

L 6 U 2580/18

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Ulm (BWB)

Aktenzeichen

S 7 U 3261/16

Datum

16.05.2018

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 U 2580/18

Datum

15.01.2019

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 16. Mai 2018 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt die Gewährung einer Verletztenrente wegen eines anerkannten Arbeitsunfalls.

Er ist im Jahre 1965 geboren und wohnt im Inland. Zur Zeit des Arbeitsunfalls war er als angelernter Gipser bzw. Stuckateur bei einem im Inland ansässigen Unternehmen des Bauhandwerks beschäftigt und insoweit bei der beklagten gewerblichen Berufsgenossenschaft gesetzlich unfallversichert. Am 4. September 2012 gegen 15:45 Uhr stürzte er während der Arbeit auf einer Baustelle in XXX (Landkreis XXX) von der letzten Stufe eines Treppenturms an einem Baugerüst ab und verletzte sich dabei am rechten Oberarm, der während des Sturzes an ein herausstehendes Metallteil stieß.

Durchgangsarzt Prof. Dr. U., der den Kläger um 16:22 Uhr untersuchte, stellte eine 4 cm tiefe und 15 cm lange Fleischwunde am Oberarm und der Achsel bzw. der Achselhöhle (Axilla) rechts. Die Arterie war nicht eröffnet, aber sichtbar pulsierend. Es bestanden Gefühlsstörungen am Finger D3 rechts. Eine Röntgenuntersuchung am selben Tag ergab keine knöchernen Verletzungen. Der Kläger wurde zur Wundversorgung und Antibiose-Behandlung bis zum 10. September 2012 in der Klinik E. XXX stationär versorgt (Entlassbericht vom 21. September 2012). Danach war er in ambulanter Behandlung bei Dr. O. und war zunächst bis zum 14. Oktober 2012 arbeitsunfähig erkrankt. Einen Arbeitsversuch ab dem 15. Oktober 2012 brach er nach einem Tag ab. Danach befand er sich bis zum 5. November 2012 in Erholungsurlaub. Ab dem 2. November 2012 war er wegen fortbestehender Schmerzen und einer schmerzhaft eingeschränkten Beweglichkeit des rechten Arms erneut arbeitsunfähig.

Die Arbeitgeberin erteilte am 7. Dezember 2012 betriebliche Unfallanzeige und teilte dabei ergänzend mit, der Kläger habe sich bei dem Sturz an dem Gestell festgehalten.

Am 14. Dezember 2012 führte Prof. Dr. D. (Klinik E. XXX) eine magnetresonanztomografische Untersuchung (MRT) durch. In seinem Bericht vom selben Tage führte er aus, es beständen Einrisse und Einblutungen der Infraspinatussehne und der Muskulatur, die zeitlich vermutlich dem Ereignis vom 4. September 2012 zuzuordnen seien. Daneben lägen eine ausgeprägte arthrotische Hypertrophie des AC-Gelenks (Schultereckgelenk), eine deutliche Ansatz-Tendinopathie der Supraspinatussehne und eine Bursitis subacromialis, deltoidea und subkorakoida sowie eine zentrale Läsion der Supraspinatussehne und ein Abriss der Subscapularissehne, ein Ausriss des Sehnenankers und eine vermehrte Flüssigkeitsbildung (Erguss) in der Sehnen Scheide und der Sehne des langen Bizeps vor.

Nach umfangreichen Voruntersuchungen am 2. Januar 2013 im Klinikum Ch. XXX (schmerzhafte Bewegungseinschränkungen, Missempfindungen am Finger D3, vgl. Bericht vom 18. Januar 2013) und am 4. März 2013 in der BG-Klinik XXX bei Prof. Dr. St. (an der rechten Schulter Anteversion auf 120° mit Mühe, Abduktion auf 90° und Außenrotation deutlich eingeschränkt, deutliche Kraftminderung, vgl. Bericht vom 7. März 2013) wurde der Kläger am 4. April 2013 in der BG-Klinik XXX operativ versorgt ("Arthroskopie der rechten Schulter, Tenotomie der langen Bizepssehne, SAD, Debridement Supraspinatussehne bei intakter Rotatorenmanschette"). Ausdrücklich wurde festgehalten, dass eine versorgungsbedürftige Rotatorenmanschettenruptur nicht zu diagnostizieren sei. Eine rentenberechtigende MdE sei

nicht zu erwarten (Entlassbericht von Prof. Dr. St. vom 16. April 2013). In dem Operationsbericht vom 4. April 2013 (Dr. M.) wurde ausgeführt, es habe sich - nur - die lange Bizepssehne als deutlich ausgefranst, degeneriert und längsgespalten im Sinne einer Teilruptur gezeigt. Die Rotatorenmanschette sei ohne Degenerationszeichen und ohne Läsion gewesen, die Subscapularissehne habe sich bei Bewegungen deutlich angespannt, auch die Supraspinatus- und die Infraspinatussehne seien in ihrer Kontinuität erhalten und mechanisch stabil gewesen. Daher habe insoweit auf operative Rekonstruktionen verzichtet werden können.

Bei der einer Nachschau in der BG-Klinik XXX am 21. Mai 2013 teilte der Kläger mit, er habe weiter Fortschritte gemacht, bei der klinischen Untersuchung dort war die Beweglichkeit mit einer Abduktion und einer Anteversion von 170° - passiv - nur noch endgradig limitiert, wobei der Kläger bei der Hebung zwischen 90° und 150° Schmerzen angab. Durchblutung, Motorik und Sensibilität waren intakt (Bericht von Prof. Dr. St. vom 23. Mai 2015). Am 8. Juli 2013 ergab die weitere Nachschau (vgl. Bericht von diesem Tage) eine - nunmehr aktive - Schultergelenksbeweglichkeit bis 140° Abduktion und 160° Anteversion, wobei der Kläger Schmerzen angab. Ferner teilte er Sensibilitätsstörungen am Unterarm rechts radial sowie am Zeigefinger (D2) und am Kleinfinger (D5) rechts an, während er eine - früher angegebene - Sensibilitätsstörung am Mittelfinger (D3) verneinte. Diese Sensibilitätsstörungen, so führte Prof. Dr. St. in dem Bericht aus, passten zu keinem Versorgungsgebiet eines peripheren Nervs, sodass von funktionellen Störungen ausgegangen werden müsse.

