

Arbeitsunfall - haftungsausfüllende Kausalität - Rotatorenmanschettenverletzung (§ 8 Abs. 1 SGB VII);
hier: Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Baden-Württemberg vom 15.4.2002 - L 1 U 1844/00 -

Das LSG Baden-Württemberg hat mit Urteil vom 15.4.2002 - L 1 U 1844/00 - (s. Anlage) Folgendes entschieden:

Orientierungssatz

1. Die Kausalitätsfrage beim Rotatorenmanschetten Schaden kann nur unter ganz bestimmten definierten Voraussetzungen positiv entschieden werden. Diese Voraussetzungen sind:
 - 1) Das Schultergelenk muss unmittelbar vor der Einwirkung muskulär fixiert gewesen sein.
 - 2) Es muss plötzlich eine passive Bewegung hinzukommen, die überfallartig eine Dehnungsbelastung der Subraspinatussehne bewirken kann.
 - 3) Unterstützend sind eine enge zeitliche Verknüpfung zwischen Ereignis und Symptomatik, ein typischer klinischer und radiologischer Befund zu fordern, daneben möglichst auch eine Histologie, die eine frische strukturelle Läsion und/oder eine frische reparative Reaktion belegt.

Anlage

Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 15.4.2002 - L 1 U 1844/00 -

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Zustand nach Rotatorenmanschettenverletzung links als Folge des Arbeitsunfalles vom 20.01.1998 anzuerkennen ist und dem Kläger über den 03.03.1998 hinaus Verletztengeld und anschließend Verletztenrente zu gewähren ist.

Der 1951 geborene Kläger rutschte bei seiner Tätigkeit als Lagerarbeiter und LKW-Fahrer nach der Unfallanzeige seines Arbeitgebers am 20.01.1998 gegen 10.30 Uhr beim Aussteigen aus dem LKW aus und fiel auf die linke Schulter, wobei er sich eine starke Prellung zuzog. Seine Arbeitszeit an diesem Tag endete um 17 Uhr. Am Tag nach dem Unfall suchte der Kläger den Durchgangsarzt Prof. Dr. von de B. im Kreiskrankenhaus S. auf, der eine schwere Schulterprellung links diagnostizierte und den Röntgenbefund als unauffällig bezeichnete. Bei freier Beweglichkeit der rechten Schulter seien Abduktion und Elevation links bis 45° möglich. Am 03.03.1998 stellte sich der Kläger bei den Chirurgen Dres. K. und H. wegen anhaltender Schulterschmerzen links zu einer Kontrolluntersuchung vor. Diese stellten ohne äußere Verletzungszeichen sowie röntgenologische Hinweise auf eine knöcherne Verletzung eine ab 90° aufgehobene aktive Schulterabduktion, eine endgradig eingeschränkte Anteversion bei weitgehend freier Retroversion und ausgeprägtem Rotationsschmerz fest. Sie diagnostizierten einen Zustand nach Schulterkontusion links, z.B. Rotatorenmanschettenläsion, Impingement-Syndrom bei unfallunabhängigen degenerativen Veränderungen.

Am 13.08.1998 suchte der Kläger den Chirurgen Dr. B. wegen weiterbestehender Schmerzen in der linken Schulter auf. Dr. B. diagnostizierte eine Schulterdistorsion links und äußerte den Verdacht einer Verletzung der linken Rotatorenmanschette. Der Kläger sei nach dem Ausrutschen auf Glatteis am 20.01.1998 drei Wochen arbeitsunfähig gewesen. Dr. B. berichtete über eine mäßig eingeschränkte Funktion der linken Schulter (Dorsal-Ventralflexion 40-0-140, Abduktion 160, Innen-Außenrotation 100-0-40), bei äußerlich unauffälligem Befund sowie eine röntgenologisch feststellbare minimale Subacromialarthrose und Verkalkung der Rotatorenmanschette subacromial links.

