

1. Soweit bei der Überprüfung eines Verwaltungsaktes nach § 44 SGB X in der Rechtsprechung in Anlehnung an das gerichtliche Wiederaufnahmeverfahren oder § 51 VwVfG ein abgestuftes Prüfungsverfahren gefordert wird, ist zu beachten, dass dies nur für die zweite Alternative des § 44 Abs 1 S 1 SGB X (unrichtige Sachverhaltsfeststellung) gilt, denn nur bei dieser Alternative kann es auf die Benennung neuer Tatsachen und Beweismittel ankommen.
2. Eine mitwirkende Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden.
3. Dass der Begriff der Gelegenheitsursache durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist, berechtigt jedoch nicht zu dem Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen oder besonderen Problemen in der anschließenden Heilbehandlung ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne weiteres zu unterstellen ist.
4. In Übereinstimmung mit der unfallmedizinischen Literatur ist davon auszugehen, dass eine Schulterprellung wegen des knöchernen Schutzes der Schulterhöhe und des Muskelmantels grundsätzlich nicht geeignet ist, eine - gesunde - Supraspinatussehne zu zerreißen, so dass es bereits an der naturwissenschaftlichen Kausalität fehlen kann.
5. Beim Stolpern und Ausrutschen kann die plötzliche Streckung des gebeugten und rotierten Unterschenkels zur Verletzung des Meniskus führen; dieser Unfallmechanismus setzt aber eine Fixierung des Unterschenkels oder des Fußes zur plötzlichen Unterbrechung der physiologischen Schlussrotation des Kniegelenks voraus.

§ 8 Abs 1 S 2 SGB VII

Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 10.03.2008 – L 1 U 2511/07 –
Aufhebung des Urteils des SG Reutlingen vom 27.03.2007 - S 2 U 778/05 -

Im Rahmen einer Rücknahmeentscheidung nach § 44 SGB X war streitig, welche Unfallfolgen aus zwei Arbeitsunfällen des Klägers bestanden und ob eine Verletztenrente zu gewähren war. Die Klage blieb erfolglos.

Zwar hatte die Beklagte nach Ansicht des Senats den Antrag nach § 44 SGB X zu Unrecht aus formalen Gründen abgelehnt. Zum einen sei der Anwendungsbereich für das in der Rechtsprechung teilweise geforderte abgestufte Prüfungsverfahren verkannt worden, da dies nur die zweite Alternative des § 44 Abs 1 S 1 SGB X betreffe. Der Kläger habe aber eine umfassende Prüfung, also auch der Rechtsanwendung, beantragt und zudem auch neue Beweismittel vorgelegt.

Der Antrag sei aber aus materiellen Gründen zurückzuweisen, da die inhaltliche Überprüfung der Ausgangsbescheide deren Rechtmäßigkeit ergebe. Hinsichtlich beider Arbeitsunfälle könne für die vom Kläger geltend gemachten Unfallfolgen nicht die haftungsbegründende Kausalität festgestellt werden. Es sei schon die Kausalität im naturwissenschaftlich-physikalischen Sinne fraglich, auf jeden Fall komme den äußeren Einwirkungen vorliegend aber nur die kausale Bedeutung einer "Gelegenheitsursache" zu.

Das Urteil enthält zu Kausalitätsfragen, insbesondere zum haftungsbegründenden Ursachenzusammenhang, sehr differenzierte Ausführungen.

Das **Landessozialgericht Baden-Württemberg** hat mit **Urteil vom 10.03.2008**
- L 1 U 2511/07 -
wie folgt entschieden:

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist im Rahmen einer Rücknahmeentscheidung streitig, welche Unfallfolgen aus den Arbeitsunfällen vom 15.10.2003 und 23.12.2004 vorliegen und ob dem Kläger deswegen Verletztenrente zusteht.

Unfall am 15.10.2003

Der 1950 geborene Kläger ist als Service-Techniker beschäftigt. Am 15.10.2003 trug er zusammen mit einem Kollegen eine Messetheke, um sie auf ihrem Fahrzeug zu verladen. Nach Angaben des Klägers sei ihm die Messetheke aus der linken Hand gerutscht und nach links gekippt. Er habe daher mit der linken Hand schnell nachgefasst, dabei das Gleichgewicht verloren und sei mit verdrehter Körperhaltung mit der linken Schulter gegen den Türrahmen geprallt (Schreiben des Klägers vom 30.11.2003).

Am 16.10.2003 suchte der Kläger den Durchgangsarzt Dr. M. auf, der in seinem Durchgangsarztbericht (DAB) vom 16.10.2003 als Unfallhergang festhielt, "beim Einladen von einer Messetheke linke Schulter angeschlagen". Er diagnostizierte eine unauffällige Kontur der linken Schulter ohne Druckschmerz über der Rotatorenmanschette. Das Röntgenbild habe keinen Hinweis für eine knöcherner Verletzung, aber nebenbefundlich diskrete Unregelmäßigkeiten des AC(Acromioclavicular) -Gelenkes (Schulter-Eck-Gelenkes) ergeben. Im DAB ist die Diagnose "Kontusion/Distorsion linke Schulter" aufgeführt (Kontusion: Prellung u. Quetschung durch direkte stumpfe Gewalteinwirkung; Distorsion: Verstauchung, Zerrung).

Wegen geklagter schmerzhafter Bewegungseinschränkung (Nachschaubericht Dr. M. vom 21.10.2003) wurde am 25.10.2003 eine Kernspintomographie der linken Schulter veranlasst, die eine subtotale, ansatznahe Ruptur der Supraspinatussehne ergab (Arztbrief von Dr. S. vom 27.10.2003). Der Kläger nahm die Arbeit am 30.10.2003 wieder auf (Unfallanzeige des Arbeitgebers vom 15.12.2003).

In der eingeholten beratungsärztlichen Stellungnahme vom 15.01.2004 führte Dr. K. aus, als Arbeitsunfall sei nur eine Prellung, die nach wenigen Tagen, allenfalls nach einer Woche vollständig abzuheilen pflege, ohne weitergehende strukturelle Läsion anzuerkennen. Eine direkte Gewalteinwirkung könne die Rotatorenmanschette nicht belasten, da nur das massive plötzliche Rückwärtsreißen oder Heranführen des Armes, eine starke Zugbelastung oder der Sturz auf den nach hinten und innen gehaltenen Arm eine solche Belastung darstelle. Außerdem ergebe sich aus der Kernspintomographie ein isolierter Riss und damit ein verletzungsunspezifisches Schadensbild.

Die G.- und L.-Berufsgenossenschaft, eine Rechtsvorgängerin der Beklagten (im folgenden nur noch Beklagte), erkannte mit Bescheid vom 05.02.2004 den Unfall vom 15.10.2003 als Arbeitsunfall an und stellte als Unfallfolge eine folgenlos ausgeheilte Prell-

lung der linken Schulter mit unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit für längstens eine Woche fest.

Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 01.07.2004 zurück.

In einer Stellungnahme von Dr. B. vom 26.11.2004 wurde die derzeitige Gebrauchsminde- rung der linken Schulter als Folge des Arbeitsunfalls bewertet. Es sei anzunehmen, dass die Rotatorenmanschettenruptur bereits vor dem Unfall vorhanden gewesen sei, der Klä- ger sei aber mit dieser Schadensanlage versichert. Da vor dem Unfall keine Beeinträchti- gungen bestanden hätten, sei die jetzige Unfallfolge. Gestützt auf diese Stellungnahme beantragte der Kläger am 03.12.2004 über seinen Prozessbevollmächtigten die Erteilung eines Rücknahmebescheids. Die zu zweit getragene Messetheke habe ein Gewicht von 60 bis 70 Kilogramm gehabt. Er sei mit halb verdrehter Schulter gegen den Türrahmen geprallt und habe sofort einen stechenden Schmerz verspürt. Er habe die Arbeit sofort eingestellt.

