

---

## S 4 U 3213/15

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

|               |                                       |
|---------------|---------------------------------------|
| Land          | Baden-Württemberg                     |
| Sozialgericht | Landessozialgericht Baden-Württemberg |
| Sachgebiet    | Unfallversicherung                    |
| Abteilung     | 3                                     |
| Kategorie     | Urteil                                |
| Bemerkung     | -                                     |
| Rechtskraft   | -                                     |
| Deskriptoren  | -                                     |
| Leitsätze     | -                                     |
| Normenkette   | -                                     |

#### 1. Instanz

|              |               |
|--------------|---------------|
| Aktenzeichen | S 4 U 3213/15 |
| Datum        | 20.04.2017    |

#### 2. Instanz

|              |               |
|--------------|---------------|
| Aktenzeichen | L 3 U 2188/17 |
| Datum        | 12.02.2020    |

#### 3. Instanz

|       |   |
|-------|---|
| Datum | - |
|-------|---|

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 20.04.2017 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Außergerichtliche Kosten des Klägers sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob eine SLAP-Läsion (Ablösung der Gelenkklippe beginnend vom Bizepssehnenanker vom vorderen Anteil der Schulterpfanne bis nach hinten) als Gesundheitserstschaden und die darauf zurückzuführenden Gesundheitsstörungen als Folgen des Arbeitsunfalls vom 20.01.2015 anzuerkennen sind.

Der im Juni 1968 geborene Kläger rutschte am 20.01.2015 gegen 15:15 Uhr im Rahmen seiner seit Mai 1992 ausgeübten Tätigkeit als Waldarbeiter etwa 10 bis 15 m weit einen Waldabhang hinunter und stürzte schließlich über eine Kante auf einen Waldweg. Am folgenden Tag stellte er sich gegen 8 Uhr bei dem Durchgangsarzt Dr. S. vor, der ausführte, der Kläger habe zum Unfallhergang angegeben, er sei "am Vortag im Wald einen Abhang zum Waldweg hinunter abgerutscht (ca. 1,70 m)". Nach Anfertigung von Röntgenaufnahmen

---

diagnostizierte Dr. S. eine Schultergelenksdistorsion rechts und fand keinen Anhalt für eine frische knöchernen Verletzung oder Luxation.

Am 02.02.2015 bestärkte Dr. S. nach Auswertung einer am 29.01.2015 angefertigten MRT-Aufnahme der rechten Schulter (Impingement mit feinen degenerativ bedingten Einrissen der Supraspinatussehne, Tendinitis der Infrapinatussehne, knapp 3 cm großes Ganglion subglenoidal) die Diagnose einer Schultergelenksdistorsion und führte aus, die Beschwerden (Schmerzen und Abduktionshemmung über die Horizontale im rechten Schultergelenk) seien durch degenerative Veränderungen bedingt. Bei der Nachuntersuchung habe der Kläger über persistierende, aber rückläufige Schmerzen im rechten Schultergelenk geklagt. Klinisch habe sich die Beweglichkeit insgesamt verbessert. Ursache für die noch bestehenden Beschwerden seien die degenerativen Veränderungen.

Der Kläger stellte sich am 13.02.2015 in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. (BGU) vor, wo anhand der MRT-Aufnahme vom 29.01.2015 eine Tendinopathie der Supraspinatussehne ansatznah transmural mit Riss ohne Retraktion sowie eine SLAP-Läsion und eine paralaterale Zyste mit Ausläufern ins Labrum nach Sturz vom 20.01.2015 diagnostiziert wurden und unter der Anamnese angegeben wurde, der Kläger habe berichtet, am 20.01.2015 bei Arbeiten in einem Waldstück abgerutscht und einen Hang hinabgestürzt zu sein. Am Ende des Hanges sei er noch ca. 1,5 m tief gestürzt und in Rückenlage mit dem rechten Arm in Retroversion sowie Abduktion aufgekommen. Initial habe er kaum Beschwerden gehabt, diese hätten sich im Verlauf eingestellt.

Am 22.04.2015 erfolgte in der BGU eine arthroskopische Operation der rechten Schulter, wobei eine SLAP-4-Läsion diagnostiziert und mittels Bizepssehnentendonektomie (Fixierung der Bizepssehne) behandelt wurde. Die histologische Untersuchung eines proximal entnommenen Resektats der Bizepssehne zeigte am 24.04.2015 Sehnenfragmente mit mukoider Degeneration und mit gering gestörter Architektur ohne frische Blutung und ohne Hinweis auf eine traumatische Genese.

Die Beklagte holte eine Auskunft des Hausarztes W. ein, der am 28.04.2015 u.a. Berichte über ambulante Behandlungen wegen Beschwerden an der linken Schulter (wegen Impingement am 01.02.2008, 14.03.2008 und 21.09.2009; wegen Distorsion am 08.07.2014) vorlegte. Ärztliche Behandlungen an der rechten Schulter des Klägers waren in den vom Hausarzt übersandten Unterlagen und in dem von der Beklagten beigezogenen Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse nicht erwähnt.

Im von der Beklagten erbetenen Schulterfragebogen gab der Kläger am 04.05.2015 zum Unfallhergang an, er sei ausgerutscht, ca. 10 m seitlich "nach unten gerutscht" und "bei ca 2-2 ½ m" auf den Weg gefallen. Da er die Motorsäge in der Hand gehabt habe, sei er dann auf diese, als sie ausgestreckt gewesen sei, gefallen. Nach dem Aufprall habe sich der Arm pelzig/betäubt angefühlt. "Danach" habe er starke Schmerzen im Arm-/Schulterbereich gehabt.

---

Er habe das Schultergelenk anfangs noch belasten können, jedoch nicht mehr nach 1 bis 2 Tagen.