Auf Nachfrage der Beklagten schilderte der Kläger im September 1998 das Unfallereignis wie folgt: Er sei mit voller Wucht auf die linke Schulter gestürzt. Der linke Arm sei dabei an den Körper angelegt gewesen. Gleich nach dem Sturz sei im Schulterbereich eine Schwellung eingetreten. Er habe den Arm nicht mehr hochheben können. Vor dem Sturz habe er keine Beschwerden in der Schulter gehabt, jetzt dagegen bei fast jeder Bewegung.

Nachdem beim Kläger am 29.10.1998 in der Unfallchirurgischen Klinik des Klinikums der Stadt V.-Sch. von Dr. Dr. Th. wegen eines subacromialen Impingement der linken Schulter eine operative Behandlung (Acromioplastik) durchgeführt wurde, konnte der Kläger am 02.11.1998 in die ambulante Behandlung entlassen werden. Auf Veranlassung der Beklagten erstattete Dr. Dr. Th. am 30.10.1998 ein Zusammenhangsgutachten. Er diagnostizierte im Bereich der linken Schulter einen Rotatorenmanschettendefekt, eine eingeschränkte Beweglichkeit sowie Verschleißerscheinungen am Schultergelenk. Diese seien durch das Unfallereignis vom Januar 1998 weder verursacht noch mitverursacht, sondern sämtlich durch anlagebedingte oder schicksalhafte Störungen verursacht. Der angeschuldigte Vorgang sei nicht geeignet gewesen, den festgestellten Körperschaden zu verursachen. Im Unfallereignis könne nur eine Gelegenheitsursache gesehen werden. Dabei gab der Gutachter für die Armrückwärts- und Vorwärtsbewegung des linken Schultergelenks Bewegungswerte von 20-0-100 nach der Neutral-O-Methode gegenüber rechts von 50-0-160 an (Bl. 57 Verwaltungsakte - VA).

Mit Bescheid vom 24.11.1998 (Bl. 60 VA) lehnte die Beklagte einen Rentenanspruch ab, da die Erwerbsfähigkeit des Klägers nicht in rentenberechtigendem Grade über die 26ste Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus gemindert gewesen sei. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe vielmehr nur vom 21.01. bis 15.02.1998 bestanden. Die ab 03.03.1998 eingetretene Arbeitsunfähigkeit sei nicht mehr auf die Schulterprellung, sondern auf die unfall-unabhängigen krankhaften Veränderungen zurückzuführen.

Dagegen erhob der Kläger Widerspruch und gab an, er könne sich nicht mehr erinnern, ob er direkt auf die Schulter gefallen sei oder sich instinktiv abgestützt habe. Auf jeden Fall sei seine Schulter vorher vollständig intakt gewesen. Vor dem Unfall habe er, wie sich auch aus den dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten ergebe, absolut keine Beschwerden im Schulterbereich gehabt.

Am 24.02.1999 wurde der Kläger zur weiteren diagnostischen Abklärung (Verdacht auf adhäsive Kapsulitis) erneut von Dr. Dr. Th. bis 27.02.1999 stationär behandelt. Diagnostiziert wurde ein subacromiales Impingement linke Schulter bei Supraspinatuspartialdefekt. Indika-

tion zu einer weiteren operativen Behandlung wurde verneint. Gegenüber der Beklagten äußerte sich Dr. Dr. Th. am 16.03.1999 (Bl. 107 VA) dahin gehend, beim Kläger müssten zwei Dinge auseinander gehalten werden. Zum Einen sei dies die degenerative Veränderung im Bereich der Rotatorenmanschette mit dem Impingement und zum Anderen die Folgen der Schulterprellung, die der Kläger durch das Unfallereignis erlitten habe. Im weiteren Verlauf sei es zu einer Schrumpfung der Schultergelenkscapsel gekommen, wobei nach seiner Einschätzung im Wesentlichen die Schulterprellung als auslösender Mechanismus angesehen werden müsse. Nachdem es jetzt zur Besserung der Beweglichkeit bei der stattgehabten Kapsulitis gekommen sei, wäre bei noch vorhandenen Restbeschwerden die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, die der Kläger auch wünsche, vorzusehen. Nach nochmaliger Durchsicht der Behandlungsunterlagen und Rücksprache mit Dr. B., sei die noch vorhandene Bewegungseinschränkung und die Kapselschrumpfung als Folge des Arbeitsunfalles anzusehen. Er schlage vor, die Arbeitserprobung halbschichtig für 6 Wochen durchzuführen und dann die Arbeitsfähigkeit eintreten zu lassen. Es sei zu erwarten, dass nach dieser Zeit keine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in rentenberechtigendem Ausmaß zurückbleiben werde.