Auch gegenüber der behandelnden Ärztin Dr. O. gab der Kläger weiterhin persistierende Beschwerden, vor allem Schmerzen und eine Kraftminderung, an. Deswegen wurde er vom 7. bis 29. August 2013 erneut stationär in der BG-Klinik XXX behandelt. In dem Befund- und Entlassungsbericht vom 2. September 2013 führte Dr. K. dazu aus, bei der Aufnahme seien die Abduktion und Anteversion aktiv bis 140° bzw. 160° möglich gewesen, passiv habe volle Beweglichkeit bestanden. Die Rotatorenmanschetten-Tests seien negativ gewesen. Der Kläger habe weiterhin über die nicht erklärlichen Sensibilitätsstörungen geklagt. Während der anschließenden dreiwöchigen Behandlung hätten Kraft und Beweglichkeit leicht verbessert werden können. Jedoch seien die Schmerzen unverändert stark. Daraufhin sei am 26. August 2013 eine kernspintomografische Untersuchung (CT) durchgeführt worden. Diese habe - nunmehr - eine komplette Ruptur bzw. eine starke Ausfransung der Supraspinatussehne im Ansatzbereich ohne Retraktion und einen Zustand nach Tenotomie der langen Bizepssehne ergeben. Daraufhin sei die Indikation einer - erneuten - arthroskopischen Arthrolyse gesehen worden.

Während des stationären Aufenthalts, am 19. August 2013, wurde der Kläger im Auftrage der Beklagten von Prof. Dr. W. begutachtet. In seinem schriftlichen Gutachten vom 28. August 2013 berücksichtigte der Sachverständige auch die nachgereichten CT-Bilder vom 26. August 2013. Er führte aus, der Kläger habe ihm gegenüber auch über eine massive Einschränkung des Mittelfingers (D3) geklagt, ferner über Schmerzen im Schulterbereich. Schulter- und Nackengriff seien nur unvollständig ausführbar gewesen, der Schultergegengriff mit rechts eben möglich. Die (aktive) Beweglichkeit der Schultergelenke sei rechts mit einer Abduktion/Adduktion von 110/0/20° (links 160/0/40°), einer Ante-/Retroversion von 110/0/50° (links 160/0/50°) und einer Außen-/Innenrotation (anliegend) von 40/0/80° (50/0/100° links) gemessen worden. Es hätten sich Druckschmerzen gezeigt. Ferner sei die Beweglichkeit des rechten Ellenbogengelenks geringfügig eingeschränkt (Streckung/Beugung dort 5/0/120° gegenüber links 15/0/130°). Als Unfallfolgen seien die ausgedehnte Weichteilverletzung im Bereich der rechten Achselhöhle mit zusätzlicher Beteiligung der dort verlaufenden Nervenstrukturen zu bezeichnen. Diese Schäden seien zeitnah bestätigt worden und aktenkundig. Sie seien auch für die jetzige Beschwerdesymptomatik und die funktionelle Einschränkung verantwortlich. Die Bewegungseinschränkung im rechten Schultergelenk, die geringfügige Einschränkung des Ellenbogens und daraus folgend die deutliche Muskelminderung rechts seien Folgen des Unfalls vom 4. September 2012. Eine eindeutige Schädigung von Anteilen der Rotatorenmanschette durch jenen Unfall sei dagegen nicht nachgewiesen. Das MRT vom 14. Dezember 2012 lasse keine eindeutigen posttraumatischen Veränderungen erkennen. Zwar wäre der dokumentierte Unfallhergang durchaus geeignet, eine unphysiologische Belastung von Anteilen der Rotatorenmanschette hervorzurufen. Aber eine solche Schädigung sei später, auch in der Arthroskopie vom 4. April 2013, ausgeschlossen worden. Die aktuelle CT-Untersuchung am 26. August 2013 zeige eine - erneut aufgetretene, deutlichere - Zusammenhangstrennung, die in der Erstuntersuchung am 14. Dezember 2012 noch nicht nachweisbar gewesen sei. Jedoch zeigten die übrigen Sehnenstrukturen der Rotatorenmanschette auch jetzt keine relevanten Veränderungen. Die MdE auf Grund der Folgen des Unfalls, so Prof. Dr. W., sei ab dem 27. Mai 2013 auf 30 v.H. einzuschätzen.

Am 5. September 2013 wurde die geplante erneute Arthroskopie durchgeführt. Intraoperativ wurde die Partialläsion der Supraspinatussehne rechts bestätigt, die Refixation war möglich, bei der Entlassung aus der stationären Behandlung am 17. September 2013 war die operierte Schulter langsam abgeschwollen (Zwischen-/Entlassbericht von Prof. Dr. St.). Bei der ersten Nachuntersuchung am 11. Oktober 2013 waren Anteversion und Abduktion aktiv bis 80°, passiv war eine deutlich bessere Beweglichkeit möglich.

Die Beklagte bewilligte wegen der Folgen des Arbeitsunfalls Heilbehandlung, erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) und Verletztengeld bis zum 10. Juli 2014.