Mit Bescheid vom 21.07.2015 erkannte die Beklagte das Ereignis vom 20.01.2015 als Arbeitsunfall und als dessen Folge eine Zerrung der rechten Schulter an. Ebenso erkannte sie Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit in der Zeit vom 21.01.2015 bis 17.02.2015 als unfallbedingt an und lehnte die Gewährung einer Entschädigung für die seit dem 18.02.2015 ärztlich behandelten Beschwerden ab, weil diese nicht Folgen des Arbeitsunfalls vom 20.01.2015 seien.

Zur Begründung des hiergegen eingelegten Widerspruchs trug der Kläger zum Unfallhergang vor, nach dem Sturz habe er auf der rechten Seite gelegen und der rechte Arm sei taub gewesen. Nach dem Aufstehen habe er für etwa zwei bis drei Minuten Schmerzen im Arm gehabt und gedacht, "dass der Arm wieder in Ordnung kommt". Da es kurz vor Feierabend gewesen sei, habe er die Arbeit nicht wiederaufgenommen und sei nach Hause gegangen. In der folgenden Nacht sei er gegen 2:30 Uhr mit stärksten Schmerzen im Arm aufgewacht und habe sich am Morgen beim Arzt vorgestellt.

Die Beklagte holte eine beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. T. ein, der am 21.09.2015 ausführte, ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der SLAP-Läsion lasse sich nicht mit der notwendigen Überwiegenden Wahrscheinlichkeit bestätigen. Es fehle bereits an Hinweisen darauf, dass bei dem Unfall eine enorm erhöhte Zugbelastung auf die Ursprungsregion der langen Bizepssehne eingewirkt habe. Zudem habe die Auswertung des Bildmaterials hier keine sicheren Verletzungszeichen ergeben und der im Operationsbericht angegebene Grad 4 der SLAP-Läsion gehöre zu den Defektformen, die in der Literatur als gerade nicht traumatisch bedingt angesehen würden.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 14.12.2015 zurück und verwies zur Begründung hinsichtlich der SLAP-Läsion auf die Ausführungen des Dr. T.!

Mit der am 21.12.2015 beim Sozialgericht Reutlingen (SG) erhobenen Klage hat der Kläger zunächst als weitere Unfallfolgen "Beschwerden im Bereich der rechten Schulter/Schmerzen und Partialruptur Supraspinatussehne" sowie die Gewährung einer Rente nach einer MdE um 20 v.H. geltend gemacht, seinen Klageantrag dann in der mündlichen Verhandlung am 20.04.2017 aber auf die Anerkennung der SLAP-Läsion rechts als Gesundheitserstschaden sowie der darauf zurückzuführenden Beschwerden als Unfallfolgen beschränkt.

Das SG hat zunächst Prof. Dr. St., ärztlicher Direktor der Unfallchirurgischen Klinik der BGU, schriftlich als sachverständigen Zeugen angehört. Dieser hat am 10.03.2016 mitgeteilt, im Rahmen der am 24.04.2015 durchgeführten Operation habe sich eine SLAP-Läsion gezeigt. Dies könne als typische Folge des dargestellten Unfallmechanismus mit einem Zurückkreifen, also einer Retroversion des Armes mit Abduktionsbewegung, gewertet werden.

---

In einer von der Beklagten vorgelegten beratungsärztlichen Stellungnahme hat Dr. T. am 05.04.2016 darauf hingewiesen, die von Prof. Dr. St. unterstellte Annahme einer Retroversion mit Abduktion des rechten Armes sei rein spekulativ und lasse sich aus den Angaben zum Unfallhergang nicht ableiten. Aus den Schilderungen des Klägers im Schulterfragebogen und im Widerspruchsverfahren sei allenfalls auf eine axiale, also in Längsrichtung des Armes wirkende Krafteinwirkung zu schließen, während eine Dehnungsbelastung der Befestigungsregion der Bizepssehne nicht sicher abzuleiten sei. Für die beim Kläger festgestellte SLAP-Läsion gebe es bisher nur einen wissenschaftlich gesicherten Mechanismus, nämlich eine ruckhafte Krafteinwirkung auf den angewinkelten, in Außenrotation befindlichen Unterarm mit hierbei angespannter Bizepsmuskulatur. Ein solcher sei hier nicht erkennbar. Außerdem gehöre der fragliche Defekt zu denjenigen, die nicht als traumatisch bedingt angesehen würden, da es im Bereich des Bizepssehnenankers auch anlagebedingte Spaltbildungen gebe, die sich oft von degenerativen Schäden makroskopisch kaum abgrenzen ließen.