Mit Widerspruchsbescheid vom 01.04.1999 (Bl. 109 VA) wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Dagegen erhob der Kläger am 09.04.1999 Klage zum Sozialgericht Konstanz (SG) mit der er die Anerkennung eines Zustandes nach Rotatorenmanschettenverletzung links als Unfallfolge und die Gewährung von Verletztengeld über den 03.03.1998 hinaus und im Anschluss daran Unfallrente nach einer MdE um 20 vom Hundert (v.H.) beantragte.

Das SG erhob Beweis durch Einholung von Sachverständigengutachten bei Prof. Dr. S., Arzt für Chirurgie und Sozialmedizin, sowie dem Orthopäden Dr. R. auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Prof. Dr. S. hat in seinem aufgrund einer Untersuchung vom 23.07.1999 erstatteten Gutachten eine aktive Schulterbeweglichkeit für die Hebung nach vorn/hinten von 160-0-60 rechts und 100-0-30 links u.a. gemessen. Dabei führte der unfallbedingte Sturz nur zu einer Schulterprellung, welche am 13.08.1998 weitgehend abgeklungen gewesen sei. Der weitere Verlauf sei durch einen Vorschaden am Schulterreckgelenk geprägt gewesen, welche am 29.10.1998 ope-

rativ behandelt worden sei. Die jetzigen Beschwerden seien auf den Vorschaden sowie den operativen Eingriff zurückzuführen. Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe nach den Akten nur bis etwa 10.03.1998 bestanden. Die MdE ab diesem Zeitpunkt habe lediglich 10 v.H. betragen. Am 13.08.1998 sei dann keine unfallbedingte MdE mehr anzunehmen. So könne sich die im Kernspintomogramm vom 10.03.1998 erkennbare Auftreibung des Schultereckgelenkes, die im Sinne einer Arthrose zu verstehen sei, keinesfalls seit dem Unfalltag entwickelt haben, sondern sei als Vorschaden zu werten. Die Operation vom 29.10.1998 habe nicht den Unfallfolgen gegolten, sondern dabei sei mit hoher Wahrscheinlichkeit die Auftreibung im Schultereckgelenk beseitigt worden, welche Ursache für die Schulterbeschwerden gewesen sei. Ihm liege zwar kein Operationsbericht vom 29.10.1998 vor, aber dort sei jedenfalls keine Ruptur der Rotatorenmanschette gefunden worden, da weder das Sonogramm vom 20.08.1998, noch das Kernspintomogramm vom 10.03.1998 eine Verletzung der Rotatorenmanschette zeigten.

Das SG zog noch den OP-Bericht von Dr. Dr. Th. vom 29.10.1998 bei (Bl. 51 SG-Akte) worin der Operateur Dr. R. über deutliche Auffaserungen im Bereich der Bizepssehne und im mittleren Anteil der Subraspinatussehne berichtete, aber bei Inspektion der Rotatorenmanschette, diese als ansatznah unauffällig bezeichnet hat.

Auf Anforderung des SG äußerte sich Prof. Dr. S. am 23.08.1999 ergänzend dahingehend, dass beim Kläger zwar eine Kapselschrumpfung anzunehmen sei, die jedoch auf den operativen Eingriff vom 29.10.1998 zurückgeführt werden müsse. So sei die Schulterbeweglichkeit bei der Untersuchung durch Dr. B. am 13.08.1998 nahezu frei gewesen, womit erwiesen sei, dass zu diesem Zeitpunkt keine Kapselschrumpfung als Folge des Unfallereignisses bestanden habe. Diese sei erst als Operationsfolge eingetreten, da beim OP-Bericht auch eine Kapselschrumpfung nicht beschrieben werde, vielmehr wegen degenerativer Veränderungen sehr ausgedehnte operative Maßnahmen durchgeführt worden seien, welche durchaus in der Lage seien, postoperativ zu einer Kapselschrumpfung zu führen.