Mit Bescheid vom 20.01.2005 lehnte die Beklagte die Rücknahme gem. § 44 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) ab. Die Angaben zum Unfallhergang seien durch frühere Ermittlungen bekannt und seien berücksichtigt worden.

Der hiergegen eingelegte Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 07.03.2005).

Der Kläger hat hiergegen am 15.03.2005 beim Sozialgericht R. Klage erhoben (S 2 U 778/05). Unfall vom 23.12.2004

Am 23.12.2004 rutschte der Kläger beim Schneeräumen im Hof des Arbeitgebers aus und stürzte auf das rechte Knie. Durchgangsarzt Dr. B. diagnostizierte bei unauffälliger Rönt- genaufnahme des rechten Knies eine Innenbanddistorsion mit Verdacht auf Innenmenis- kusriss (DAB vom 13.01.2005). Eine Kernspintomographie des rechten Kniegelenks vom 15.01.2005 ergab nach Dr. H. einen Riss im Innenmeniskus-Hinterhorn mit begleitender Distorsion des Innenbandes und einen mäßigen Gelenkerguss (Arztbrief Dr. H. und Dr. S. vom 17.1.2005). Der Kläger teilte auf Anfrage der Beklagten mit, er habe nach dem Unfall am 23.12.2004 nur leichte Schmerzen gehabt. Die Schmerzen hätten jedoch bis zum 13.01.2005 ständig zugenommen, weshalb er schließlich doch Dr. B. aufgesucht habe (Schreiben des Klägers vom 25.03. 2005).

Am 01.06.2005 wurde eine arthroskopische Teilresektion des Innenmeniskus in der Ge- meinschaftspraxis Dr. F. und Kollegen vorgenommen (Operationsbericht von Dr. J. vom 01.06. 2005). Im pathologischen Befundbericht von Prof. Dr. S. vom 13.06. und Nach- tragsbefund vom 15.06.2005 wurde eine ausgeprägte degenerative Meniskopathie mit reparativer Entzündung diagnostiziert.

In seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 07.05.2005 verneinte Dr. K. einen we- sentlichen Zusammenhang des Innenmeniskusschadens mit dem Unfall, dem nur der Stel- lenwert eines Anlassgeschehens zukomme. Nach der unfallmedizinischen Literatur könne die Knieinnenstruktur nur unter Stress gesetzt werden, wenn durch den feststehenden Fuß oder den fixierten Oberschenkel bzw. beim Drehsturz mit fixiertem Unterschenkel der Muskelbandapparat des Knies unkontrolliert übermäßig belastet werde. Ein solcher Fall habe nicht vorgelegen. In der Kernspintomographie seien Zeichen einer Innenbanddistor-

sion nachgewiesen, jedoch ein Hinweis auf eine strukturelle Läsion läge nicht vor. Ein isolierter Innenmeniskushinterhorn-Schaden sei ein verletzungsunspezifisches Schadensbild. Zwischen Unfallereignis und erstmaligem Arztbesuch lägen drei Wochen, was ein weiteres Indiz gegen den Unfallzusammenhang darstelle.

Mit Bescheid vom 04.08.2005 erkannte die Beklagte das Ereignis vom 23.12.2004 als Arbeitsunfall an und stellte eine folgenlos verheilte Stauchung des rechten Kniegelenks mit Beteiligung des Innenbandes fest. Nicht unfallbedingt sei der Riss des Innenmeniskushinterhorns. Der hiergegen eingelegte Widerspruch des Klägers wurde mit Widerspruchsbescheid vom 31.10.2005 zurückgewiesen.

Im Januar 2006 beantragte der Kläger über seinen Prozessbevollmächtigten ebenfalls die Erteilung eines Rücknahmebescheids gem. § 44 SGB X. Er verwies auf die ärztliche Stellungnahme von Dr. B., der im DAB vom 13.01.2005 einen Kniegelenkserguss beschrieben habe. Ein Zusammenhangsgutachten sei vom Operateur nie angefordert worden.

Auf Veranlassung des Klägers führte Dr. B. in seiner Stellungnahme vom 29.01.2006 aus, Dr. K. beschäftige sich ausschließlich mit dem Drehsturz als geeigneten Unfallmechanismus. Demgegenüber sei nach der unfallmedizinischen Literatur auch die plötzliche Streckung des gebeugten und rotierten Unterschenkels, wie beim Stolpern oder Ausrutschen, ein geeigneter Unfallvorgang. Die für traumatische Entstehungszusammenhänge geforderte Seiten- und Kreuzbandverletzung könnten nach neuester unfallmedizinischer Literatur auch nur gering ausgeprägt sein, was beim Kläger der Fall sei. Zu beachten sei, dass die Innenbandverletzung zum Zeitpunkt der 23 Tage nach dem Unfall gefertigten Kernspintomographie zum größten Teil bereits abgeheilt gewesen sei.

Mit Bescheid vom 16.02.2006 lehnte die Beklagte die Rücknahme des Bescheids vom 04.08.2005 i. d. F. des Widerspruchsbescheids nach § 44 SGB X ab.

Der hiergegen eingelegte Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 06.03.2006).

Der Kläger hat hiergegen am 09.03.2006 beim Sozialgericht R. Klage erhoben (S 2 U 928/06).

Mit Beschluss vom 03.05.2006 hat das Sozialgericht die Klageverfahren S 2 U 778/05 und S 2 U 928/06 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Das Sozialgericht hat noch vor der Verbindung auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) das unfallchirurgische Gutachten vom 04.09.2005 mit Ergänzung vom 20.01.2005 (richtig 20.01.2006) eingeholt, in dem Dr. Kramer das Unfallereignis am 15.10.2003 für die Impingement-Symptomatik als Gelegenheitsursache bewertet hat. Aus der Kernspintomographie ergebe sich eine degenerative Veränderung des AC-Gelenkes sowie eine Fehlförmigkeit des Acromions (Schulterhöhe), die eine Einengung des Raumes bedinge, in dem die Supraspinatussehne verlaufe. Dadurch habe eine Ausdünnung der Sehne stattgefunden, die bereits zum Zeitpunkt des Unfalls bestanden habe. Der Unfallmechanismus entspreche einer Anprallsituation - der Kläger habe ausdrücklich Beschwerden erst beim Anprall und nicht beim vorausgehenden Nachfassen angegeben -, die ungeeignet sei, eine Schädigung der Supraspinatussehne zu verursachen. Ähnliche alltägliche Mechanismen, wie z. B. das Tragen von Lasten oder auch Überkopfarbeiten, könnten aber bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen ebenfalls die Impingement-



Symptomatik auslösen. Der Kläger habe nach dem Unfall noch weitergearbeitet, was eine traumatisch bedingte Ruptur ausschließe.

Der Kläger hat auf die ärztlichen Äußerungen von Dr. B. vom 05.12.2005 und 07.03.2006 verwiesen, in denen Dr. B. zum Gutachten von Dr. K. Stellung genommen hat. Danach sei die Belastung für den Kläger unvorhersehbar gewesen, weil er durch die sperrige Messetheke keinen Sichtkontakt zu seinem vorausgehenden Arbeitskollegen gehabt habe. Dadurch, dass der Kollege die Messetheke losgelassen habe, habe der weiter nach vorne gehende Kläger durch die auf die Seite zu Boden stürzende Theke einen Impuls nach vorne erhalten. Durch diese massive axiale Zugbelastung der vorgespannten Sehne habe die Schulterzerrung zur Rotatorenmanschettenruptur geführt. Die Kernspintomographie 12 Tage nach dem Unfall ergebe eine Einblutung in die Muskelfaszie des Supraspinatus. Danach hätte der Schlag von dorsal kommen müssen, bei der Untersuchung durch den Durchgangsarzt am 15.10.2003 sei aber eine ventrale Druckschmerzhaftigkeit diagnostiziert worden. Eine dorsale Prellung könne daher ausgeschlossen werden. Die Einblutung könne nur durch die Zerrung entstanden sein.