Das SG hat von Amts wegen ein Sachverständigengutachten des Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. Kn. eingeholt, das dieser nach ambulanter Untersuchung des Klägers (21.04.2016) am 10.05.2016 erstellt hat. Der Gutachter hat eine leichte Funktionsbeeinträchtigung des rechten Schultergelenks nach operativer Behandlung einer alten Ruptur der langen Bizepssehne und operativer Behandlung eines subacromialen Impingementsyndroms mit Supraspinatussehnenpartialläsion, eine SLAP-Läsion und eine Bizepssehnentendopathie (22.04.2015 und 16.11.2015) diagnostiziert. Er ist zum Ergebnis gekommen, Folge des Unfalles vom 20.01.2015 sei eine verheilte Zerrung des rechten Schultergelenks, während die SLAP-Läsion eine vom Unfall unabhängige Gesundheitsstörung sei. Zur Beurteilung der intraoperativ am 22.04.2015 festgestellten SLAP-4-Läsion sei von der Schilderung des Klägers auszugehen, er sei mit im Schultergelenk zur Seite hin abgespreiztem Arm und mit in der Hand gehaltener Motorsäge am Hang abgeglitten und auf den abgespreizten Arm gefallen. Auf Frage des Sachverständigen habe der Kläger ein Zurückkreißen des Armes im Schultergelenk explizit verneint und auch angegeben, mit dem rechten Arm nirgends hängen geblieben zu sein. Somit habe der sachverständige Zeuge Prof. Dr. St. bei seiner Beurteilung einen vom Kläger nicht bestätigten Unfallhergang zugrunde gelegt. In der zeitnah zum Unfallgeschehen gefertigten MRT-Aufnahme vom 29.01.2015 seien keine gesicherten verletzungsspezifischen Befunde (Einblutungen, Hinweise für Instabilität etc.) und auch keine Begleitverletzungen nachgewiesen worden. Auch im Operationsbericht der BGU vom 22.04.2015 seien keine frischen unfallbedingten Schäden beschrieben worden und die histologische Untersuchung habe neben mukoider Degeneration der Sehnenfragmente keine frische Einblutung gezeigt, so dass auch nach dem Pathologiebericht kein Hinweis auf eine traumatische Genese gesehen worden sei. Siderinablagerungen, die sich in histologischen Untersuchungen auch noch lange Zeit nach einem Trauma als Zeichen der ehemaligen Einblutung zeigten, seien in diesem Fall explizit nicht gefunden worden. Dr. Kn. hat weiter ausgeführt, es habe eine dem Alter deutlich vorauseilende mukoider Degeneration der langen Bizepssehne und damit eine nach Art und Ausmaß bisher klinisch stumme und so ausgeprägte Schadenslage bestanden, dass wahrscheinlich auch alltägliche Belastungen den Schaden zeitnah verursacht

---

hätten. Damit seien die unfallunabhängigen Einwirkungen von  $\frac{1}{4}$ berragender Bedeutung. Eine MdE liege nicht vor.

In der nichtöffentlichen Sitzung des SG vom 23.08.2016 hat der Kläger erneut den Unfallhergang geschildert und angegeben, nach dem Aufprall auf den Boden sei der Arm für ungefähr 10 Minuten taub gewesen. Er habe eigentlich weiterarbeiten wollen und gedacht, "das wird". Ein Kollege habe gemeint, sie machten jetzt Feierabend und er solle zum Arzt gehen. In der Nacht sei er gegen halb drei aufgewacht und habe "richtige Schmerzen" gehabt.

Auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers ([ÄS 109 SGG](#)) hat das SG ein Sachverständigengutachten bei Prof. Dr. E., Chefarzt der Abteilung für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie an der S.-klinik W., eingeholt, das dieser nach Untersuchung des Klägers (10.10.2016) am 07.12.2016 erstellt hat. Der Sachverständige hat seiner Beurteilung die Unfallschilderung des Klägers vom 23.08.2016 zugrunde gelegt und ist zum Ergebnis gekommen, dass die SLAP-4-Läsion der rechten Schulter mit Wahrscheinlichkeit teilsröchlich auf das Unfallereignis vom 20.01.2015 zurückzuführen sei. Die Läsion sei in diesem Fall nicht primär klinisch untersucht (der hierfür geeignete O'Brien-Test sei nicht durchgeführt worden) und im MRT vom 29.01.2015 nicht erkannt worden, was allerdings ein Defizit der kernspintomografischen Nativ-Untersuchung sei. Die Diagnose sei dann erst am 22.04.2015 in der BGU gestellt worden. Für einen kausalen Zusammenhang mit dem Unfallmechanismus spreche das zeitgleiche Eintreten des schmerzhaften Funktionsverlustes am Unfalltag und das Einstellen der Arbeit nach dem Unfall. Auch das Fortbestehen der Beschwerdesymptomatik bis zur Arthroskopie im April 2015 belege die Ursächlichkeit des Unfalles. Auch wenn die Literatur bei einer SLAP-4-Läsion eher ein degeneratives und kein traumatisches Geschehen annehme und hier nur ein geringgradiger Erguss und kein Bone bruise vorgelegen habe, müsse man dem Kläger zugestehen, dass die Schulter bis zum Unfall voll funktionstüchtig gewesen sei. Degenerative Veränderungen der langen Bizepssehne hätten schon vor dem Unfall zu Beschwerden führen müssen. Die Kernspintomographie vom 29.01.2015 habe eine voll ausgeprägte Muskulatur und keine fettige Degeneration im Sinne einer Schonung gezeigt. Die histologische Untersuchung der BGU habe nur eine gering gestörte Architektur  $\hat{=}$  keine fortgeschrittene Degeneration  $\hat{=}$  der langen Bizepssehne ergeben, wobei allerdings der fehlende Nachweis einer frischen Blutung gegen einen Unfallmechanismus spreche. In der Zeit zwischen Unfall und Histologie habe der Körper hier genügend Zeit gehabt, eine frische Blutung zu resorbieren. Es wäre daher hilfreich gewesen, wenn der Pathologe sich zu Abbauprodukten der Blutung, insbesondere zu in der Sehne verbliebenen Eisenanteilen (Hämosiderinablagerungen) geäußert hätte, die man dann als Hinweis auf eine stattgehabte, wenn auch nicht frische Blutung hätte interpretieren können. Abschließend ist Prof. Dr. E. zum Ergebnis gekommen, eine MdE bestehe nicht.

Die Beklagte hat noch eine beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. M. vom 15.02.2017 vorgelegt, der sich der Beurteilung des Prof. Dr. E. nicht angeschlossen hat.