Dr. Rü. diagnostizierte in seinem aufgrund einer Untersuchung vom 27.10.1999 erstatteten Gutachten im Bereich der linken Schulter eine Schulterperiarthrose im Sinne einer degenerativen Störung von Kapsel-Muskelansätzen mit Entzündungspotential, spontan-/Funktionsschmerzen und Bewegungseinschränkung. Dieser aktuelle Zustand stehe zumindest nicht wahrscheinlich in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom

20.01.1998. Er sehe in diesem keine wesentliche Teilursache für den aktuellen Schulterzustand. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe bis 10.03.1998 bestanden. In diesem Zeitpunkt habe eine unfallbedingte MdE von 10 v.H. vorgelegen, die im Laufe des ersten Halbjahres nach dem Unfall, also bis August 1998, auf unter 10 v.H. zurückgegangen sei. Nach Akteninhalt und Aussagen ergebe sich für den Unfallmechanismus mit Wahrscheinlichkeit eine Schulterprellung und somit keine Möglichkeit einer unmittelbaren unfallbedingten Schädigung der Rotatorenmanschette. Auch die Röntgenbilder und die Kernspintomographie ergeben darüber hinaus keine typischen Zeichen einer unmittelbaren Schulterschädigung. Der Operationsbefund vom 29.10.1998 und der Röntgenverlauf ließen keine eindeutigen oder unfalltypischen Veränderungen erkennen. Auch seien beim Kläger im Bereich der linken Schulter erhebliche degenerative Veränderungen festgestellt worden. An der rechten, vom Unfall nicht betroffenen Schulter, liege röntgenologisch ein ähnliches Bild mit degenerativen Veränderungen am Rotatorenansatz vor, wofür klinisch eine typische Einschränkung der Rotationsfähigkeit, wenn auch ohne Beschwerden, gegeben sei. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf den Inhalt des Gutachtens Bezug genommen.

Mit Urteil vom 25.01.2000 wies das SG die Klage ab und stützte sich zur Begründung insbesondere auf die Gutachten von Prof. Dr. S. und Dr. Rü., wobei mit deren Gutachten der insoweit abweichenden Einschätzung von Dr. Th. vom 16.03.1999 nicht zu folgen sei, wonach dieser als Folge der Schulterprellung eine Schrumpfung der Schultergelenkscapsel angenommen habe. Vielmehr gehe die Kammer mit Prof. Dr. S. und Dr. Rü. davon aus, dass die unmittelbaren Prellungsfolgen - Schwellung, Hämatom, schmerzhafte Einschränkung der Beweglichkeit - vollkommen abgeklungen seien und dass sie bereits zur Zeit des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit am 11.03.1998 nur noch eine MdE von 10 v.H. zur Folge gehabt hätten. Die jetzigen Schulterbeschwerden stünden mit dem Unfallereignis nicht in einem ursächlichen Zusammenhang. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf den Inhalt der Entscheidungsgründe Bezug genommen.