Nach Verbindung der Rechtsstreitigkeiten hat das Sozialgericht auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG das Gutachten von Dr. A. vom 23.07.2006 mit ergänzender Stellungnahme vom 11.10.2006 zu beiden Unfällen eingeholt mit folgendem Ergebnis: A. Schulterverletzung Nach Angaben des Klägers bei der Untersuchung durch den Sachverständigen sei er beim Transport der Messetheke der Vordermann gewesen, sei aber rückwärts durch den Durchgang gegangen. Als der Kollege die Messetheke habe fallen lassen, sei er mit der linken Schulter gegen den Türrahmen geprallt. Diesem Mechanismus habe der Kläger größere Bedeutung für die Verletzung beigemessen als dem Längszug nach unten durch das erforderlich werdende Nachfassen. Der plötzlichen Zugbelastung durch das Nachfassen sei auch aus medizinischer Sicht keine besondere Bedeutung zuzumessen, da hieran die Supraspinatussehne nicht ausschließlich beteiligt gewesen sei. Ein kurzzeitiger, nicht kräftiger Impuls könne eine bis zu zwei Zentimeter breite und 3,3 Millimeter dicke Sehne schwerlich zum Reißen bringen. Dagegen belegten Untersuchungen im Rahmen von Sektionen, dass klinisch unauffällige Defekte bei über Fünfzigjährigen in 75% der Fälle vorlägen. Je nach Ausmaß der Degeneration reichten geringe Zugkräfte für eine Ruptur aus. Die eigenen Röntgenaufnahmen hätten eine deutliche Verschmälerung des subacromialen Raumes bestätigt, die die jetzt bestehende Symptomatik des Impingement-Syndroms erkläre. Es sei davon auszugehen, dass der Riss der Sehne bereits vor dem Unfall bestanden habe und durch den Anprall des linken Schultergelenkes das Vorleiden manifest geworden sei. Die Magnetresonanztomographie habe eine Einblutung in die Supraspinatusfaszie ergeben, was für die Prellung spreche, aus der Lokalisation der Blutung seien jedoch keine Schlüsse auf die Richtung der Gewalteinwirkung zu ziehen. Die Prellung sei abgeheilt. Eine unfallbedingte MdE liege nicht mehr vor. B. Knieverletzung Nach Angaben des Klägers sei er beim Schneeschippen mit dem linken Bein weggerutscht und habe reflektorisch eine Körperdrehung gemacht, was sich auf das rechte Kniegelenk übertragen habe. Der rechte Fuß sei am Boden fixiert gewesen. Aus medizinischer Sicht habe das Verdrehtrauma einen vorgeschädigten Innenmeniskus betroffen, der dadurch einen Einriss am Hinterhorn erlitten habe. Aus den Angaben des Klägers ergebe sich ein erhebliches Trauma und sofort auftretende Schmerzen, wobei er aufgrund der bevorstehenden Feiertage erst nach drei Wochen einen Arzt aufgesucht habe. Die histologische Aufarbeitung des Gewebes ergebe degenerative Veränderungen, eine Einblutung in das entfernte Gewebe habe sich nicht nachweisen lassen. Dies spreche nicht gegen eine traumatische Genese. Vorschaden und Trauma seien gleichwertig zu beurteilende Ursachen. Eine un-

fallbedingte MdE liege aber nicht vor. Unfallfolgen bestünden am rechten Kniegelenk nicht mehr. Die Retropatellararthrose sei unfallunabhängig.

Der Kläger hat auf die Stellungnahmen von Dr. B. vom 25.08. und 19.11.2006 verwiesen. Danach seien im Durchgangsarztbericht nur diskrete Unregelmäßigkeiten des AC-Gelenks vermerkt, gravierende degenerative Veränderungen als Hinweis auf eine vorbestehende Degeneration der Rotatorenmanschette seien nicht beschrieben worden. Es könne zwar ein Elastizitätsverlust der Rotatorenmanschette des zum Unfallzeitpunkt dreiundfünfzigjährigen Klägers unterstellt werden, jedoch sei er mit diesem Körperzustand versichert. Der vom Durchgangsarzt erhobene klinische Befund ohne Schwellung an der Schulter passe nicht zu der erheblichen Einblutung, die 12 Tage nach dem Unfall nachgewiesen worden sei, zumal die Schulter ventral geprellt worden sei, die Supraspinatusmuskulatur aber dorsal auf dem Schulterblatt liege. Für die Einblutung komme daher nur eine Zerrung in Betracht. Es habe sich um eine frische und keine alte Ruptur gehandelt, denn bei einer alten Ruptur sei eine Muskelatrophie mit fettiger Degeneration zu erwarten. Beim Tragen von Lasten mit den Händen seit der Bizeps am meisten belastet. Ein gewichtiges Indiz für die massive, passive Traktion durch das Nachfassen sei der am Tag nach dem Unfall festgestellte Druckschmerz über der langen Bizepssehne. Die Ruptur der Rotatorenmanschette bedinge eine MdE um 20 v.H.

Mit Urteil vom 27.03.2007 verpflichtete das Sozialgericht die Beklagte unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide zur Abänderung der bestandskräftigen Bescheide vom 20.01.2005 und vom 05.02.2004 einschließlich der hierzu ergangenen Widerspruchsbescheide, beim Kläger einen Zustand nach Schulterdistorsion links als Folge des Arbeitsunfalls vom 15.10.2003 und einen Zustand nach Innenmeniskusriss als Folge des Arbeitsunfalls vom 23.12.2004 anzuerkennen. Die darüber hinausgehende Klage auf Anerkennung weiterer Unfallfolgen und auf Gewährung einer Verletztenrente hat das Sozialgericht im Übrigen abgewiesen. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, die Feststellung eines Zustands nach Schulterdistorsion folge aus der Diagnose des Durchgangsarztes Dr. M ... Die Rotatorenmanschettenruptur links und das Impingement-Syndrom seien nach dem überzeugenden Gutachten von Dr. A. keine Unfallfolgen, weil es bei dem Unfall nur zu einem Zusammenprall mit den Türrahmen, aber nicht zu einer Zugbelastung der Schulter gekommen sei. Eine Kontusion der Schulter sei aber nach der medizinischen Literatur und nach den Ausführungen auch von Dr. K. und Dr. A. nicht geeignet, eine Rotatorenmanschette bzw. die Supraspinatussehne zum Reißen zu bringen. Dagegen sei der Innenmeniskusriss Folge des Arbeitsunfalls vom 23.12.2004, was sich aus dem Gutachten von Dr. A. ergebe. Eine relevante MdE ergebe sich aus den beiden Unfällen nicht.

Das gegen Empfangsbekanntnis zugestellte Urteil ist dem Klägerbevollmächtigten am 10.05.2007 und der Beklagten am 11.05.2007 zugegangen.

Der Kläger hat am 18.05.2007 beim Landessozialgericht Berufung eingelegt. Die Beklagte hat am 08.06.2007 beim Landessozialgericht ein als Anschlussberufung bezeichnetes Rechtsmittel eingelegt.

