, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#), Juris). Für die Feststellung dieses Ursachenzusammenhangs genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit; diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden, sodass die reine Möglichkeit nicht ausreicht (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#), a.a.O.). Objektive Verursachung im Sinne der naturwissenschaftlichen Kausalität bedeutet hierbei einen nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand der einschlägigen Erfahrung, insbesondere der Wissenschaft, geprüften und festgestellten Wirkungszusammenhang zwischen einer bestimmten Wirkursache und ihrer Wirkung. Die versicherte Verrichtung muss also eine Wirkursache (ggf. neben anderen Wirkursachen) der Einwirkung und die Einwirkung eine Wirkursache (ggf. neben anderen Wirkursachen) des Gesundheitserstschadens sein. Dies sind Fragen, die nur auf der Grundlage von Erfahrungen über Kausalbeziehungen beantwortet werden können. Die Bedingungstheorie (conditio sine qua non) schließt hingegen nur Bedingungen aus, die nach der Erfahrung unmöglich Wirkursachen sein können (BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – [B 2 U 23/11 R](#), Juris). Erst wenn auf der ersten Stufe die objektive Verursachung bejaht wird, geht es auf der zweiten Stufe der Zurechnung um die Rechtsfrage, ob die auf der ersten Stufe abschließend festzustellende faktische Mitverursachung des Gesundheitsschadens durch die versicherte Verrichtung/versicherte Einwirkung überhaupt ein versichertes Risiko der Beschäftigtenversicherung verwirklicht hat, was ggf. davon abhängt, ob unversicherte Mitursachen und ihr Mitwirkungsanteil nach Maßgabe des Schutzzwecks der jeweiligen Versicherung in einer Gesamtabwägung dieser Umstände des Einzelfalls die Schadensverursachung derart prägen, dass dieser nicht mehr dem Schutzbereich der Versicherung, sondern dem allgemeinen Lebensrisiko unterfällt (BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – [B 2 U 23/11 R](#), a.a.O.). Hier bestehen durchaus bereits Zweifel an der objektiven Verursachung. Dass der Kläger, der bis dato auch kleinste Prellungen und Schürfwunden bei der Beklagten angezeigt hat, dies vorliegend erst mehr als ein halbes Jahr nach dem angeschuldigten Unfall getan hat, dass er zudem einen Arzt erst neun Tage nach dem Unfall aufgesucht und dort den nunmehr angeschuldigten Unfall nicht erwähnt hat, sondern stattdessen einen mehr als zwei Jahre zurückliegenden, spricht dagegen, dass bei dem Unfall prima facie mehr als eine Bagatellverletzung entstanden ist. Es ist zumindest ebenso gut denkbar, dass der Kläger irgendwann zwischen dem 5. Mai 2011 und dem 14. Mai 2011 einen privaten Unfall erlitten hat oder dass die bereits degenerierte Rotatorenmanschette schicksalhaft und zufällig innerhalb dieses Zeitraums gerissen ist. Schließlich ist wie oben dargelegt auch der Unfallhergang nicht geklärt. Dabei bleibt fraglich, ob überhaupt einer der geschilderten Hergänge, der Kläger sei nach vorne gefallen, wobei er noch versucht habe sich abzustützen, oder derjenige, er sei mit ausgestrecktem Arm nach hinten auf die Schulter gefallen, geeignet ist, eine Rotatorenmanschette zu zerreißen. Sowohl nach den Ausführungen des Dr. K1 als auch nach den ersten Ausführungen des Dr. T. ist dies nämlich grundsätzlich – wegen der bloßen Stauchung ohne Rotationskomponente – nicht der Fall. Letztendlich können aber auch diese Zweifel dahinstehen, denn der Senat vermag sich nicht die notwendige Überzeugung davon zu verschaffen, dass die versicherten Ursachen und ihr Mitwirkungsanteil nach Maßgabe des Schutzzwecks der Unfallversicherung in einer Gesamtabwägung dieser Umstände des Einzelfalls die Schadensverursachung derart prägen, dass dieser noch dem Schutzbereich der Versicherung und nicht vielmehr dem allgemeinen Lebensrisiko unterfällt. Beweispflichtig ist auch insoweit nach den oben dargelegten Maßstäben der Kläger. Dieser Beweis gelingt jedoch nicht, da nach den vorliegenden Unterlagen und Gutachten ernste Zweifel daran bleiben, dass der