---

Das SG hat die Beklagte mit Urteil vom 20.04.2017 verpflichtet, unter Abänderung des Bescheids vom 21.07.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.12.2015 die SLAP-Läsion als Gesundheitserstschaden und die darauf zurückzuführenden Beschwerden als Unfallfolgen anzuerkennen. Das Gericht hat seine Entscheidung insbesondere auf das Gutachten des Prof. Dr. E. und die sachverständige Zeugenauskunft des Prof. Dr. St. gestützt. Die Diagnose einer SLAP-4-Läsion an sich stelle ein lediglich schwaches Argument gegen die Annahme eines Unfallzusammenhangs dar. Wenn auch der Kläger den genauen Unfallhergang nicht mehr beschreiben könne, gehe die Kammer von einer generellen Geeignetheit des Unfallgeschehens aus und maßgeblich sei hier der Sturzvorgang mit einem ausgestreckten, leicht gebeugten und abduzierten Arm mit reflektorischer Anspannung der Bizepssehne. Ferner könne unterstellt werden, dass während des gesamten Vorgangs (Abrutschen am Hang und anschließender Sturz) Belastungen eingetreten seien, die den Bizepssehnenapparat erreicht hätten. Die klinische Erstsymptomatik (schmerzhafter Funktionsverlust zeitnah zum Unfall, Beenden der Arbeit, Vorstellung beim Arzt am Folgetag) spreche für einen Unfallzusammenhang. Die Ende Januar 2015 gefertigte Kernspintomographie habe zwar einen geringen Erguss als Hinweis auf eine unfallbedingte Verletzung gezeigt, sei aber zur Diagnose einer SLAP-Läsion nicht geeignet gewesen und daher als Argument für oder gegen einen Unfallzusammenhang nicht heranzuziehen. Anhand der übereinstimmenden Auffassungen von Dr. Kn. und Prof. Dr. E. gehe die Kammer von einer zum Unfallzeitpunkt bestehenden degenerativ bedingten Schadensanlage (für die Degeneration der Rotatorenmanschette und für die SLAP-Läsion) aus, was zunächst gegen den Unfallzusammenhang spreche. Allerdings seien beim Kläger, der seine Tätigkeit als Waldarbeiter bis zum Unfall mit funktionstüchtiger Schulter ausgeübt habe, keine Vorerkrankungen aufgetreten und entgegen der Auffassung des Dr. Kn. könne nicht angenommen werden, dass auch ein anderes alltägliches Ereignis die SLAP-Läsion zu etwa derselben Zeit und im selben Ausmaß hätte bewirken können. Der bei der Arthroskopie erhobene intraoperative und histologische Befund spreche bereits wegen des zeitlichen Abstands zum Unfall weder eindeutig für noch gegen einen Unfallzusammenhang. In der Gesamtschau sprächen die gewichtigeren Argumente für eine teils traumatisch bedingte SLAP-Läsion.

Gegen das ihr am 11.05.2017 zugestellte Urteil richtet sich die am 02.06.2017 eingelegte Berufung der Beklagten, zu deren Begründung sie auf die Stellungnahmen und Gutachten von Dr. T., Dr. Kn. und Dr. M. verweist und erneut hervorhebt, dass der Kläger den genauen Unfallhergang nicht mehr beschreiben könne. Das SG hätte daher seine Annahme des Geschehens nicht als gesichert zu Grunde legen und seine Schlussfolgerung des Kausalzusammenhangs nicht darauf stützen dürfen. Das Urteil sei auch insoweit nicht schlüssig, als eine zum Unfallzeitpunkt bestehende Schadensanlage angenommen, das Vorliegen von Vorerkrankungen jedoch verneint worden sei. Weder im MRT noch intraoperativ hätten sich verletzungsspezifische Befunde gezeigt. Außerdem würden SLAP-4-Läsionen nach dem derzeitigen Stand der wissenschaftlichen medizinischen Erkenntnisse eher als degeneratives Schadensbild angesehen.

---

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 20.04.2017 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Der Senat hat Dr. B., Oberarzt am Institut für Pathologie und Neuropathologie der Universitätsklinik T., schriftlich als sachverständigen Zeugen angehört. Dieser hat am 12.02.2018 einen Nachbericht zu dem am 22.04.2015 intraoperativ entnommenen Resektat aus dem langen Bizepssehnenstumpf der rechten Schulter erstellt und mitgeteilt, das Sehnenfragment zeige eine kleinherdige mukoide Degeneration und eine umschriebene Texturstörung der kollagenen Fasern. Es beständen keine rezente Blutung, keine Hämosiderindepots und keine erkennbaren Gefäßneinsprossungen im Sehnenewebe. Bereits 2015 sei am Schnitt eine Berliner-Blau-Reaktion angefertigt worden, die negativ gewesen sei und Hämosiderindepots nicht gezeigt habe.

Der Senat hat auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers ([§ 109 SGG](#)) eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme des Prof. Dr. E. eingeholt, der am 21.08.2019 mitgeteilt hat, er werte die Arbeitsfähigkeit mit vollem körperlichen Einsatz bis zum Unfall, die fehlende Muskelatrophie der Supra- und Infrapinatussehne und die Histologie der langen Bizepssehne mit gering gestörter Sehnenarchitektur ohne frische Einblutung, ohne Hämosiderinablagerungen und ohne Gefäßneinsprossungen (Befund Dr. B.) weiterhin als Kriterien für einen Unfallzusammenhang. Wenn degenerative Veränderungen der langen Bizepssehne ansatznah bestanden hätten, dann wären tatsächlich Hämosiderinablagerungen und erkennbare Gefäßneinsprossungen erkennbar gewesen. Dies sei hier aber auch nach vier Monaten nicht der Fall gewesen. Die Nachbefundung des Dr. B. zeige deutlich, dass es sich nicht um eine degenerative Vorerkrankung, sondern um eine hauptsächlich akute Verletzung des Schultergelenks an dem Ansatz der langen Bizepssehne am Glenoid gehandelt habe. Repetitive Belastungen könnten zwar eine Lockerung am Sehnenansatz verursachen, diese hätten jedoch hier bis zum Unfall nicht zu einer behandlungsbedingten Beschwerdesituation geführt.