Der Kläger hat zur Begründung vorgetragen, ein für die Annahme einer Gelegenheitsursache relevanter Vorschaden an der Schulter habe nicht vorgelegen. Dagegen spreche zum einen, dass er von Seiten der Schulter vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei. Radiologisch habe zum Unfallzeitpunkt nur eine geringe Arthrose im AC-Gelenk vorgelegen. Er als Rechtshänder habe bis heute keine Rotatorenmanschettenruptur an der rechten Schul-

ter erlitten, was gegen eine anlagebedingte Degeneration spreche. Unter Berücksichtigung, dass der Durchgang einer normalen Tür 80 Zentimeter breit sei und eine Schulterbreite von maximal 60 Zentimeter anzunehmen sei, könne er sich bei der Prellung maximal 20 Zentimeter bewegt haben. Nach Dr. B. könne er auf dieser Wegstrecke unmöglich die Energie aufgebaut haben, um eine schwere Prellung mit Einblutung zu erleiden. Maßgebend sei daher die Zugbelastung gewesen. Eine Last von 5 kg an der Hand könne mit einer Hebelkraft von 1500 Newton auf den Ansatz der Rotatorenmanschette einwirken. Die Reißfestigkeit der Rotatorenmanschette betragen maximal 1850 Newton bei Jugendlichen. Bei einem Gewicht von 60 bis 70 Kilogramm der Theken habe mit entsprechendem Drehmoment eine enorme Zugbelastung auf den linken Arm einwirkt, als er die verkippende Theke aufgefangen habe. Der Kläger hat auf die Stellungnahme von Dr. B. vom 15.07.2007 verwiesen.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts R. vom 27.03.2007 abzuändern und den Bescheid der Beklagten vom 20.01.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.03.2005 aufzuheben sowie den Bescheid vom 05.02.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.07.2004 abzuändern und festzustellen, dass eine Rotatorenmanschettenruptur links Folge des Arbeitsunfalls vom 15.10.2003 ist, und die Beklagte zu verpflichten, Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu gewähren sowie die Berufung der Beklagten zurückzuweisen hilfsweise von Amts wegen, hilfsweise gem. § 109 SGG eine erneute chirurgische Untersuchung und Begutachtung unter Zugrundelegung des von ihm im Termin am 02.10.2007 dargestellten Sachverhaltes dazu durchzuführen, dass die im CT Dr. S. am 27.10.2003 (AS 16) festgestellte "Ruptur der Supraspinatussehne links mit Einblutung" und die heutigen Beschwerden "Zustand nach Schulterdistorsion links, Rotatorenmanschettenruptur links und anhaltendes Impingementsyndrom" Folge davon sind, dass ihm beim Unfall am 15.10.2003 eine Messetheke abgerutscht ist, er nachfassen musste und mit verdrehter Körperhaltung gegen den Türrahmen links prallte und diese Funktionsstörungen mit einer MdE um mindestens 20% zu bewerten sind.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts R. vom 27.03.2007 abzuändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen sowie die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Beklagte hat zur Begründung ausgeführt, es sei nicht erkennbar, weshalb das Sozialgericht die Feststellung einer verheilten Schulterprellung durch die Diagnose einer verheilten Schulterdistorsion ersetzt habe. Nach dem DAB vom 16.10.2003 sei zweifelsfrei von einer Kontusion auszugehen. Beim Unfall am 23.12.2004 sei es zu einer Stauchung des rechten Kniegelenks gekommen. Hinweise auf eine strukturelle Läsion seien nicht belegt. Ein isolierter Innenmeniskushinterhornschaden sei kein verletzungsspezifisches Schadensbild. Ein Anspruch auf Korrektur der bestandskräftigen Ablehnungsbescheide nach § 44 SGB X bestehe nicht. Neue, für den Kläger günstige Tatsachen oder Beweismittel lägen nicht vor. Der Kläger habe nicht nachgewiesen, dass von einem falschen Sachverhalt ausgegangen oder dass das Recht unrichtig angewandt worden sei.

Im Termin zur Erörterung der Sach- und Rechtslage am 02.10.2007 hat der Kläger ergänzende Angaben zur Sache gemacht. Hierzu wird auf die gefertigte Niederschrift verwiesen. Die Beklagte hat erklärt, eine unselbstständige Berufungseinlegung sei nicht gewollt gewesen.

Der Senat hat die Verwaltungsakten der Beklagten und die Akte des Sozialgerichts beigezogen. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf diese Unterlagen und die im Berufungsverfahren angefallene Akte des Senats verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die Berufungen des Klägers und der Beklagten sind zulässig. Berufungsausschlussgründe nach § 144 SGG liegen nicht vor.

Entgegen der von der Beklagten gewählten Bezeichnung einer Anschlussberufung (§ 202 SGG i. V. m. § 524 Zivilprozessordnung (ZPO)) hat die Beklagte eine selbstständige Berufung erhoben. Damit ist die Beklagte auch nicht gehindert, ihren Berufungsantrag über den auf den Unfall vom 15.10.2003 begrenzten Berufungsantrag des Klägers hinaus auch auf den Unfall vom 23.12.2004 zu erstrecken.

Die gewählte Bezeichnung ist nicht zwingend ausschlaggebend für das gewählte Rechtsmittel (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG Kommentar, 8. Aufl., § 143 Rdnr. 5), zumal nach der ZPO früher zwischen selbstständiger und unselbstständiger Anschlussberufung unterschieden worden ist. Es ist im Wege der Auslegung zu ermitteln, ob eine unselbstständige Anschlussberufung oder eine selbstständige Berufung gewollt ist (vgl. Meyer-Ladewig a. a. O.). Die Beklagte hat im Erörterungstermin vor dem Berichterstatter erläutert, keine unselbstständige Berufungseinlegung beabsichtigt zu haben. Dies deckt sich mit dem Umstand, dass die Berufung der Beklagten innerhalb der mit Zustellung des erstinstanzlichen Urteils am 11.05.2007 beginnenden Berufungsfrist am 08.06.2007 und damit fristgerecht eingelegt worden ist. Die Notwendigkeit nur eine unselbstständige Anschlussberufung zu verfolgen, die auch noch nach Ablauf der für den Beteiligten geltenden Rechtsbehelfsfrist erhoben werden kann, bestand daher nicht.

Die Berufung des Klägers ist unbegründet. Die Berufung der Beklagten ist dagegen begründet. Das Urteil des Sozialgerichts war daher insoweit abzuändern, als es die Beklagte zur Feststellung von Unfallfolgen der Unfälle vom 15.10.2003 und 23.12.2004 verpflichtet.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Abänderung des bestandskräftigen Bescheides vom 05.02.2004 und des Widerspruchsbescheides vom 01.07.2004 nach § 44 SGB X.

Der Anspruch auf Anerkennung von Unfallfolgen ist im Zugunstenverfahren nach § 44 SGB X als Feststellungsklage geltend zu machen. Richtige Klageart zur Erreichung dieses angestrebten Ziels ist insoweit die kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage nach § 54 Abs. 1 iVm § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG. Einer zusätzlichen Verpflichtungsklage, mit der die Beklagte verpflichtet werden soll, ihren früheren, dem Anspruch entgegenstehenden Bescheid selbst aufzuheben, bedarf es in einem Gerichtsverfahren zur Überprüfung eines Verwaltungsakts nach § 44 SGB X nicht. Dass ein Verwaltungsakt nach Eintritt der Bindungswirkung nicht mehr vor Gericht angefochten, sondern nur noch im Zugunstenverfahren zurückgenommen werden kann und dass hierüber nach § 44 Abs. 3 SGB X die zuständige Verwaltungsbehörde entscheidet, rechtfertigt nicht den Schluss, dass auch im Prozess über die Ablehnung des Zugunstenantrags die Rücknahmeentscheidung nicht vom Gericht ersetzt werden kann. Wäre es anders, käme eine mit dem Verpflichtungsantrag verbundene Leistungsklage - die auch von der Gegenmeinung (vgl. u. a. SozR 3-1300 § 44 Nr 8 S 19; SozR 3-4100 § 249e Nr 7 S 52; SozR 3-3100 § 30 Nr 18 S 43; Steinwedel

in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: 2006, § 44 SGB X RdNr. 16; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl. 2005, § 54 RdNr. 20c) für zulässig gehalten wird - aus systematischen Gründen nicht in Betracht. Denn die Verwaltungsbehörde kann nicht zur Leistung verurteilt werden, ehe der entgegenstehende bestandskräftige (Ausgangs-)Bescheid beseitigt ist und solange nur die Behörde verpflichtet ist, ihn zurückzunehmen. Richtigerweise kann deshalb mit der Anfechtungsklage gegen den eine Zugunstenentscheidung ablehnenden Bescheid zugleich die Aufhebung des früheren, dem Klageanspruch entgegenstehenden (Ausgangs-)Bescheides unmittelbar durch das Gericht verlangt werden (vgl. zum Vorstehenden insgesamt BSG SozR 4-2700 § 8 Nr. 18).