Gegen das am 13.04.2000 zugestellte Urteil hat der Kläger am 03.05.2000 Berufung eingelegt. Zur Begründung legt er verschiedene Stellungnahmen von Dr. B. vom 30.07. und 02.10.2000 sowie 15.06. und 03.11.2001 vor. Wegen des Inhalts wird auf die Akten verwiesen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 25. Januar 2000 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 24. November 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. April 1999 zu verurteilen, bei ihm als Folge des Arbeitsunfalles vom 20. Januar 1998 eine Supraspinatussehnenpartialläsion und eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der linken Schulter festzustellen und ihm über den 3. März 1998 hinaus Verletzengeld bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit im April 1999 nach den gesetzlichen Bestimmungen, im Anschluss daran Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zugewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für richtig und legt zur Begründung Stellungnahmen von Dr. Rü. vom 31.08.2000 sowie 08.08.2001 vor. Wegen deren Inhalt wird auf die Senatsakten verwiesen.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG bei Prof. Dr. H., Chirurg und Sportmediziner, H. Prof. Dr. H. hat in seinem aufgrund einer Untersuchung des Klägers vom 13.02.2001 erstatteten Gutachten eine Supraspinatussehnenpartialläsion und eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der linken Schulter mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall vom 20.01.1998 zurückgeführt, die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis zur Wiederaufnahme der Tätigkeit im April 1999 angenommen und die unfallbedingte MdE mit 15 v.H. eingeschätzt. Ergänzend führt er auf Nachfrage des Senats am 02. und 18.07.2001 aus, beim Kläger sei lediglich von einer Schadensanlage im Bereich der linken Schulter auszugehen, wobei bei leerem Vorerkrankungsverzeichnis und klinisch inapparenten, allenfalls radiologisch nachzuweisenden Veränderungen der rechten Schulter die Gesundheitsschädigung auf das Unfallereignis zurückzuführen sei.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vortrags der Beteiligten wird auf die Akten der Beklagten, des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die gemäß §§ 143, 144, 151 SGG statthafte Berufung des Klägers ist zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat zutreffend entschieden, dass dem Kläger wegen der Folgen des von der Beklagten als Arbeitsunfall anerkannten Ereignisses vom 20.01.1998 keine Verletztenrente zu gewähren ist und die Supraspinatussehnenpartialläsion sowie die schmerzhaftige Bewegungseinschränkung an der linken Schulter nicht als Folgen dieses Unfallereignisses festzustellen sind. Mangels unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit über den 10.03.1998 hinaus scheidet auch die Weitergewährung des bis dahin gewährten Verletztengeldes aus.

Der Anspruch des Klägers richtet sich nach den Vorschriften des SGB VII. Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach diesem hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente (§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (§ 7 Abs. 1 SGB VII). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer unter den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung fallenden Tätigkeit (§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Dass der Kläger am 20.01.1998 einen Arbeitsunfall im Sinne des § 8 Abs. 1 SGB VII erlitten hat, wovon auch die Beklagte ausgeht, ist hier unstreitig.

Das bedeutet jedoch noch nicht, dass auch alle im Anschluss an den Arbeitsunfall aufgetretenen Gesundheitsstörungen kausal der versicherten Tätigkeit zuzuordnen sind. Im Rahmen der haftungsausfüllenden Kausalität ist selbständig zu prüfen, ob die geltend gemachte Gesundheitsstörung mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall zurückzuführen ist (BSG SozR 3-2200 § 548 Nr. 11). Für die Prüfung des Kausalzusammenhanges zwischen der mit der versicherten Tätigkeit im inneren Zusammenhang stehenden Verrichtung und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen dieser und dem Eintritt der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) gilt der Beweismaßstab der Wahrscheinlichkeit. Wahrscheinlichkeit in diesem Sinne liegt vor, wenn bei Abwägung aller Umstände den für den Kausalzusammenhang sprechenden ein deutliches Übergewicht zukommt. Es genügt nicht, dass ein Zusammenhang nur möglich, nicht auszuschließen oder bloß zu vermuten ist (BSG Urteil vom 27.06.2000 - B 2 U 29/99 R).

Zwischen den Beteiligten ist hier die medizinische Wertung der bei dem Sturz auf rutschigem, eisglatttem Untergrund erlittenen Verletzungen an der linken Schulter, die Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit, die nach § 46 SGB VII u.a. Voraussetzung für die Weitergewäh-

rung von Verletztengeld ist, sowie die Höhe der unfallbedingten MdE streitig. Umstritten ist dabei insbesondere, ob im Bereich der linken Rotatorenmanschette beim Kläger Unfallfolgen festzustellen sind.