Bei der weiteren Nachschau in der BG-Klinik XXX am 7. Februar 2014 berichtete der Kläger, insgesamt hätten sich die Beschwerden nicht verändert. Der Arm sei weiterhin schwach. Daraufhin wurde am 12. Februar 2014 erneute eine CT durchgeführt, die eine - erneute - Ruptur der Supraspinatussehne ergab (Zwischenbericht vom 25. Februar 2014). Daraufhin führte die BG-Klinik am 7. März 2014 eine weitere Arthroskopie der rechten Schulter durch, bei der eine Refixation (Mini-Open-Rekonstruktion in zweireihiger Technik) und zusätzlich eine subacromiale Dekompression durchgeführt wurden (Befund- und Entlassbericht vom 19. März 2014). Nachdem sich unmittelbar nach dieser Operation eine Infektion in der rechten Schulter (eitrige Arthritis bzw. nach laborchemischer Untersuchung Streptokokken) entwickelt hatte, führte die A.-Klinik am 27. März 2014 eine weitere Arthroskopie mit einer Spülung und Einlage eines Schwamms durch (Entlassungsbericht von Prof. Dr. Schm. vom 31. März 2014).

Bei fortbestehenden Beschwerden wurde der Kläger vom 8. bis 22. April 2014 sowie vom 18. Juni bis zum 10. Juli 2014 erneut in der BG-Klinik XXX behandelt. Erstmals in dem Befund- und Entlassungsbericht vom 22. April 2014 wurde zusätzlich der V. a. (Verdacht auf) eine depressive Episode geäußert. Bei der Aufnahme zur zweiten Behandlung waren - aktiv - die Anteversion auf 85° und die Abduktion auf 90° eingeschränkt, passiv waren - unter Schmerzangaben - die Anteversion bis 130° und die Abduktion bis 110° möglich (Zwischenbericht vom 17. Juni 2014). Bei der Entlassung war die Beweglichkeit nahezu unverändert eingeschränkt, die Kraft hatte sich nur leicht verbessert. Der Kläger sei nunmehr, auch nachdem sein Beschäftigungsverhältnis als Gipser nicht mehr bestehe, als arbeitsfähig zu entlassen, zumutbar seien leichte und mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ohne Überkopfarbeiten. Es sei davon auszugehen, dass, ggfs. vorübergehend, eine rentenberechtigende MdE andauern werde. Eine Wiedervorstellung in der Klinik sei nur bei Beschwerdezunahme notwendig, ansonsten sei vor allem die ambulante Physiotherapie fortzuführen (Bericht vom 6. August 2014).

Bei einer Vorstellung bei Prof. Dr. Schm. am 28. August 2014 hatte sich die Beweglichkeit links verbessert (Ante-/Retroversion 125/0/40°, Abd./Add. 100/0/10°, ARO/RO 40/0/70°), der Kläger klagte nunmehr auch über Schmerzen an der anderen, der linken Schulter; insoweit wurde eine Behandlung zu Lasten der Krankenkasse eingeleitet.

Die Beklagte erhob das Erste Rentengutachten - im Einvernehmen mit dem Kläger - bei Dr. B. und Prof. Dr. Ste ...

Dr. B. führte in seinem orthopädisch-unfall-chirurgischen Gutachten vom 16. März 2015 aus, an der rechten Schulter seien die Abduktion/Adduktion bis 100/0/30°, die Ante-/Retroversion bis 90/0/20° und die Rotation bis 30/0/70° möglich. Die Beugung des Ellenbogengelenks rechts sei auf 110° (links 130°) eingeschränkt, die Streckung beidseits frei. Die Muskulatur im Schulterbereich rechts sei diskret vermindert, der Nacken- und Schürzengriff nicht vollständig ausführbar. Die grobe Kraft rechts sei gegenüber links vermindert reduziert. Röntgenologisch habe sich die Supraspinatussehne rechts als deutlich ausgedünnt, aber kontinuierlich dargestellt. Im Sulcus finde sich eine fehlende Bizepssehne bei Zustand nach Tenotomie, ein Erguss bestehe nicht, ebenfalls könne eine Bursitis ausgeschlossen werden. Die MdE auf unfallchirurgischem Fachgebiet sei angesichts dieser Schäden ab dem 5. Juli 2014 und bis voraussichtlich noch Juli 2016 auf 20 v.H. zu schätzen. Danach sei eine MdE von 10 v.H. zu prognostizieren.

Auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet führte Prof. Dr. Ste. in seinem Gutachten vom 23. April 2015 aus, die Muskulatur an den Armen sei seitengleich und kräftig, die Oberarm-Abspreizung sei aktiv und passiv bis 100° möglich gewesen, danach würden Schmerzen angegeben, der Schürzengriff werde um eine Handbreite verfehlt. Der Ellenbogen sei frei beweglich. Die Kraftmessung habe rechts eine Einschränkung (20 kp) gegenüber links (42 kp) ergeben, was angesichts der seitengleichen kräftigen Bemuskulung der Arme unplausibel sei. Am rechten Oberarm, im Versorgungsgebiet des N. axillares, gebe der Kläger eine verminderte Berührungs- und Schmerzempfindung an, ebenso im Versorgungsgebiet des N. medianus an den Fingern 1 bis 3 rechts. Insoweit hätten die myografischen Untersuchungen verzögerte Nervenleitgeschwindigkeiten bestätigt. Psychische Einschränkungen oder Störungen beständen nicht. Bislang sei nicht ausreichend überprüft und berücksichtigt worden, dass an der rechten Schulter offensichtlich eine unfallfremde ausgeprägte Tendinopathie bestanden habe. Die später vorgenommene Schultergelenksrevision sei nicht erkennbar unfallbedingt vorgenommen worden. Dies sei insoweit relevant, als bei der früheren neurologischen Abklärung im Klinikum XXX keine Schädigungen des Nervenplexus, insbesondere nicht des N. medianus oder des N. axillares, hätten bestätigt werden können und dass solche Nervenschädigungen anatomisch nicht durch den Unfall oder die erste Operation an der Achselhöhle entstanden sein könnten. Es sei daher zu vermuten, dass erst die - zweite - Arthroskopie im April 2013 die Nervenschädigung, vor allem die erhebliche Schädigung des N. axillaris, verursacht habe. Vor diesem Hintergrund, so der Sachverständige, seien auch auf neurologischem Gebiet keine Unfallfolgen zu objektivieren. Die Schädigungen des N. medianus und vor allem des N. axillaris rechts seien unfallfremd.