Nach § 44 Abs 1 Satz 1 SGB X ist, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht worden sind, der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen.

Ziel des § 44 SGB X ist es, die Konfliktsituation zwischen der Bindungswirkung eines rechtswidrigen Verwaltungsaktes und der materiellen Gerechtigkeit zu Gunsten letzterer aufzulösen. Ist ein Verwaltungsakt rechtswidrig, hat der betroffene Bürger einen einklagbaren Anspruch auf Rücknahme des Verwaltungsaktes unabhängig davon, ob der Verwaltungsakt durch ein rechtskräftiges Urteil bestätigt wurde (BSGE 51, 139, 141 = SozR 3900 § 40 Nr 15; BSG SozR 2200 § 1268 Nr 29). Entsprechend dem Umfang des Vorbringens des Versicherten muss die Behörde in eine erneuten Prüfung eintreten und den Antragsteller bescheiden (BSGE 51, 139, 141 = SozR 3900 § 40 Nr 15; BSG SozR 3-2600 § 243 Nr 8 S 27 f; BSG SozR 3-4100 § 119 Nr 23 S 119 f;).

Soweit die Entscheidungen des 9. und des 4. Senats des BSG (BSG vom 3. Februar 1988 - 9/9a RV 18/86 - BSGE 63, 33 = SozR 1300 § 44 Nr 33 und BSG vom 3. April 2004 - B 4 RA 22/00 R - BSGE 88, 75 = SozR 3-2200 § 1265 Nr 20), die in Anlehnung an die gerichtlichen Wiederaufnahmeverfahren (vgl §§ 578 ff der Zivilprozessordnung) oder an § 51 VwVfG ein abgestuftes Prüfungsverfahren (Vorlage neuer Tatsachen oder Erkenntnisse - Prüfung derselben, insbesondere ob sie erheblich sind - Prüfung, ob Rücknahme zu erfolgen hat - neue Entscheidung) fordern, folgt nichts Anderes. Unabhängig von der Frage, inwieweit der aufgezeigten Rechtsprechung zu einem abgestuften Prüfungsverfahren gefolgt werden kann, ist zu berücksichtigen, dass § 44 Abs 1 Satz 1 SGB X zwei Alternativen anführt, weswegen ein Verwaltungsakt zurückzunehmen sein kann: Das Recht kann unrichtig angewandt oder es kann von einem Sachverhalt ausgegangen worden sein, der sich als unrichtig erweist. Nur für die zweite Alternative kann es auf die Benennung neuer Tatsachen und Beweismittel und ein abgestuftes Verfahren, wie oben dargestellt, ankommen. Bei der ersten Alternative handelt es sich um eine rein juristische Überprüfung der Rechtmäßigkeit der Entscheidung, zu der von Seiten des Klägers zwar Gesichtspunkte beigesteuert werden können, die aber letztlich umfassend von Amts wegen erfolgen muss (vergleiche zum Vorstehenden insgesamt BSG Ur. v. 05.09.2006 - B 2 U 24/05 R -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 18).

Im vorliegenden Verfahren hat der Kläger sich nicht auf die Behauptung neuer Tatsachen beschränkt. Er hat eine umfassende Überprüfung beantragt und neue Beweismittel durch die ärztlich-gutachterlichen Äußerungen von Dr. B. vorgelegt. Entgegen der Auffassung der Beklagten kann eine Ablehnung des Antrags nach § 44 SGB X daher nicht auf das

Fehlen der genannten formalen Voraussetzungen, dem Vorbringen eines unrichtigen oder neuen Sachverhalts, gestützt werden. Die inhaltliche Überprüfung ergibt aber keine fehlerhafte Rechtsanwendung oder die Annahme eines unrichtigen Sachverhalts hinsichtlich des Unfalls vom 15.10.2003.

Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls i. S. des § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII ist neben dem inneren bzw. sachlichen Zusammenhang der Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls mit der versicherten Tätigkeit erforderlich, dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis – dem Unfallereignis - geführt hat und das Unfallereignis einen Gesundheits(-erst-)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht (haftungsbegründende Kausalität) hat. Das Entstehen von längerandauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheits(-erst-)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (ständige Rechtsprechung, vgl. stellvertretend BSG, Urteile vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R, B 2 U 40/05 R, B 2 U 26/04 R).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. dazu nur Heinrichs in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 65. Aufl. 2006, Vorb. v § 249 RdNr. 57 ff mwN sowie zu den Unterschieden BSGE 63, 277, 280 = SozR 2200 § 548 Nr 91) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiere (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Anders als bei der für das Zivilrecht maßgebenden Adäquanztheorie (stellvertretend BGHZ 137, 11, 19ff m.w.N.) folgt daraus keine abstrakt-generalisierende Betrachtungsweise; vielmehr ist die Kausalitätsbewertung in der gesetzlichen Unfallversicherung vom ex-post-Standpunkt aus anhand individualisierender und konkretisierender Merkmale des jeweiligen Einzelfalles vorzunehmen. Daher kommt es bei der Wertung im Bereich der Kausalität vor allem darauf an, welche Auswirkungen das Unfallgeschehen gerade bei der betreffenden Einzelperson mit ihrer jeweiligen Struktureigenheit im körperlich-seelischen Bereich hervorgerufen hat (vgl. BSGE 66, 156, 158 = SozR 3-2200 § 553 Nr. 1 m.w.N.). Gleichzeitig ist im Rahmen der gegenseitigen Abwägung mehrerer, zu einem bestimmten "Erfolg" führender Umstände der Schutzzweck sowohl der gesetzlichen Unfallversicherung im Allgemeinen als auch der jeweils anzuwendenden Norm - hier des § 56 SGB VII - zu berücksichtigen. Dies führt zu der Wertbestimmung, bis zu welcher Grenze der Versicherungsschutz im Einzelfall reicht (vgl. insgesamt BSG SozR 4-2200 § 589 Nr. 1 m.w.N.; SozR 2200 § 589 Nr. 96).

Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden (BSGE 1, 72, 76). Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder



"annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben) (BSG SozR Nr. 69 zu § 542 aF RVO; BSG SozR Nr. 6 zu § 589 RVO; vgl. Krasney in Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Bd. 3, Gesetzliche Unfallversicherung, Stand Januar 2006, § 8 RdNr. 314, Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl. 2003, Kap 1.3.6.1, S 80 f). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts (BSGE 12, 242, 245 = SozR Nr 27 zu § 542 RVO; BSG SozR Nr 6 zu § 589 RVO). Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden (BSGE 62, 220, 222 f = SozR 2200 § 589 Nr 10; BSG SozR 2200 § 548 Nr 75; BSG vom 12. April 2005 - B 2 U 27/04 R - BSGE 94, 269 = SozR 4-2700 § 8 Nr 15 jeweils RdNr 11). Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte (BSGE 62, 220, 222 f = SozR 2200 § 589 Nr 10; BSG vom 12. April 2005 - B 2 U 27/04 R - BSGE 94, 269 = SozR 4-2700 § 8 Nr 15 jeweils RdNr 11; ähnlich Schönberger/Mehrtens/Valentin, aaO). Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. Dass der Begriff der Gelegenheitsursache durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist, berechtigt jedoch nicht zu dem Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen oder besonderen Problemen in der anschließenden Heilbehandlung, ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne weiteres zu unterstellen ist (vgl. insgesamt zum Vorstehenden BSG, Urteile vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R, B 2 U 40/05 R, B 2 U 26/04 R).