Die Beklagte hat abschließend eine beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. Ob. vom 26.10.2018 vorgelegt. Dieser hat ausgeführt, der Rückschluss des Prof. Dr. E., dass bei degenerativen Sehnenschädigungen Hämosiderindepots nachweisbar sein müssten, sei falsch. Sehnen seien bradytrophes Gewebe mit physiologisch nur sehr eingeschränkter Blutversorgung, die sich mit zunehmendem Alter weiter verschlechtere, so dass degenerative Schäden nicht zwingend mit chronischen Blutungen einhergingen. Auch das Fehlen von Gefäßneinsprossungen könne weder für noch gegen die Argumentation einer traumatischen Schädigung verwendet werden, da diese als Hinweise auf reparative Vorgänge sowohl bei degenerativen als auch bei traumatischen

---

Schädigungen auftraten. Der Körper unterscheide an dieser Stelle nicht. Der zeitliche Abstand zwischen Unfall und Probenentnahme müsse auch berücksichtigt werden und grundsätzlich könnten lediglich fortgeschrittene Gefäß-Einsprossungen in einer wenige Tage nach einem Trauma entnommenen Sehnenprobe als Beleg für eine längerfristig zurückliegende Schädigung dienen.

Mit Verfügung vom 04.09.2018 hat die damalige Senatsvorsitzende als zuständige Berichterstatterin die Beteiligten auf den Aufsatz von Hempfling, Wich, Eisenkolb und Klemm "SLAP-Läsionen und deren medizinisch-gutachterliche Wertung" (veröffentlicht in MedSach 114, 3/2018) hingewiesen.

In der mündlichen Verhandlung am 12.02.2020 hat der Senat den Kläger persönlich zum Unfallhergang angehört.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 143](#) und [144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte sowie nach [§ 151 SGG](#) form- und fristgerechte und auch im übrigen zulässige Berufung der Beklagten ist begründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist die Aufhebung des Urteils des SG vom 20.04.2017, mit dem die Beklagte auf die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage des Klägers ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1](#) und 2 SGG) unter Abänderung ihres Bescheides vom 21.07.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.12.2015 zur Anerkennung der SLAP-4-Läsion als Gesundheitserstschaden sowie der darauf zurückzuführenden Beschwerden als Unfallfolgen verurteilt worden ist. Die insoweit statthafte kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ist zwar zulässig, jedoch unbegründet, weshalb auf die Berufung der Beklagten das Urteil des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen war.

Die Beklagte ist nicht verpflichtet, eine SLAP-4-Läsion an der rechten Schulter des Klägers als Folge des Arbeitsunfalls vom 20.01.2015 anzuerkennen, denn diese Gesundheitsstörung ist keine Folge dieses Arbeitsunfalls. Der Unfall hat ausschließlich zu einer Zerrung der rechten Schulter des Klägers geführt, was die Beklagte mit Bescheid vom 21.07.2015 auch anerkannt hat.

Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit ([§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)).

Bei dem Unfall vom 20.01.2015 handelte es sich, was zwischen den Beteiligten unstreitig ist, um einen Arbeitsunfall, denn der Kläger erlitt den Sturz während der Verrichtung seiner versicherten Tätigkeit als Waldarbeiter. Jedoch vermag der

---

Senat nicht festzustellen, dass beim Kläger über die mit Bescheid vom 21.07.2015 anerkannten Unfallfolgen hinaus weitere Gesundheitsschäden bestehen, die mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall vom 20.01.2015 zurückzuführen sind. Der Unfall hat nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme weder unmittelbar ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)) noch mittelbar ([§ 11 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 SGB VII](#)) zu der hier streitigen Gesundheitsstörung einer SLAP-4-Läsion geführt.

Für die Berücksichtigung eines Gesundheitsschadens als Folge eines Arbeitsunfalls im Sinne des [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) ist im Regelfall erforderlich, dass dieser Gesundheitsschaden im Sinne eines Gesundheitserstschadens wesentlich durch das Unfallereignis verursacht worden (haftungsbegründende Kausalität) ist oder im Sinne eines Gesundheitsdauerschadens aufgrund des Gesundheitserstschadens entstanden (haftungsausfüllende Kausalität) ist (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 31.01.2012 â€‹ [B 2 U 2/11 R](#) â€‹ juris Rn. 16 unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 29.11.2011 â€‹ [B 2 U 10/11 R](#) â€‹ juris; BSG, Urteil vom 18.01.2011 â€‹ [B 2 U 9/10 R](#) â€‹ juris; BSG Urteil vom 18.11.2008 â€‹ [B 2 U 27/07 R](#) â€‹ juris).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweiswürdigung, dass die Gesundheitsschäden im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen müssen. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge zwischen dem Unfallereignis und den als Unfallfolgen geltend gemachten Gesundheitsstörungen ist die hinreichende Wahrscheinlichkeit erforderlich; die bloße Möglichkeit genügt insoweit nicht (BSG, Urteil vom 04.07.2013 â€‹ [B 2 U 11/12 R](#) â€‹ juris Rn. 12 unter Hinweis auf BSG vom 29.11.2011 â€‹ [B 2 U 26/10 R](#) â€‹ juris; BSG, Urteil vom 15.09.2011 â€‹ [B 2 U 25/10 R](#) â€‹ juris; BSG, Urteil vom 15.09.2011 â€‹ [B 2 U 22/10 R](#) â€‹ juris; BSG, Urteil vom 02.04.2009 â€‹ [B 2 U 30/07 R](#) â€‹ juris; BSG, Urteil vom 02.04.2009 â€‹ [B 2 U 9/08 R](#) â€‹ juris). Es gelten die allgemeinen Regeln der materiellen Beweislast. Danach trägt derjenige, der ein Recht für sich beansprucht, nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten der Ermittlung die materielle Beweislast für das Vorliegen der tatsächlichen Voraussetzungen dieses Rechts (BSG, Urteil vom 31.01.2012 â€‹ [B 2 U 2/11 R](#) â€‹ juris Rn. 28 unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 18.11.2008 â€‹ [B 2 U 27/07 R](#) â€‹ juris; BSG, Urteil vom 09.05.2006 â€‹ [B 2 U 1/05 R](#) â€‹ juris).