Die Beklagte holte zu den beiden Gutachten die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. Th. vom 5. und vom 11. August 2015 ein. Dieser Arzt führte aus, angesichts der in allen Befundberichten über 100° liegenden Abduktions- und Elevationsfähigkeit (Anteversion) keine MdE um 20 v.H. mehr anzunehmen. Die weiteren Einbußen auf Grund der Nervenschädigung seien unfallfremd. Ferner holte die Beklagte die ergänzende Stellungnahme von Prof. Dr. W. vom 20. Dezember 2015 ein, der sich der Einschätzung, die Verletzung des N. axillares sei nicht unfallbedingt, anschloss. Hierzu teilte abschließend Beratungsarzt Dr. Schw. am 11. April 2016 mit, unter der Voraussetzung, dass weder eine Rotatorenmanschettenruptur noch die Schädigung des N. axillares unfallbedingt gewesen seien, habe die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit nur bis zu der umfangreichen Operation der BG-Klinik am 4. April 2013 bestanden, danach hätten die Unfallfolgen keine rentenberechtigende MdE mehr gerechtfertigt.

Mit Bescheid vom 28. April 2016 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 4. September 2012 ab. In der Begründung führte sie aus, Unfallfolgen sei - nur - eine Narbenbildung nach Riss-Quetsch-Wunde in der rechten Achselhöhle. Die Bewegungseinschränkung der rechten Schulter und die Kraftminderung des rechten Arms auf Grund der Schädigung des N. axillaris und des Teilrisses der langen Bizeps- und der Supraspinatussehne rechts seien nicht unfallbedingt. Es habe daher ab der 26. Woche nach dem Unfall bzw. dem Ende des Verletztengeldanspruchs keine MdE um wenigstens 20 v.H. vorgelegen.

Der Kläger erhob Widerspruch und führte aus, es hätten keine Verschleißerscheinungen vorgelegen, vielmehr seien die Schäden ausschließlich auf den Unfall zurückzuführen.

Das Schmerzzentrum XXX, Dr. Ri., teilte mit Befundberichten vom 14. Oktober und vom 12. November 2016 mit, bei dem Kläger sei inzwischen von einer chronischen Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren im Chronifizierungsstadium II auszugehen. Die Beklagte lehnte eine Behandlung dieser Erkrankung zu ihren Lasten ab.

Die Beklagte erließ den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 12. Oktober 2016. Sie führte ergänzend aus, der Einschätzung des Gutachters Dr. B. könne nicht gefolgt werden, da er auch unfallfremde Schädigungen berücksichtigt habe. Weiterhin sei eine Rotatorenmanschettenruptur nicht nachgewiesen. Die Schädigung des N. axillaris sei, auch nachdem sie bei den Erstuntersuchungen im Klinikum XXX nicht vorgelegen habe, nicht durch den Unfall, sondern wahrscheinlich bei der Operation im April 2013 verursacht worden.

Hiergegen hat der Kläger am 17. Oktober 2016 Klage zum Sozialgericht Ulm (SG) erhoben und eine Verurteilung der Beklagten zur Gewährung einer Verletztenrente begehrt. Er hat insbesondere gegen Prof. Dr. Ste. und sein Gutachten Einwände erhoben.

Das SG hat den Kläger von Amts wegen bei dem Neurologen und Psychiater Prof. Dr. Ws. begutachten lassen. Dieser hat - nach einer Untersuchung des Klägers am 2. Februar 2017 - in seinem schriftlichen Gutachten vom 21. März 2017 bekundet, das Be- und Entkleiden gelinge selbstständig, insbesondere könne der Kläger seinen Pullover über Kopf ausziehen, wobei er im Wesentlichen den linken Arm einsetze. Im Stehen sei die Armabduktion aktiv bis 110° möglich gewesen, passiv sei die Beweglichkeit nur leicht eingeschränkt gewesen, wobei der Kläger über erhebliche Schmerzen geklagt habe. Im Sitzen habe er besser entspannen können, dann habe sich ein seitengleiches Muskelrelief an beiden Schultern und Armen gezeigt, eine Atrophie habe nicht bestanden. Bei Überprüfung der Kraftgrade habe sich keine Parese gezeigt. Die Beweglichkeiten im Ellenbogen und Handgelenk recht seien frei, die Kraft auch gegenüber links nicht gemindert. Die Sensibilitätsminderungen am proximalen Oberarm und den Fingerkuppen D1 bis D3 rechts seien reproduzierbar und plausibel, dagegen habe sich die ebenfalls angegebene diffuse Störung des ganzen rechten Arms weder reproduzieren noch dem Versorgungsgebiet eines Nervs zuordnen lassen. Die motorischen und die sensiblen elektroneurografischen Untersuchungen hätten durchgehend regelgerechte und -