Für die Feststellung dieses Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (stRspr BSGE 19, 52 = SozR Nr 62 zu § 542 aF RVO; BSGE 32, 203, 209 = SozR Nr 15 zu § 1263 aF RVO; BSGE 45, 285, 287 = SozR 2200 § 548 Nr 38, BSGE 58, 80, 83 = SozR 2200 § 555a Nr 1). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom 09.05.2006 a.a.O. mH auf BSG SozR Nr. 41 zu § 128 SGG; BSG SozR Nr. 20 zu § 542 aF RVO; BSGE 19, 52 = SozR Nr 62 zu § 542 aF RVO; BSG SozR 3-1300 § 48 Nr. 67; Schönberger/Mehrtens/Valentin aaO, Kap 1.8.2, S. 119 f; Meyer-Ladewig/ Keller/ Leitherer, SGG, 8. Aufl 2005, § 128 RdNr. 3c). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 mwN).



Nach diesen Grundsätzen ist zur Überzeugung des Senats die haftungsbegründende Kausalität zwischen Unfallereignis und der diagnostizierten subtotalen Ruptur der Supraspinatussehne nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit belegt. Der wesentliche Zusammenhang kann nicht zur Überzeugung des Senats festgestellt werden.

Der Senat geht davon aus, dass der Kläger am 15.10.2003 mit beiden Händen und gestreckten Armen zusammen mit einem Kollegen eine 60 Kilogramm schwere, 80 cm breite und 175 Zentimeter lange Messetheke trug. Beim Durchqueren eines Durchgangs rutschte ihm als Vordermann beim Rückwärtsgehen die Theke aus der linken Hand. Beim Nachfassen mit der linken Hand war der Kläger durch das Gewicht der Theke an den Türrahmen gedrückt worden und hatte sich die linke Schulter angeschlagen. Dies ergibt sich aus den Angaben des Klägers im Erörterungstermin am 02.10.2007 und deckt sich weitgehend mit den Erstangaben, die der Kläger über seinen Prozessbevollmächtigten im Schriftsatz vom 01.12.2004 zum Antrag nach § 44 SGB X hat vortragen lassen. Einen erheblichen Impuls für eine Zugbelastung der Sehne, wie dies Dr. B. in mehreren Sachverhaltsvarianten - einmal beim Vorwärtsgehen und einmal beim Rückwärtsgehen des Klägers - mit dem unerwarteten Loslassen der Theke durch den Kollegen und deren Aufprall auf dem Boden angenommen hat, kann der Senat daher nicht feststellen.

Dieser Unfallhergang war nicht wesentlich kausal für den Eintritt einer Rotatorenmanschettenruptur, was der Senat den nachvollziehbaren Äußerungen der Sachverständigen Dr. K. und Dr. A. entnimmt.

Aus den erhobenen medizinischen Befunden ist zur Überzeugung des Senats eine erhebliche Vorschädigung der Supraspinatussehne abzuleiten. Eine für die Zusammenhangesbeurteilung relevante Vorerkrankung des vom Unfall betroffenen Organs (Rotatorenmanschette) kann auch durch medizinische Befunde über andere, im physiologischen Zusammenhang stehende Organstrukturen und durch die nachgewiesene Intensität der unfallbedingten Einwirkung bewiesen werden.

Ein Befund über den Zustand der Rotatorenmanschette bzw. der Supraspinatussehne vor dem Unfallereignis liegt nicht vor. Nach Dr. A. und Dr. K. ergeben sich aber aus der 10 Tage nach dem Unfall gefertigten Kernspintomografie des linken Schultergelenks eine angeborene Fehlform der Schulterhöhe sowie eine Spornbildung (Osteophyten) des Schultergelenks, die zusammen eine Einengung des Subacromialraums bedingen. Nach medizinischer Erfahrung führt dies zu einer degenerativen substanzialen Verdünnung der in diesem Raum verlaufenden Supraspinatussehne. Entgegen Dr. B. ist die vom Durchgangsarzt gefertigte Röntgenaufnahme, aus der sich nach Beurteilung des Durchgangsarztes Dr. M. nur diskrete Unregelmäßigkeiten des Gelenkes ergeben, kein überzeugender Beleg für unauffällige Gelenkverhältnisse. Die im November 2003 vom Klinikum V.-S. durchgeführte Sonografie der linken Schulter ergab in Übereinstimmung mit dem Befund aus der Kernspintomografie vielmehr eine erhebliche AC-Gelenkarthrose (Arztbrief von Dr. T. vom 19.11.2003), woraus Dr. A. sogar geschlossen hat, dass die Ruptur zum Zeitpunkt des Unfalls bereits bestanden hatte. Aus dem vom Durchgangsarzt Dr. M. erhobenen Erstbefund ergibt sich keine typische Symptomatik einer Supraspinatussehnenruptur, weshalb er auch eine solche Diagnose in seinem DAB vom 16.10.2003 nicht gestellt hatte. Es bestand kein Druckschmerz über der Rotatorenmanschette. Die Beweglichkeit des linken Arms im Schultergelenk war nicht auffallend eingeschränkt, der Schürzen- und Nackengriff war, wenn auch schmerzhaft, demonstrierbar. Ein typischer schmerzhafter Bogen wurde nicht beschrieben, insbesondere der beim unfallbedingten plötzlichen Kontinuitäts-

verlust typische Fallarm ist nicht dokumentiert (DAB vom 16.10.2003). Entweder bestand zu diesem Zeitpunkt kein Riss oder eine eingerissene Sehne verursachte keine Beschwerden. Für einen dann allenfalls vorbestehenden Riss könnte sprechen, dass eine mögliche Kompensation der nachlassenden Funktionalität der Supraspinatussehne durch andere Strukturen der Rotatorenmanschette, wie sie bei allmählicher degenerativer Entwicklung bis zur Teilruptur auftritt, den verletzungsuntypischen Befund erklären kann.

Aus den in Betracht kommenden konkreten Einwirkungen eines Anpralls oder einer Zerrung ist der Rückschluss auf eine erheblich vorgeschädigte und eine durch jedes andere belastende Alltagsereignis ebenso leicht für Verletzungen ansprechbare Supraspinatussehne zu ziehen.

In Übereinstimmung mit der unfallmedizinischen Literatur sind Dr. K. und Dr. A. davon ausgegangen, dass eine Prellung der Schulter durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe und des Muskelmantels grundsätzlich nicht geeignet ist, eine - gesunde - Supraspinatussehne zu zerreißen. Dr. A. hält hierbei die naturwissenschaftlich-philosophische Kausalität bereits für nicht für gegeben. Selbst wenn gleichwohl eine Kausalität im physikalischen Sinne bestünde und damit noch nicht ausgeschlossen wäre, dass durch eine erhebliche Prellung eine zwar degenerativ veränderte, aber Alltagbelastungen noch gewachsene Sehne durch die dadurch hervorgerufenen pathomechanischen Vorgänge Schaden nimmt, ist die nachgewiesene Mechanik der Prellung, die der Kläger am Unfalltag erlitten hat, bei einer vergleichenden Betrachtung nicht mit einer solchen Intensität einhergegangen, dass sie eine alltägliche Belastung überschritten hätte.