Bei der objektiven Verursachung kommt es darauf an, dass die versicherte Verrichtung für das Unfallereignis und dadurch für den Gesundheitserstschaden oder den Tod eine (Wirk-)Ursache war. (Wirk-)Ursachen sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die infrage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen. Insoweit ist Ausgangspunkt die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolgs gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen würde (conditio-sine-qua-non). Ob die versicherte Verrichtung eine Wirkursache in diesem Sinne war, ist eine rein tatsächliche Frage. Sie muss aus der nachträglichen Sicht (ex post) nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über

---

Kausalbeziehungen beantwortet werden. Steht die versicherte Tätigkeit als eine der (Wirk-) Ursachen fest, muss sich auf der zweiten Stufe die Einwirkung rechtlich unter Würdigung auch aller weiteren auf der ersten Stufe festgestellten mitwirkenden unversicherten Ursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich des jeweils erfüllten Versicherungstatbestandes fallenden Gefahr darstellen. Bei dieser reinen Rechtsfrage nach der Wesentlichkeit der versicherten Verrichtung für den Erfolg der Einwirkung muss entschieden werden, ob sich durch das versicherte Handeln ein Risiko verwirklicht hat, gegen das der jeweils erfüllte Versicherungstatbestand gerade Schutz gewähren soll (BSG, Urteil vom 04.12.2014 – [B 2 U 18/13 R](#) – juris, unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 26.06.2014 – [B 2 U 4/13 R](#) – juris; BSG, Urteil vom 13.11.2012 – [B 2 U 19/11 R](#) – juris; BSG, Urteil vom 24.07.2012 – [B 2 U 9/11 R](#) – juris).

Nach diesen Maßstäben vermag sich der Senat ausgehend vom Vorbringen der Beteiligten und vom Stand der medizinischen Beweisaufnahme dem Urteil des SG nicht anzuschließen, soweit dieses davon ausgegangen ist, dass im vorliegenden Fall mehr Argumente für einen Unfallzusammenhang des streitigen Schadensbildes einer SLAP-4-Läsion als dagegen sprechen. Vielmehr war der Unfall vom 20.01.2015 nicht conditio-sine-qua-non für die Entstehung dieses Schadensbildes, wovon der Senat gestützt auf das schlüssige Gutachten des Dr. Kn. sowie die Auskunft des sachverständigen Zeugen Dr. B. ausgeht.

So sprechen bereits der am 21.01.2015 von Dr. S. erhobene Erstbefund sowie der bei der Nachuntersuchung am 02.02.2015 von ihm erhobene Befund gegen einen Unfallzusammenhang. Der Durchgangsarzt hat am Tag nach dem Unfall Röntgenaufnahmen gefertigt, eine Schultergelenksdistorsion rechts diagnostiziert und keinen Anhalt für eine frische knöcherne Verletzung oder Luxation gefunden. Klinisch fand Dr. S. eine schmerzbedingt endgradig eingeschränkte aktive Beweglichkeit des passiv frei beweglichen Schultergelenkes. Am 02.02.2015 bestätigte Dr. S. seine Erstdiagnose auch nach Auswertung einer am 29.01.2015 angefertigten MRT-Aufnahme der rechten Schulter (Impingement mit feinen degenerativ bedingten Einrissen der Supraspinatussehne, Tendinitis der Infrapinatussehne, knapp 3 cm großes Ganglion subglenoidal) und führte die Beschwerden (Schmerzen und Abduktionshemmung über die Horizontale im rechten Schultergelenk) auf degenerative Veränderungen zurück. In diesem Zusammenhang hat der Sachverständige Dr. Kn. darauf hingewiesen, dass die MRT-Aufnahme keine Hinweise auf frische Verletzungen oder Begleitverletzungen (Einblutungen, Instabilitäten, Bone bruise) ergeben hat, was auch der vom Kläger gemäss [§ 109 SGG](#) benannte Sachverständige Prof. Dr. E. bestätigt hat und was gegen eine traumatische Verursachung der SLAP-4-Läsion spricht. Zwar hat das SG zutreffend darauf hingewiesen, dass nach dem derzeitigen Stand der wissenschaftlichen medizinischen Erkenntnisse eine SLAP-4-Läsion zwar eher, aber eben nicht zwingend auf eine degenerative Verursachung schließen lässt und die Diagnose für sich genommen also weder für noch gegen einen Unfallzusammenhang spricht. Dem ist jedoch unter Berücksichtigung der Darstellung des aktuellen Diskussionsstandes in der medizinischen Literatur entgegenzuhalten, dass ohne ein entsprechendes Knochenmarködem am Oberarmkopf ein Unfallzusammenhang mit Verletzung der SLAP-Region "nicht

---

wahrscheinlich" ist (vgl. Hempfling, Wich, Eisenkolb und Klemm "SLAP-Läsionen und deren medizinisch-gutachterliche Wertung" in: MedSach 114, 3/2018, S.124). Dass ein solches Knochenmarködem durch den Arbeitsunfall hier eingetreten ist, kann jedoch anhand der zeitnah zum Unfall gefertigten Aufnahmen bildgebender Verfahren nicht festgestellt werden.