nur - beim N. ulnaris und beim N. medianus leichte und nur z.T. zu verzeichnende Einschränkungen der Leitgeschwindigkeiten ergeben, dies allerdings beidseitig. Es sei davon auszugehen, dass die sensible Störung am proximalen Oberarm auf einer Läsion des Hautnervs N. cutaneus brachii medialis beruhe und unfallbedingt sei, da dieser Hautnerv exakt im Bereich der Riss-Quetsch-Wunde des Klägers verlaufe. Die hieraus folgenden Störungen seien allerdings geringfügig. Dagegen könnten die Störungen an den Fingern nicht auf den Unfall zurückgeführt werden, da sich eine relevante Teilschädigung des insoweit versorgenden N. medianus bei regelhafter Sensibilität in seinem übrigen Versorgungsgebiet und bei regelhafter, seitengleicher Bemuskulung des Arms nicht habe feststellen lassen. Im Gegensatz zu dem Gutachten von Prof. Dr. Ste. habe eine Schädigung des N. axillaris (N. Nervus cutaneus brachii lateralis superior) ausgeschlossen werden können. Insoweit sei weder die Neurografie auffällig gewesen noch habe jetzt im Versorgungsgebiet dieses Nervs, an der Oberarmaußenseite, eine reproduzierbare Sensibilitätsminderung festgestellt werden können. Auch Prof. Dr. Ste. habe insoweit keine peripheren oder zentral-motorischen Paresen feststellen können, aber gleichwohl allein auf Grund der Angaben des Klägers und einer elektromyografischen Untersuchung eine Schädigung angenommen. Vor diesem Hintergrund seien die Schmerzen, die der Kläger an der rechten Schulter beklage, nicht neurologisch zu erklären, sondern eher dem unfallchirurgischen Fachgebiet zuzuordnen. Vor diesem Hintergrund, so Prof. Dr. Ws., begründe die alleinige Unfallfolge auf neurologischem Gebiet, die leichte Schädigung des N. cutaneus brachii medialis, eine MdE unter 10 v.H.

Ferner hat das SG von Amts wegen das Gutachten vom 24. Juli 2017 bei dem Facharzt für Orthopädie Dr. El. erhoben. Dieser hat nach der Untersuchung des Klägers am 30. Mai 2017 ausgeführt, als Unfallfolge sei allein eine ausgeheilte Rissverletzung an der körpernahen Innenseite des Oberarms anzuerkennen. Eine Rotatorenmanschettenruptur sei durch die Feststellungen des MRT vom 14. Dezember 2012 und bei der Operation am 4. April 2013 ausgeschlossen worden. Auch sei auf Grund des Unfallmechanismus, wie ihn der Kläger schildere, eine gewaltsam verursachte Kontinuitätstrennung der Rotatorenmanschette aus biomechanischer Sicht nicht nachzuvollziehen. Geeignet seien insoweit massive Einwirkungen bei einer aktiv gehaltenen Seitwärtshebung oder Außendrehstellung des Arms oder eine aufgezwungene Bewegung im Schürzengriff oder ein Festhalten mit dem hochgehobenen Arm beim Fallen. Der Kläger sei mit dem Arm auf den herausragenden Haken gestürzt, der in die Weichteile eingedrungen sei. Es sei nicht davon auszugehen, dass hierdurch der Arm gewaltsam bewegt oder verdreht worden sei. Bei einer solchen Einwirkung, wie sie für die traumatische Verursachung einer Rotatorenmanschettenruptur nötig sei, hätten Gefäße und Nerven massiv verletzt werden müssen, dies habe bei dem Kläger jedoch nicht stattgefunden. Vor diesem Hintergrund, so Dr. El., sei die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit längstens bis zu der Operation am 4. April 2013 anzunehmen, für die Zeit danach liege auch keine MdE mehr vor. Soweit Prof. Dr. W. in dem Gutachten vom 28. August 2013 etwas Anderes vorgeschlagen habe, könne dem nicht gefolgt werden, weil er den Operationsbericht vom 4. April 2013 nicht in seine Bewertung einbezogen habe und weil die von ihm vorgeschlagene MdE um 30 v.H. auch keiner Wertung einer MdE (Erfahrungssatz) entspreche.

Mit Urteil auf Grund mündlicher Verhandlung vom 16. Mai 2018 hat das SG die Klage abgewiesen. Ein Anspruch auf eine Verletztenrente, der eine unfallbedingte MdE um mindestens 20 v.H. voraussetze, bestehe nicht. Der Kläger habe bei dem Arbeitsunfall vom 4. September 2012 eine Weichteilverletzung erlitten, die bei Ende der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit bereits ausgeheilt gewesen sei. Verblieben sei allenfalls die von Prof. Dr. Ws. festgestellte Schädigung des Hautnervs im Oberarmbereich, die aber nicht zu einer MdE um mindestens 10 v.H. führe. Eine Rotatorenmanschettenruptur sei nach den Feststellungen des Sachverständigen Dr. El. vor allem durch die Operation am 4. April 2013 ausgeschlossen worden. Ferner sei der Unfallhergang nicht geeignet gewesen, eine solche Verletzung hervorzurufen. Auch die von Prof. Dr. Ste. angenommene, aber auch von ihm nicht dem Unfall zugeordnete Schädigung des N. axillaris liege nach den Feststellungen Prof. Dr. Ws.s nicht vor. Ergänzend hat das SG darauf hingewiesen, dass auch die (unfallunabhängig bedingten) Funktionsstörungen keine MdE um 20 v.H. begründen könnten, eine solche werde in der Regel erst ab einer Einschränkung der Armhebung auf bis zu 90° anerkannt. Somit habe zumindest ab dem tatsächlichen Ende des Bezugs von Verletztengeld am 11. Juli 2014 keine rentenberechtigende MdE mehr bestanden.