anerkannte Unfall des Klägers vom 5. Mai 2011 an der Rotatorenmanschettenruptur, die der Kläger erlitten hat, wesentlich mitgewirkt hat. Der Senat folgt dabei dem Gutachten des Dr. K1, welches nachvollziehbar und fundiert darlegt, warum vorliegend deutlich mehr dafür spricht, dass hier eine degenerative Veränderung die Rotatorenmanschettenruptur verursacht hat. Hierfür spricht zum einen der nicht verletzungskonforme Verlauf mit fehlendem Drop-Arm-Syndrom und dem Aufsuchen eines Arztes erst neun Tage nach dem Unfall, der nicht vollständigen Durchtrennung der Sehne und den fehlenden Anzeichen einer massiven Schwellung und eines massiven Blutergusses. Des Weiteren sprechen hierfür die bei dem Kläger im Zuge der damaligen Untersuchungen und Behandlungen festgestellten degenerativen Veränderungen. Bereits im Bericht der Radiologie im Gesundheitszentrum vom 22. Juni 2011 wurde festgestellt eine "Teilruptur der Supraspinatussehne mit entsprechender peritendinöser entzündlicher Aktivität. Initiale Omarthrose und AC-Arthrose". Diese degenerative Veränderung wurde am 6. August 2011 durch den Chirurgen Dr. K. bestätigt und die Behandlung zu Lasten der Beklagten daraufhin beendet. Auch der Chirurg Dr. S. bestätigt am 28. Juli 2011 degenerative Veränderungen. Im OP-Bericht vom 29. November 2011 wird dann deutlich, dass hier ein Impingement, also eine Schultergelenksenge, vorgelegen hat. Durch diese kommt es, wie Dr. K1 nachvollziehbar ausgeführt hat, über die Zeit zu einem mittelbaren Zerreiben, die einzelnen Sehnenschichten werden dünner. Wenn die Sehne partiell aufgefasert ist, kommt es zu einer unvollständigen Ruptur mit, wie es im OP-Bericht heißt, "dünnem Faserzug des bursaseitigen Sehenblattes" (also hier zum Schleimbeutel hin). Damit haben bei dem Kläger degenerative Veränderungen vorgelegen, die bereits im Juni 2011 festgestellt wurden. Die entgegenstehenden Gutachten von Dr. P1 und Dr. T. sind nicht verwertbar, da die Gutachter wesentliche

Unterlagen ignorieren und zum Teil rechtliche Wertungen treffen, die weder von ihnen zu treffen noch rechtlich vertretbar sind. So meint Dr. P1, für das Vorliegen degenerativer Vorschäden im Zeitpunkt des Unfalls sei ein Vollbeweis von der Beklagten zu führen und verneint das Vorliegen eines zeitgerechten MRT. Dies ist unzutreffend, denn im MRT vom 22. Juni 2011, also knapp sechs Wochen nach dem Unfall und damit, jedenfalls was eine vorbestehende, über Jahre sich entwickelnde Degeneration betrifft, zeitnah zu dem Ereignis, sind degenerative Veränderungen vermerkt. Dass keine histologische Untersuchung des Präparats erfolgt ist, geht hier darüber hinaus entgegen der Auffassung des Dr. P1 zu Lasten des Klägers, denn dieser hatte bis zur OP immer den Unfall von 2009 als verursachend angegeben, was bei einem frischen Riss aus Sicht der Ärzte eine Kausalität von vornherein ausschließen musste. Auch Dr. T. will die Angabe des "völlig falschen Unfalls" im bg-lichen Bericht und die nicht entnommene Gewebeprobe zugunsten des Klägers werten, übersieht dabei indes ebenso, dass dies auf den Angaben des Klägers beruhte, der nach Lage der Akten überhaupt erst im Dezember 2011 erstmals einen Unfall vom 5. Mai 2011 geltend gemacht hat. Zudem meint Dr. T., der Unfall sei für den Erstschaden bereits deshalb verantwortlich, weil eine alternative Ursache nicht bewiesen sei. Das ist rechtlich nach den dargelegten Kriterien ebenso wenig vertretbar wie der Umstand, dass Dr. T. das Vorliegen eines Unfalls und das Vorliegen einer Rotatorenmanschettenruptur selbst mit einer hohen Inzidenz dafür belegen will, dass das eine für das andere ursächlich gewesen sei. Degenerative Vorschäden werden in dem Gutachten bestritten, ohne auf die oben genannten Unterlagen einzugehen. Weder dem Gutachten des Dr. T., noch dem des Dr. P1 war danach zu folgen. Gründe für eine erneute Anhörung des Dr. T. im Termin waren nach dessen ausführlichen Stellungnahmen für den Senat nicht ersichtlich. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#), Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2020-10-01