Etwas anderes ergibt sich insoweit insbesondere auch nicht aus der vom Senat noch eingeholten Auskunft des sachverständigen Zeugen Dr. B. Die nach dessen Angaben bereits nach der Arthroskopie 2015 angefertigte Berliner-Blau-Reaktion am Resektat zeigte keine Hämosiderindepots und Gefäßneinsprossungen waren im Sehnenverlauf nicht erkennbar. Damit ist eine stattgehabte Blutung als Hinweis für eine traumatische Verletzung der Sehne (vgl.

Schäfer/Inberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 427) nicht nachgewiesen, worauf auch Dr. Kn. in seinem Gutachten hingewiesen hat. Den Ausführungen des Prof. Dr. E. kann in diesem Zusammenhang nicht gefolgt werden. Nachdem er zunächst bestätigt hat, dass nach dem vom Durchgangsarzt erhobenen Befund auch nach Auswertung der MRT-Aufnahme weder Bone bruise noch eine "tatsächliche Ruptur der Sehne" nachweislich stattgefunden hätten (S. 13 des Gutachtens vom 07.12.2016), hat er dann betont, ein Nachweis von Hämosiderinablagerungen als Hinweis auf eine stattgehabte Blutung "wäre hilfreich gewesen" (S. 16 des Gutachtens vom 07.12.2016). Nachdem dann Dr. B. auf Anfrage des Senats mitgeteilt hat, die Berliner-Blau-Reaktion des bei der Operation am 22.04.2015 entnommenen Sehnenresektats habe keine solchen Hämosiderinablagerungen gezeigt, hat Prof. Dr. E. in seiner Stellungnahme vom 21.08.2018 das Fehlen dieser Ablagerungen wegen des Zeitablaufes als "passend" bezeichnet und es nun als Argument gegen chronische Einblutungen im Sinne einer degenerativen Erkrankung und damit als Pro-Kriterium für einen Unfallzusammenhang verwendet. Diese gutachterliche Argumentation erscheint unschlüssig und ist nicht geeignet, den Nachweis eines unfallnahen traumatischen Verletzungsbildes zu führen.

Ebenfalls gegen einen Unfallzusammenhang spricht der dokumentierte Krankheitsverlauf nach dem 20.01.2015, der kein für eine akute Verletzung typisches initiales Schmerzereignis mit degressivem Schmerzverlauf abbildet. So versprach der Kläger nach eigenen Angaben unmittelbar nach dem Sturz auf den Waldweg ein Taubheitsgefühl und für "zwei bis drei Minuten" Schmerzen im rechten Arm. Er dachte, das werde wieder in Ordnung kommen, und wollte weiterarbeiten. Als Grund dafür, dass er dann am Unfalltag seine Arbeit vorzeitig beendete, hat der Kläger in der nichtöffentlichen Sitzung des SG angegeben, ein Kollege habe gemeint, sie machten jetzt Feierabend und er solle zum Arzt gehen. Im weiteren Verlauf gab der Kläger bei der Nachuntersuchung am 02.02.2015 gegenüber Dr. S. persistierende, aber rückläufige Schmerzen im rechten Schultergelenk an. Zu diesem Zeitpunkt hatte sich laut Nachuntersuchungsbericht die Beweglichkeit klinisch insgesamt verbessert. Auch die Angaben des Klägers im Schulterfragebogen, er habe das Schultergelenk unmittelbar nach dem Unfall noch belasten können, jedoch nicht mehr nach 1 bis 2 Tagen, sprechen gegen unfallbedingte initiale Beschwerden, ebenso wie seine Schilderung bei erstmaliger Untersuchung in der BGU am 13.02.2015, wonach er anfänglich kaum

---

Beschwerden hatte und diese sich erst im Verlauf eingestellt haben. In der mündlichen Verhandlung des erkennenden Senats hat der Kläger am 12.02.2020 die Dauer des vorübergehenden Taubheitsgefühls im rechten Arm dann zwar länger mit ca. 15 bis 20 Minuten angegeben, jedoch ausdrücklich bestätigt, nach dem Sturz nicht direkt Feierabend gemacht, sondern die Arbeit im Wald noch etwa 15 Minuten bis zum Feierabend um 16:00 Uhr fortgesetzt zu haben. Diese vom Kläger selbst geschilderten Abläufe am Unfalltag sprechen gegen eine akute Verletzung der Sehne im Sinne einer Läsion, da die Schulter zunächst weiter funktionstüchtig gewesen ist.

Eine andere Bewertung ergibt sich in diesem Zusammenhang insbesondere auch nicht aus dem Gutachten des Prof. Dr. E., der bei der Kausalitätsbeurteilung dem Kontraargument der mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht-traumatischen SLAP-4-Läsion als entscheidende Prokriterien die uneingeschränkte Funktionstüchtigkeit der degenerativ vorgeschädigten Sehne bei jahrelanger körperlich schwerer Arbeit sowie den "zeitgleichen schmerzhaften Funktionsverlust" mit Notwendigkeit des sofortigen Einstellens der Arbeit am Unfalltag entgegengehalten und ebenso wie das SG dafür ausschlaggebend gehalten hat. Hinsichtlich behandlungsbedürftiger Vorerkrankungen an der rechten Schulter des Klägers liegen keine belastbaren Befundberichte vor, nachdem im Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse zwar in der Zeit ab 08.07.2014 Schultererkrankungen ersichtlich sind, diese jedoch nach den hausärztlichen Befundberichten die linke Schulter betrafen. Daher wird mangels anderweitiger aktenkundiger Hinweise mit Dr. Kn. und Prof. Dr. E. davon ausgegangen, dass die rechte Schulter des Klägers bei bisher klinisch stummer degenerativer Schadensanlage (Impingement mit feinen degenerativ bedingten Einrissen der Supraspinatussehne, Tendinitis der Infrapinatussehne, knapp 3 cm großes Ganglion subglenoidal) voll funktionstüchtig gewesen ist. Dem entscheidenden Argument des Prof. Dr. E. kann indes nicht gefolgt werden, denn weder der von ihm dafür wesentlich erachtete "zeitgleiche schmerzhafte Funktionsverlust" noch das infolgedessen notwendige Einstellen der Arbeit nach dem Unfall können hier festgestellt werden, was oben dargelegt worden ist.