Gegen dieses Urteil, das seinem Prozessbevollmächtigten am 20. Juni 2018 zugestellt worden ist, hat der Kläger am 20. Juli 2018 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg erhoben. Eine Begründung ist trotz mehrfacher Fristsetzungen erst nach Ankündigung einer Entscheidung durch Beschluss abgegeben worden. Insoweit trägt der Kläger mit Schriftsatz vom 26. Oktober 2016 vor, der Unfallhergang könne nicht als ungeeignet bezeichnet werden, vielmehr könne der Kläger den Hergang wahrscheinlich überhaupt nicht beschreiben. Entscheidend sei, dass der Unfall stattgefunden habe und die Verletzung der Rotatorenmanschette zwar nicht direkt festgestellt worden sei, aber im zeitlichen Zusammenhang zu dem Ganzen liege, zumal es keine weiteren Verletzungen oder Stürze gegeben habe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm und den Bescheid der Beklagten vom 28. April 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. Oktober 2016 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 4. September 2012 ab dem 11. Juli 2014 eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angegriffene Urteil und ihre Entscheidungen.

Der Senat hat am 28. August 2018 unter anderem darauf hingewiesen, dass bereits die zweite Erwägung des SG, die vorhandenen Funktionseinbußen bedingten selbst dann keine MdE um 20 v.H., wenn sie unfallbedingt wären, das angegriffene Urteil tragen dürfte. Dabei hat der Senat angefragt, ob ein Stützrentenatbestand vorliege. Hierauf hat der Kläger nicht erwidert, insbesondere auch in seiner Berufungsbegründung vom 26. Oktober 2018.

Der Senat hat am 18. Oktober darauf hingewiesen, dass er eine Entscheidung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung und ohne Hinzuziehung der ehrenamtlichen Richter erwäge, und Gelegenheit zur Stellungnahme bis zum 12. November 2018 gegeben.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten und die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

II.

Der Senat konnte über die Berufung nach [§ 153 Abs. 4 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss entscheiden. Das SG hat die Klage durch Urteil ([§ 124 Abs. 1 SGG](#)) abgewiesen. Der Senat hält die Berufung einstimmig für unbegründet. Der Rechtsstreit weist nach seiner Einschätzung auch keine besonderen tatsächlichen oder rechtlichen Schwierigkeiten auf, die in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Die Beteiligten sind zu dieser Verfahrensweise gehört worden.

Die Berufung des Klägers ist statthaft ([§ 143 SGG](#)), insbesondere war sie nicht nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) zulassungsbedürftig, da der Kläger eine laufende Sozialleistung für mehr als ein Jahr begehrt ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Sie ist auch im Übrigen zulässig, vor allem hat sie der Kläger nach der Zustellung des angegriffenen Urteils am 20. Juni 2018 am 20. Juli 2018 und damit in der nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) notwendigen Frist erhoben.

Sie ist aber nicht begründet. Zu Recht hat das SG die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) abgewiesen.

Die Klage ist zwar zulässig. Insbesondere hat die Beklagte in dem angegriffenen Bescheid vom 28. April 2016 ausdrücklich die Gewährung einer Verletztenrente wegen des in Rede stehenden Arbeitsunfalls abgelehnt. Dieser Anspruch war danach auch Gegenstand des nach [§ 78 Abs. 1 SGG](#) notwendigen Vorverfahrens, das mit Erlass des Widerspruchsbescheids vom 12. Oktober 2016 geendete hat. Ob die Beklagte in dem angegriffenen Bescheid auch die Feststellung bestimmter Unfallfolgen abgelehnt hat oder ob ihre Ausführungen dazu nur Teil der Begründung waren, kann offen bleiben, weil der Kläger auch in diesem Gerichtsverfahren nicht die Feststellung bestimmter, weiterer Unfallfolgen begehrt.

Die Klage ist aber nicht begründet. Der geltend gemachte Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente besteht nicht. Die angegriffenen Bescheide sind danach rechtmäßig.

Anspruchsgrundlage für die begehrte Rentengewährung ist [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls - hier eines Arbeitsunfalls - über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf Rente. Sofern bereits wegen eines anderen Versicherungsfalls nach dem SGB VII oder wegen eines Entschädigungsfalles nach dem Versorgungsrecht eine MdE um wenigstens 10 v.H. vorliegt ("Stützrententatbestand"), begründet auch eine MdE um nur 10 v.H. wegen des neuen Versicherungsfalls einen Anspruch auf Rente (Urteil des Senats vom 20. Oktober 2016 - [L 6 U 719/16](#) -, juris, Rz. 21). Wenn, wie vorliegend, ein Anspruch auf Verletzengeld entstanden ist, werden gemäß [§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) Renten an Versicherte von dem Tag an gezahlt, der auf den Tag folgt, an dem dieser Anspruch endet (Urteil des Senats vom 28. Juli 2016 - [L 6 U 1013/15](#) -, juris, Rz. 81).

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Um das Vorliegen der MdE beurteilen zu können, ist zunächst zu fragen, ob das aktuelle körperliche oder geistige Leistungsvermögen beeinträchtigt ist. In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang dadurch die Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens vermindert werden. Die Bemessung des Grades der MdE erfolgt als Tatsachenfeststellung des Gerichts, die dieses gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft. Die zur Bemessung der MdE in Rechtsprechung und Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind dabei zu beachten. Sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen ständigem Wandel (Urteil des Senats vom 28. Juli 2016 - [L 6 U 1013/15](#) -, juris, Rz. 82).

Die Einschätzung der MdE setzt voraus, dass der angeschuldigte Arbeitsunfall überhaupt eine Beeinträchtigung des Leistungsvermögens hervorgerufen hat, entweder durch einen unfallbedingten Gesundheitserst- oder einen damit im Ursachenzusammenhang stehenden Gesundheitsfolgeschaden.