Beim ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden (haftungsausfüllende Kausalität) geht es um die Zuordnung des Schadens in seiner Beziehung zum Unfallereignis. Schwierigkeiten entstehen dann, wenn das Unfallereignis nicht allein und deshalb als einzige Bedingung im naturwissenschaftlichen Sinne den Gesundheitsschaden hervorgerufen hat. Da der gesetzlichen Unfallversicherung eine teilbare Kausalität fremd ist, insofern gilt das sogenannte Alles- oder Nichts-Prinzip, ist die Kausalität für den gesamten bestehenden Schaden einheitlich zu beurteilen. Folge davon ist, dass der Schaden entweder durch ein versichertes Ereignis wesentlich im Sinne der Entstehung oder der Verschlimmerung verursacht sein kann oder auch nicht. Dabei ist der Versicherte, worauf hier auch immer wieder der Klägerbevollmächtigte und Dr. B. hinweisen, in dem Gesundheitszustand geschützt, in dem er sich bei Eintritt des schädigenden Ereignisses befunden hat. Nach diesem tragenden Prinzip der Unfallversicherung sind alle im Schädigungszeitpunkt bestehenden Schadensanlagen und konstitutionellen Schwächen, die selbst noch keinen Krankheitswert aufweisen, in den Schutzbereich mit einbezogen. Es kommt allein darauf an, ob der unfallbedingte Kausalanteil an der eingetretenen Gesundheitsstörung als wesentlich zu bewerten ist (vgl. Schönberger/Merthens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage 1998, S. 80). Zur Vornahme dieser wertenden Gegenüberstellung müssen die konkurrierenden - betriebsbedingten und körpereigenen - Ursachen erwiesen sein. Im Bereich der konkurrierenden Kausalität zwischen schädigendem Ereignis bzw. Krankheitsanlage müssen auch diese jeweils erwiesen sein und es muss dann geprüft werden, ob sie mit dem Gesundheitsschaden mit Wahrscheinlichkeit in einem naturwissenschaftlich-philosophischen Zusammenhang stehen. Wird dies für beide konkurrierende Ursachen bejaht, ist in einem nächsten Schritt zu werten, ob beide Ursachen - jeweils für sich gesehen - wesentlich im Sinne der Zurechnungslehre der wesentlichen Bedingung sind. Dabei erfolgt die Kausalbewertung durch eine Gesamtschau aller Einzelumstände. Eine schädigende Einwirkung ist dann wesentlich, wenn die zur Gesundheitsschädigung treibende Dynamik sich nach medizinischen Kenntnissen als so stark herausstellt, dass demgegenüber das Anlageleiden entscheidend zurücktritt, zumindest jedoch gleichwertig ist (Schönberger a.a.O. S. 81, 82 m.N.). Dabei erfordert die wesentliche Ursache nicht, dass das schädigende Ereignis die alleinige oder überwiegende Bedingung ist. Haben mehrere Ursachen gemeinsam zum Gesundheitsschaden beigetragen, sind sie neben-

einanderstehende Teilursachen im Rechtssinne, wenn beide in ihrer Bedeutung und Tragweite für den Eintritt des Erfolges wesentlich mitgewirkt haben. Kein Faktor hebt dabei die Mitursächlichkeit des anderen auf. Dabei setzt die Wertung zweier Mitursachen als rechtlich wesentlich nicht notwendig ein Verhältnis 50 zu 50 voraus; vielmehr ist ein mitwirkender Faktor nur dann rechtlich unwesentlich, wenn er von der einen oder anderen Ursache ganz in den Hintergrund gedrängt wird (vgl. Schönberger a.a.O., S. 82).