Schließlich kann auch ein dafür die Verursachung einer SLAP-4-Läsion geeigneter Unfallhergang nicht zweifelsfrei festgestellt werden, was ebenfalls gegen eine Unfallkausalität spricht. Nach dem aktuellen Wissenschaftsstand zur medizinisch-gutachterlichen Wertung von SLAP-Läsionen kann ein Sturz auf den außenrotierten Arm in Verbindung mit einer Instabilität eine SLAP-Läsion vom Typ 3 oder Typ 4 auslösen (Hempfling, Wich, Eisenkolb und Klemm, a.a.O., S.120 ff.). Dass ein solcher Entstehungsmechanismus bei dem hier streitigen Arbeitsunfall auf die rechte Schulter des Klägers eingewirkt hat, ist nicht nachgewiesen. Zur Überzeugung des Senats steht lediglich fest, dass der Kläger am 20.01.2015 bei Ausübung seiner versicherten Tätigkeit am Waldhang abgerutscht und letztlich über eine Kante auf den Waldboden gestürzt ist. Der genaue Ablauf des Geschehens kann indes nicht festgestellt werden, da ausschließlich eigene Angaben des Klägers aktenkundig sind, die zudem im zeitlichen Verlauf in wesentlichen Punkten relevant voneinander abweichen: Bei der ersten ambulanten Untersuchung nach dem Unfall gab der Kläger bei Dr. S. am 21.01.2015 lediglich

---

an, er sei "am Vortag im Wald an einem Abhang zum Waldweg hinunter abgerutscht" (ca. 1,70 m)" und habe "jetzt Schmerzen in der rechten Schulter". Laut Bericht der BGU berichtete der Kläger dort am 13.02.2019, er sei den Hang hinabgerutscht und mit dem rechten Arm in Retroversion sowie Abduktion aufgekommen. Im Schulterfragebogen gab der Kläger am 04.05.2015 erstmals an, nach dem Abrutschen sei er mit in der Hand gehaltener Motorsäge auf die ausgestreckte Hand gefallen und nach dem Aufprall habe sich der Arm pelzig/betäubt angefühlt. In der anwaltlichen Begründung des Widerspruchs wurde zum Unfallhergang mitgeteilt, ob und wie die Motorsäge beim Fallen bewegt worden sei, wisse der Kläger nicht mehr. Er habe nach dem Sturz auf der rechten Seite gelegen und die Motorsäge losgelassen gehabt. Der rechte Arm sei taub gewesen. Anlässlich der Untersuchung bei Dr. Kn. hat der Kläger am 21.04.2016 angegeben, beim Abgleiten am Hang sei der Arm im Schultergelenk zur Seite hin abgespreizt gewesen. Er habe die Motorsäge "zunächst" in der Hand gehalten und sei auf den abgespreizten Arm gefallen. Ein Zurückkreißen des Schultergelenks hat der Kläger explizit verneint. In der nichtöffentlichen Sitzung des SG hat der Kläger berichtet, der Sturz von der etwa 2,5 m hohen Kante sei innerhalb von Sekunden ganz schnell gegangen und er sei mit seitwärts im Winkel von etwa 90 Grad ausgestrecktem Arm auf dem Boden aufgeschlagen, wobei der Arm nach oben abgeknickt worden sei. Der Arm sei für ungefähr 10 Minuten wie betäubt gewesen. Zwar bleibt insoweit der berechtigte und praxisnahe Hinweis des Prof. Dr. E. zu beachten, dass verunfallte Personen häufig den exakten Unfallhergang nicht im Einzelnen wiedergeben können. So hat der Kläger in der Sitzung des SG auch wiederholt darauf verwiesen, es sei alles "so schnell" gegangen, was bei dem hier streitigen Unfall im Wald nachvollziehbar ist. Seinen Schilderungen lässt sich indes nicht sicher entnehmen, wie genau bzw. in welcher Haltung der nach dem Sturz auf dem Boden aufgekommen ist, so dass eine geeignete mechanische Einwirkung auf das Schultergelenk nicht festgestellt werden kann. Eine abweichende Beurteilung ergibt sich auch nicht aus der nochmaligen Anhörung des Klägers in der mündlichen Verhandlung am 12.02.2020, in der er auch keine Angaben dazu machen konnte, wie genau er abgerutscht und wie er letztlich auf den Waldboden aufgeschlagen ist. Damit kann weiterhin nicht zweifelsfrei festgestellt werden, welcher Krafteinwirkung seine rechte Schulter bei dem Unfall ausgesetzt war.

Damit ergibt sich vorliegend nach Abwägung aller für und gegen einen Unfallzusammenhang sprechenden Kriterien, dass vor allem mit Blick auf die klinische Erstsymptomatik, das Nichtvorliegen von unfallbedingten Begleitverletzungen, den weiteren Verlauf zeitnah zum Unfall sowie den fehlenden Nachweis eines geeigneten Unfallhergangs hier ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall vom 20.01.2015 und der SLAP-4-Läsion an der rechten Schulter des Klägers nicht festgestellt werden kann.

Nach alledem war auf die Berufung der Beklagten das angefochtene Urteil des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen.

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

---

Die Revision war nicht zuzulassen, da keine der hierfür in [Â§ 160 Abs. 2 SGG](#) genannten Voraussetzungen vorliegen.

Erstellt am: 03.12.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024