Die unfallversicherungsrechtliche Zurechnung setzt erstens voraus, dass die Verrichtung der versicherten Tätigkeit den Schaden, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten Ursachen (Wirkursachen), objektiv (mit-)verursacht hat. Für Einbußen der Verletzten, für welche die versicherte Tätigkeit keine (Wirk-)Ursache war, besteht schlechthin kein Versicherungsschutz und haben die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht einzustehen. Ursachen sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die in Frage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen. Insoweit ist Ausgangspunkt der Zurechnung die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolges gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele ("conditio sine qua non"). Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung muss eine versicherte Verrichtung, die im Sinne der "Conditio-Formel" eine erforderliche Bedingung des Erfolges war, darüber hinaus in seiner besonderen tatsächlichen und rechtlichen Beziehung zu diesem Erfolg stehen. Sie muss Ursache des Erfolges gewesen sein, muss ihn tatsächlich mitbewirkt haben und darf nicht nur eine im Einzelfall nicht wegdenkbare zufällige Randbedingung gewesen sein.

Ob die versicherte Verrichtung eine Wirkursache für die festgestellte Einwirkung und die Einwirkung eine Wirkursache für den Gesundheitserstschaden (oder den Tod) 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, gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten, beantwortet werden (vgl. dazu Urteil des Senats vom 19. Juli 2018 - [L 6 U 2309/17](#) -, juris, Rz. 37).

Eine Verrichtung ist jedes konkrete Handeln von Verletzten, das objektiv seiner Art nach von Dritten beobachtbar und subjektiv, also jedenfalls in laienhafter Sicht, zumindest auch auf die Erfüllung des Tatbestandes der jeweiligen versicherten Tätigkeit ausgerichtet ist. Als objektives Handeln der Verletzten kann es erste Ursache einer objektiven Verursachungskette sein. Diese kann über die Einwirkung auf den Körper, über Gesundheitserstschäden oder den Tod hinaus bis zu unmittelbaren oder im Sinne von [§ 11 SGB VII](#), der für die zweite Prüfungsstufe andere Zurechnungsgründe als die Wesentlichkeit regelt, mittelbaren Unfallfolgen sowie auch zur MdE reichen, derentwegen das SGB VII mit der Rente ein Leistungsrecht vorsieht.

Erst wenn die Verrichtung, die möglicherweise dadurch verursachte Einwirkung und der möglicherweise dadurch verursachte Erstschaden festgestellt sind, kann und darf auf der ersten Prüfungsstufe der Zurechnung, also der objektiven Verursachung, über die tatsächliche Kausalitätsbeziehung zwischen der Verrichtung und der Einwirkung mit dem richterlichen Überzeugungsgrad mindestens der Wahrscheinlichkeit entschieden werden. Es geht hierbei ausschließlich um die rein tatsächliche Frage, ob und gegebenenfalls mit welchem Mitwirkungsanteil die versicherte Verrichtung, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten Ursachen, eine Ursache der von außen kommenden, zeitlich begrenzten Einwirkung auf den Körper von Versicherten war (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 32).

Zweitens muss der letztlich durch die versicherte Verrichtung mitbewirkte Schaden rechtlich auch unter Würdigung unversicherter Mitursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich der begründeten Versicherung fallenden Gefahr, eines dort versicherten Risikos, zu bewerten sein. Denn der Versicherungsschutz greift nur ein, wenn sich ein Risiko verwirklicht hat, gegen das die jeweils begründete Versicherung Schutz gewähren soll.

Wird auf der ersten Stufe die objektive (Mit-)Verursachung bejaht, indiziert dies in keiner Weise die auf der zweiten Stufe der Zurechnung rechtlich zu gebende Antwort auf die Rechtsfrage, ob die Mitverursachung der Einwirkung durch die versicherte Verrichtung unfallversicherungsrechtlich rechtserheblich, also wesentlich, war. Denn die unfallversicherungsrechtliche Wesentlichkeit der Ursächlichkeit der versicherten Verrichtung für die Einwirkung muss eigenständig rechtlich nach Maßgabe des Schutzzweckes der jeweils begründeten Versicherung beurteilt werden. Sie setzt rechtlich voraus, dass der Schutzbereich und der Schutzzweck der jeweiligen durch die versicherte Verrichtung begründeten Versicherung durch juristische Auslegung des Versicherungstatbestandes nach den anerkannten Auslegungsmethoden erkannt werden. Insbesondere ist festzuhalten, ob und wie weit der Versicherungstatbestand gegen Gefahren aus von ihm versicherten Tätigkeiten schützen soll (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 – [B 2 U 16/11 R](#) –, juris, Rz. 21 ff.). Nur wenn beide Zurechnungskriterien bejaht sind, erweist sich die versicherte Verrichtung als wesentliche Ursache (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – [B 2 U 9/11 R](#) –, juris, Rz. 37).

Diese Voraussetzungen müssen für jeden einzelnen Gesundheitserstschaden erfüllt sein. Ein solcher ist jeder abgrenzbare Gesundheitsschaden, der unmittelbar durch eine versicherte Einwirkung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde, die durch ein- und dieselbe versicherte Verrichtung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde. Es handelt sich also um die ersten voneinander medizinisch abgrenzbaren Gesundheitsschäden, die infolge ein- und derselben versicherten Verrichtung eintreten (vgl. BSG, a.a.O., Rz. 39).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweiswürdigung bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, die solche Gesundheitsschäden erfüllen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge zwischen der versicherten Einwirkung und einem Gesundheitserstschaden sowie zwischen einem Gesundheitserst- und einem Gesundheitsfolgeschaden der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteile vom 2. April 2009 – [B 2 U 29/07 R](#) –, juris, Rz. 16; und vom 31. Januar 2012 – [B 2 U 2/11 R](#) –, juris, Rz. 17).