Aufgrund dieser Beurteilungskriterien sowie der von der Beklagten, dem SG und dem Senat eingeholten Gutachten ist dieser zu der Überzeugung gelangt, dass das Unfallereignis vom 20.01.1998 mit dem erstmals bei der Operation im Oktober 1998 festgestellten Gesundheitsschaden nicht in einem naturwissenschaftlich-philosophischen Zusammenhang steht. Der Senat lässt es offen, ob die in beiden Instanzen erfolgten gutachtlichen Äußerungen von Dr. Rü. zur Entscheidungsfindung herangezogen werden können, nachdem dieser Arzt, der für das SG auf Antrag des Klägers ein Gutachten erstattet hat, im Berufungsverfahren für die Beklagte gutachtlich tätig geworden ist. Der Senat stützt sich bei seiner Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes ausdrücklich nicht auf die Darlegungen von Dr. Rü. So hat sich der Gesundheitsschaden nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Unfallereignis manifestiert, worauf bereits Prof. Dr. S. und auch Dr. Dr. Th. hingewiesen haben, denn beim Kläger ist bis zur Operation im Oktober 1998 immer nur eine Schulterprellung diagnostiziert worden, deren Folgen sich im Verlaufe der Behandlung auch vollkommen zurückgebildet haben, sowie als weitere Diagnose „Verdacht auf Verletzung der Rotatorenmanschette links“ (Dr. B., 13.08.1998), was sich als unzutreffend erwiesen hat (vgl. Behandlungsbericht Dr. Dr. Th. vom 01.03.1999). Darüber hinaus ist der Senat auch mit Prof. Dr. S. der Überzeugung, dass das Unfallereignis nach Art und Intensität seiner Einwirkungen nicht geeignet gewesen ist, den Gesundheitsschaden im Bereich der Supraspinatussehne (Auffaserung mit Aufweichung), der bei der Operation im Oktober 1998 durch Oberarzt Dr. R. festgestellt worden ist, zu bewirken. Dabei stützt sich das SG wie auch die Sachverständigen insbesondere auf die eigene Schilderung des Unfallereignisses durch den Kläger, wie sie dieser gegenüber der Beklagten im September 1998 gemacht hat (direkter Sturz auf die Schulter). Im übrigen deckt sich diese Unfallschilderung auch mit den Angaben im Durchgangsarztbericht. Nach Überzeugung der medizinischen Sachverständigen ist eine Schulterprellung lediglich geeignet, im schulterdeckenden Weichteilbereich eine Schwellung, ein Hämatom oder auch kleinere Gewebezetrümmerungen zu verursachen. Eine Sehnen- oder Rotatorenmanschettenverletzung ist dagegen nicht anzunehmen. Insofern ist die Berufung nach Auffassung des Senats bereits aus den

vom SG dargestellten Gründen als unbegründet zurückzuweisen. Der Senat nimmt auf die Entscheidungsgründe des SG insoweit Bezug und verzichtet auf deren wiederholende Darstellung (§ 153 Abs. 2 SGG).

Auch aufgrund des vom Senat eingeholten Gutachtens von Prof. Dr. H. ergibt sich demgegenüber nichts Abweichendes.

Die nach Prof. Dr. H. für eine unfallbedingte Verursachung sprechenden und herangezogenen Argumente, nämlich Unfallereignis mit unklarem Hergang, leeres Vorerkrankungsverzeichnis bei einem Lebensalter von weniger als 50 Jahren sowie einem Arztbesuch innerhalb von 24 Stunden nach dem Unfall, vermögen eine wesentliche Verursachung im oben dargestellten Sinne noch nicht zu begründen. Denn von Prof. Dr. H. wird nicht ausreichend berücksichtigt, dass im Verlauf der ersten Monate nach dem Unfallereignis vom 20.01.1998 eine durch den Nachschaubericht von Dr. B. vom August 1998 weitgehend konsolidierte Schulterbeweglichkeit links nachgewiesen ist und erst nach der arthroskopischen Operation vom 29.10.1998 gravierendere Schulterfunktionsstörungen dokumentiert sind. Dieser klinische Verlauf mit weitgehender Besserung der anfangs ausgeprägteren Funktionsstörung einerseits sowie der röntgenologisch und kernspintomographisch nachgewiesenen und sich rasch progredient entwickelnden degenerativen Veränderungen im Bereich der linken Schulter bei gleichzeitigem Nachweis entsprechender Veränderungen auf der Gegenseite werden von Prof. Dr. H. nicht gewürdigt. Auch ist das Unfallereignis nach den zunächst mehrfach vom Kläger angegebenen Hergangsbeschreibungen nicht im eigentlichen Sinne unklar, sondern nach Überzeugung des Senats davon auszugehen, dass hier ein direkter Sturz auf die Schulter, mithin von einem direkten Anpralltrauma, auszugehen ist. Nach Schönberger (a.a.O., S. 473) gibt es den isolierten, ausschließlich traumatischen Subtraspinatussehnenriss nicht. In Frage kommt dafür allein ein Verletzungsmechanismus im Sinne einer wesentlichen Teilursache bei bestehender Degeneration (vgl. insofern auch das Gutachten von Prof. Dr. H.). Insgesamt ist eine isolierte Verletzung der Rotatorenmanschette die Ausnahme. Wird dagegen das Schultergelenk in seiner Gesamtheit beschädigt (z.B. Schulterverrenkung), kann es zu Mitverletzungen der Rotatorenmanschette kommen. Danach ist zwischen direkter und indirekter Krafteinwirkung bedeutsam zu unterscheiden. Als ungeeignete Unfallhergänge werden danach die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) angesehen, da die Rotatorenmanschette durch Schulterhöhe (Acromiom) und Deltamuskel gut geschützt ist. Nur Bewegungen im Schultergelenk mit Zugbelastung der Rotatorenmanschette können diese zerreißen. Dies sind