Von einer Prellung mit allenfalls Alltagbelastungen gleichkommender Auswirkung sind die Sachverständigen Dr. K. und Dr. A. ausgegangen. Selbst Dr. B. hat den vom Kläger geschilderten Vorgang zum Anprall der Schulter als ungeeignet für die Verursachung der diagnostizierten Ruptur beurteilt. Der Kläger ist durch die Gewichtsverlagerung der ins Rutschen gekommenen Theke ohne zu stürzen und aufrecht stehend gegen den Türrahmen gestoßen. Die Theke ist dabei nicht zu Boden gestürzt. Der Anstoß am Türrahmen hat nach dem DAB vom 16.10.2003 kein Hämatom verursacht. Die Aufprallenergie ist bei der nur kurzen, denkbar möglichen Strecke, die vom Zeitpunkt des Verlusts des Gleichgewichts bis zum Anprall der Schulter am Türrahmen hat zurückgelegt werden können, daher nur sehr niedrig gewesen. Dr. K. hat hieraus gefolgert, dass die auf die Supraspinatussehne einwirkende Kraft, die zudem durch die Krafrichtung nicht zu einer Zugbelastung der Sehne führte, nicht größer war als die entstehenden Belastungen, wie sie im Alltag beim Tragen von (zu ergänzen: normal schweren) Lasten oder auch bei Überkopfarbeiten (zu ergänzen: ohne besondere Gewichtsbelastung) auftreten. Dies ist für den Senat überzeugend, denn der vom Kläger zuletzt im Erörterungstermin geschilderte Vorgang entspricht durchaus vergleichbaren Alltagssituationen mit folgenlosem Anstoßen der Schulter wie es z. B. auf Veranstaltungen im Gedränge einer Menschenmenge (Volksfesten) oder in überfüllten öffentlichen Verkehrsmitteln vorkommen kann.

Von einer erheblichen Mitursächlichkeit im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne der Zerrung ist der Senat bereits deshalb nicht überzeugt, weil der Kläger in seinen ersten Angaben das Auftreten von Schulterschmerzen ganz konkret mit dem Anprall an den Türrahmen in Verbindung gebracht hat und den Bewegungsvorgang beim Nachgreifen der rutschenden Last nur als Auslöser für den Verlust des Gleichgewichts, aber nicht als Ursache der Schulterschmerzen angegeben hat. (Antragsschrift des Klägerbevollmächtigten vom 01.12.2004; Angaben des Klägers bei der Untersuchung durch Dr. K. am



25.08.2005). Unabhängig davon ist aber auch auf der zweiten Ebene der Kausalitätsprüfung eine wesentliche Mitursächlichkeit der Zerrung zu verneinen.

Entgegen den Ausführungen von Dr. B. ist mit den Sachverständigen Dr. K. und Dr. A. auch eine wesentlich ursächliche Unfallmechanik durch eine Zerrung nicht festzustellen. Die Ausführungen von Dr. B. sind bereits deshalb nicht überzeugend, weil er seinen Überlegungen fälschlich zugrunde gelegt hatte, dass der Kollege des Klägers die Messetheke unerwartet hat zu Boden fallen lassen. Zwar sind Dr. K. und Dr. A. von einem vergleichbaren Geschehensablauf ausgegangen, doch haben sie überzeugend ausgeführt, dass das vom Kläger anlässlich ihrer Untersuchung geschilderte bloße Nachfassen infolge der wegkippenden Theke keine ausreichende Zugbelastung für die Supraspinatussehne darstellt. Entgegen Dr. B. haben die beiden Ärzte dem Aufschlagen der Theke auf dem Boden oder dem dadurch verursachten abrupten Abbremsen des Klägers keine Verstärkung des auf die Sehne einwirkenden Impulses beigemessen. Vielmehr hat Dr. K. für den Senat überzeugend dargelegt, dass sich das Gewicht der Theke von 60 Kilogramm bei zwei Trägern nicht nur hälftig verteilt, sondern die den Kläger treffende Belastung auch noch über die zwei Hände verteilt ist und das Nachgreifen an der verrutschenden Theke auf Grund der Masseträgheit auch nicht eine sofortige Gewichtsverlagerung allein auf die linke Seite bedingt. Diese Ausführungen gelten umso mehr, da der Kläger das Loslassen der Theke durch den Kollegen verneint hat, dieser somit weiter einen Teil der Last getragen hat. Zudem ist die plötzliche Zugbelastung der Supraspinatussehne durch das Nachfassen nicht erheblich gewesen, denn anatomisch war nach Dr. A. die Supraspinatussehne hieran nicht ausschließlich beteiligt, sondern größtenteils ist die einwirkende Kraft durch andere Strukturen wie Gelenkkapsel, andere Sehnen und gelenkumhüllende Muskulatur resorbiert worden. Diesbezüglich hat auch Dr. B. in seiner Stellungnahme vom 19.11.2006 ausgeführt, dass im physiologischen Ablauf die Bizepssehne bei diesem Vorgang am meisten belastet gewesen ist. Der Senat geht deshalb bei wertender Betrachtung davon aus, dass das willentlich ausgeführte Umgreifen an der Traglast mit keiner höheren Zugbelastung der Supraspinatussehne einhergegangen ist wie sie auch beim Transport von Lasten im täglichen Leben entsteht, zum Beispiel beim Heben und Tragen von Einkäufen, Getränkekisten etc ... Für den Senat überzeugend hat Dr. A. darauf hingewiesen, dass das von Dr. B. unter Bezugnahme auf die unfallmedizinische Literatur genannte Beispiel einer schädigenden Zugbelastung durch das ungeplante Auffangen eines schweren fallenden oder stürzenden Gegenstandes nicht mit dem geplanten, wenn auch reflektorischen Nachgreifen an einer bereits getragenen Last vergleichbar ist, wobei in den Beispielfällen aus der Literatur auch andere Kräfte zur Wirkung kommen. Wenn daher die Zugbelastung zur Läsion der Supraspinatussehne geführt haben sollte, wäre auch dies als Gelegenheitsursache beurteilen.

Damit kann der Senat auch dahinstehen lassen, ob die 10 Tage nach dem Unfall diagnostizierte Teilruptur der Supraspinatussehne durch das Ereignis hervorgerufen oder bereits vorbestanden hat oder auch die vorbestehende Teilruptur hierdurch lediglich erweitert wurde. Für letzteres spräche die in der Kernspintomografie gesicherte frische Einblutung, die sich aber auch nach dem Unfallereignis hätte entwickeln können. Allein wesentliche Ursache ist aber für alle Sachverhaltsvarianten der unfallvorbestehende degenerative Zustand der Supraspinatussehne, der durch das Unfallereignis lediglich manifest wurde.

Der Senat hat aufgrund der überzeugenden Gutachten von Dr. K. und Dr. A. keine Veranlassung zu weiteren medizinischen Ermittlungen gesehen, da deren Würdigung des Sachverhalts die vom Senat festgestellten - entscheidungserheblichen - Tatumstände mit um-



fasst. Dem in der mündlichen Verhandlung gestellten Hilfsbeweis Antrag des Klägers ist nicht zu entnehmen, weshalb bei der vom Senat festgestellten Ausgangslage, die auch der Beweisantrag zu Grunde legt, die vom Sozialgericht eingeholten Gutachten keine verwertbaren medizinischen Erkenntnisse vermitteln. Der hilfsweise nach § 109 SGG beantragten weiteren Beweisaufnahme hat der Senat nicht stattgegeben, denn es sind bereits die Gutachten von Dr. K. und Dr. A. auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG eingeholt worden. Das Antragsrecht ist damit verbraucht. Gründe, die eine grundsätzlich nicht gebotene wiederholende Begutachtung nach § 109 SGG (vgl. Keller in Meyer-Ladewig a.a.O. § 109 RdNr. 10b) rechtfertigen, sind, wie dargelegt, nicht überzeugend vorgetragen. Zudem ist mit richterlicher Verfügung vom 28.12.2007 mitgeteilt worden, dass keine weiteren Ermittlungen von Amts wegen erfolgen. Der mehr als zwei Monate danach in der mündlichen Verhandlung gestellte Antrag nach § 109 SGG ist daher nach Ablauf einer angemessenen Überlegungsfrist von einem Monat (ständige Rechtsprechung des Senats, vgl. stellvertretend Urteil vom 17.09.2007 - L 1 U 733/07 - unveröffentlicht; Keller a.a.O. RdNr. 11) verspätet. Dies beinhaltet, dass der aus grober Nachlässigkeit nicht früher vorgebrachte Antrag den Rechtsstreit verzögert hätte und der Senat auch im Rahmen seines Ermessens nach § 109 Abs. 2 SGG den Antrag abgelehnt hätte.