in erster Linie Rotationsbewegungen, aber auch Abspreizbewegungen. Als geeignete Verletzungsmechanismen werden danach überfallartige, d.h. passive ruckartige und plötzliche Krafteinwirkungen, massives plötzliches Rückwärtsreißen oder Heranführen des Armes sowie starke Zugbelastung bei gewaltsamer Rotation des Armes angesehen. Für derartige Unfallhergänge liegen hier jedoch keine Belege vor, da vielmehr im Durchgangsarztbericht sowie in der Unfallschilderung des Klägers vom September 1998 stets ein direkter Sturz auf die Schulter beschrieben wird. Darüber hinaus kann auch nach Auffassung von Koss (Kausalitätsbeurteilung nach Sehnenverletzungen, Medizinischer Sachverständiger 2002, S. 10, 12) die Kausalitätsfrage beim Rotatorenmanschettenschaden nur unter ganz bestimmten definierten Voraussetzungen positiv (Unfall gleich rechtlich wesentliche Teilursache) entschieden werden. Diese Voraussetzungen sind:

1. Das Schultergelenk muss unmittelbar vor der Einwirkung muskulär fixiert gewesen sein.
2. Es muss plötzlich eine passive Bewegung hinzukommen, die überfallartig eine Dehnungsbelastung der Subraspinatussehne bewirken kann.
3. Unterstützend sind eine enge zeitliche Verknüpfung zwischen Ereignis und Symptomatik, ein typischer klinischer und radiologischer Befund zu fordern, daneben möglichst auch eine Histologie, die eine frische strukturelle Läsion und/oder eine frische reparative Reaktion belegt.

Die von Koss geforderten Voraussetzungen sind hier jedoch, wie oben dargelegt, auch aufgrund des Gutachtens von Prof. Dr. H., das insoweit mit den Feststellungen und Beurteilungen von Dr. Dr. Th. und Prof. Dr. S., aber auch den von Dr. B. erhobenen Befunden, übereinstimmt, nicht nachgewiesen. Allein die Tatsache, dass der Kläger vor dem Unfall in seiner linken Schulter beschwerdefrei gewesen ist, vermag demnach unter Berücksichtigung der dargestellten medizinischen Erkenntnisse nicht zu der Bewertung des nachgewiesenen Sturzes als eine mit der vorbestehenden Krankheitsanlage (hier: degenerative Verschleißerscheinungen) mit Wahrscheinlichkeit mindestens gleichwertige Teilursache für die nach dem 03.03.1998 bis heute vorhandenen Gesundheitsstörungen (Supraspinatussehnenläsion und schmerzhafte Bewegungseinschränkung) zu führen.

Die Berufung des Klägers war aus diesen Gründen zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Für eine Zulassung der Revision bestand kein Anlass (§ 160 Abs. 2 SGG).