Die Berufung des Klägers ist auch insoweit unbegründet, als er Verletztenrente begehrt. Ein Anspruch auf Verletztenrenten aus Anlass des Unfalls vom 15.10.2003 besteht nicht. Die bestandskräftig als Unfallfolge festgestellte Prellung ist nach Tagen bzw. Wochen folgenlos ausgeheilt gewesen. Fortbestehende Gesundheitsstörungen einer Prellung sind insofern von keinem Arzt diagnostiziert worden.

Die Berufung der Beklagte auf Abänderung des Urteils, soweit sie zur Feststellung eines Zustands nach Schulterdistorsion links als Unfallfolge verurteilt worden ist, ist dagegen begründet. Eine unfallbedingte, durch eine Schulterdistorsion (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage, online: Verstauchung, Zerrung; häufig durch indirekte Gewalt einwirkung, z. B. Supinationstrauma des Fußes, Verdrehung des Kniegelenks, Stauchung der Hand, entstehende Mikro- bis Makroläsionen im Bandapparat) verursachte Gesundheitsstörung ist nach den obigen Ausführungen nicht zu begründen. Zur Feststellung eines unfallbedingten Zustandes nach Distorsion, der auch nicht näher konkretisiert wird, konnte die Beklagte daher auch nicht verurteilt werden. Im Übrigen sind die Urteilsbegründung und der Urteilsausspruch nicht miteinander zu vereinbaren, da das Sozialgericht unter Berufung auf die Beurteilung von Dr. K. nur von einem Zusammenprall der linken Schulter des Klägers mit dem Türrahmen ausgegangen ist - insoweit ist eine Prellung als Unfallfolge bereits bestandskräftig festgestellt - und das Sozialgericht ausdrücklich eine Zugbelastung der Schulter verneint hat.

Die Berufung der Beklagten ist auch begründet, soweit sie sich gegen die Verurteilung zur Feststellung des Innenmeniskusrisses rechts als Folge des Unfalls vom 23.12.2004 wendet.

Sowohl nach Dr. B. wie auch nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. A. ist das vom Kläger geschilderte Ereignis des Ausrutschens geeignet, eine Meniskusverletzung hervorzurufen. Dies überzeugt den Senat jedoch nicht.

Zwar hat der Kläger über den genauen Unfallablauf außer dem Umstand, dass er sich nach der rechten Seite während des Sturzes verdreht hat, keine genauen Angaben gemacht, auch nicht bei seiner Anhörung durch den Berichtersteller im Erörterungstermin am

02.10.2007. Er hat aber durchgehend geschildert, auf glattem Boden ausgerutscht und mit Körperschwung gestürzt zu sein. Dr. A. und Dr. B. haben für den Senat überzeugend unter Hinweis auf die unfallmedizinische Literatur (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl. S. 692) ausgeführt, dass beim Stolpern und Ausrutschen die plötzliche Streckung des gebeugten und rotierten Unterschenkels zur Verletzung des Meniskus führen kann. Wenn Dr. B. aber offensichtlich meint, dass bei diesem Unfallmechanismus eine erforderliche Fixierung des Unterschenkels oder des Fußes zur plötzlichen Unterbrechung der physiologischen Schlussrotation des Kniegelenks (vgl. Schönberger u. a., a. a. O.) verzichtbar ist, die aber Dr. K. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 17.05.2005 zutreffend fordert, kann dem nicht gefolgt werden. Dr. A. hat im Einklang mit der unfallmedizinischen Literatur und daher für den Senat überzeugend für seine Beurteilung die Angabe des Klägers, sein Fuß sei fixiert gewesen, allerdings ungeprüft, zugrunde gelegt. Wie und durch was der Fuß am Boden fixiert gewesen sein soll, ist dem Gutachten nicht zu entnehmen.

Der Kläger hat bei seiner Anhörung durch den Berichterstatter keine Umstände dargelegt, die unmittelbar eine Fixierung der rechten unteren Extremität in diesem Sinne ergeben haben. Er hat ausdrücklich eine unebene Bodenbeschaffenheit, in der sich der Fuß hätte verfangen können, verneint. Ein Verdrehen des rechten Fußes durch den Körperschwung beim Sturz, sodass der Standfuß der Bewegung nicht hätte folgen können bzw. ein Verdrehtrauma durch Aufprall auf dem Boden und Weiterdrehung des Rumpfes als denkbare Möglichkeiten hat der Kläger nicht geschildert; er hat nicht mehr angeben können, ob die Schmerzen im Knie während des Sturzes oder erst nach dem Sturz aufgetreten sind und wie der Sturz im Einzelnen abgelaufen ist.

Dr. A. hat seine Zusammenhangsbeurteilung auch darauf gestützt, dass bereits nach dem Sturz erhebliche Schmerzen, die auf einen unmittelbar eingetretenen Meniskusriss hindeuten, aufgetreten seien. Dem steht gegenüber, dass der Kläger in seinem Schreiben vom 25.03.2005 angegeben hat, vorerst nur leichte Schmerzen gehabt zu haben, die bis zum Arztbesuch am 13.01.2005 zugenommen hätten. Wenn dagegen tatsächlich am Donnerstag, den 23.12.2004, erhebliche Schmerzen aufgetreten sind, ist es nicht verständlich, dass der Kläger nicht bereits in den verbleibenden Werktagen bis zu den Weihnachtsfeiertagen einen Arzt aufgesucht hat, sondern seit dem Unfall ca. drei Wochen sogar über die Feiertage hinaus hat verstreichen lassen.

Einen Meniskusriss, zwar als Verdachtsdiagnose, hat Dr. B. erst am 13.01.2005 diagnostiziert, der dann durch die Kernspintomografie am 17.01.2005 von Dr. H. bestätigt worden ist. Hierbei zeigten sich aber Seitenbänder und Außenbandapparat unauffällig, lediglich die von Dr. B. bereits diagnostizierte Distorsion des Innenbandes wurde zusätzlich bestätigt. Nach Dr. A. ergab aber die histologische Aufarbeitung des anlässlich der Arthroskopie am 01.06.2005 entnommenen Gewebes fortgeschrittene degenerative Veränderungen, wobei eine Einblutung in das entfernte Gewebe nicht nachgewiesen werden konnte. Ob dies darauf beruht, dass keine substantielle traumatische Schädigung vorgelegen hat oder eine solche auf Grund des Zeitablaufs bereits weitgehend mit Abbau der Blutablagerungen verheilt war, ist nicht festzustellen. Danach spricht für einen traumatisch bedingten Meniskusriss lediglich das Indiz einer Innenbanddehnung.

Da aber eine bereits fortgeschrittene Degeneration des Kniebinnengelenkes mit Knorpelschädigung dem Operationsbericht vom 01.06.2006 zu entnehmen ist und außer der Innenbanddehnung keine Hinweise auf ein geeignetes Kniebinnengelenkstrauma vorliegen,



insbesondere keine adäquate Beschwerdesymptomatik am Unfalltag, ist der Senat nicht vom Vorliegen eines unfallbedingten Innenmeniskusrisses überzeugt. Vielmehr sprechen die genannten Umstände mehr gegen als für einen unfallbedingten Zusammenhang.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.