Vor diesem Hintergrund besteht für den Kläger ein Rentenanspruch schon deshalb nicht, weil seine tatsächlich vorliegenden funktionellen Schäden im Bereich der rechten Schulter und der rechten oberen Gliedmaße, selbst wenn sie unfallbedingt wären, ab dem Ende des Anspruchs auf Verletztengeld keine rentenberechtigende MdE begründen. Hierbei geht der Senat davon aus, dass ein Stützrententatbestand nicht vorliegt, nachdem der Kläger die diesbezügliche Frage des Senats nicht beantwortet hat. Es ist daher eine MdE von wenigstens 20 v.H. vonnöten. Eine MdE in dieser Höhe liegt bei dem Kläger nicht vor.

Die funktionellen Störungen auf Grund einer Verletzung einer Schulter äußern sich im Wesentlichen in Bewegungseinschränkungen bzw. Instabilitäten einschließlich einer Schultersteife (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 550 ff.). Daneben können Kraftminderungen und neurologische Störungen berücksichtigt werden, wobei motorische Störungen gegenüber sensiblen deutlich relevanter sind. Rechts- und linksseitige Verletzungen der Schulter werden gleich bewertet, unabhängig davon, ob der Versicherte Rechts-, Links- oder Beidhänder ist. Hiernach bedingt erst eine Bewegungseinschränkung der Schulter in der Vorwärts- und Seitwärtshebung (Anteversion, Abduktion) bis 90° bei freier Rotation eine MdE um 20 v.H. Eine noch höhere MdE oder mehr kommt erst bei einer konzentrischen Bewegungseinschränkung (in allen Dimensionen) um die Hälfte (25 v.H.) oder einer Schultergelenksversteifung in 30° Abduktion oder einer Lähmung des Deltamuskels oder einer Oberarmkopfprothese mit Bewegungseinschränkung und Kraftminderung (30 v.H.) in Betracht. Dagegen bedingen eine Einschränkung der Armhebung auf bis 120° und auch eine Funktionseinschränkung der Rotatorenmanschette im Sinne eines Impingements nur eine MdE um 10 v.H. (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 560). Sofern auch im Bereich einer Schulterverletzung neurologische Schädigungen angeschuldigt werden, sehen die Erfahrungswerte z.B. für den Totalausfall des M. axillaris eine MdE um 30 v.H. und hinsichtlich des N. radialis, medianus oder ulnaris bei Totalausfällen je nach betroffenem Abschnitt MdE-Werte von 20 bis 30 v.H. und bei einer partiellen Radialis-, Medianus- oder Ulnarusparesie eine MdE um 20 v.H. vor (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 252). Ein Totalausfall in diesem Sinne betrifft die sensiblen und die motorischen Aufgaben des Nervs und bedingt eine Lähmung des Versorgungsgebiets.

Bei dem Kläger lag – allenfalls – eine Funktionseinschränkung der Rotatorenmanschette vor, genau dies ist jene Verletzung, die er selbst behauptet und auf den Unfall zurückführt. Diese Schädigung allein würde aber, wie ausgeführt, nur einen MdE um 10 v.H. bedingen.

Eine Bewegungseinschränkung der rechten Schulter mit einer Einschränkung der Anteversion und der Abduktion auf bis zu 90° lag allenfalls vorübergehend nach den Operationen, vor allem der Operation vom 4. April 2013, vor. Dauerhaft waren die Armhebungen jeweils besser. So betrugen am 4. März 2013 (Bericht Prof. Dr. St. vom 4. März 2013) die Anteversion 120° und die Abduktion 90°. Bei der Untersuchung am 21. Mai 2013 wurden insoweit – passiv – 170° gemessen, während die aktive Beweglichkeit noch etwas schlechter war. Diese aktiven Werte lagen nach weiteren Verbesserungen bei der Untersuchung am 8. Juli 2013 bei 140° in der Abduktion und 160° in der Anteversion. Auch in der Folgezeit war die Armhebung nicht auf die Waagerechte eingeschränkt. Der Gutachter Prof. Dr. W. begutachtet hat in dem Gutachten vom 28. August 2013 eine Abduktion/Adduktion von 110/0/20°, eine Ante-/Retroversion von 110/0/50° und eine Außen-/Innenrotation (anliegend) von 40/0/80° gemessen. Selbst nach den mehreren Operationen lagen die Abduktion bzw. Anteversion noch bei 100° bzw. 90° (Gutachten Dr. B. vom 16. März 2015) bzw. 110° und 100° (Gutachten Prof. Dr. Ste. vom 23. April 2015). Zuletzt hat der Gerichtssachverständige Prof. Dr. Ws. bei der Untersuchung des Klägers am 2. Februar 2017 im Stehen eine aktive Armabduktion bis 110° gemessen, wobei die Beweglichkeit passiv und bei einer weiteren Überprüfung im Sitzen noch besser war.

Die vorliegenden Nervenschädigungen bedingen keine MdE. Selbst die von Prof. Dr. Ste. angenommene Schädigung des N. axillaris - die sich im späteren Verlauf des Verfahrens nicht hat bestätigen lassen - ergäbe hier keine MdE von 10 v.H. oder mehr. Prof. Dr. Ste. hat die von ihm angenommene Verletzung dieses Nervs zwar als erheblich bezeichnet. Aber als Symptome bzw. Funktionsstörungen daraus hat er - lediglich - auf eine "verminderte Berührungs- und Schmerzempfindung am rechten Oberarm", also im Versorgungsgebiet des N. axillares, abgestellt, wie sie ihm der Kläger mitgeteilt hatte. Eine Nervenschädigung ohne jegliche motorische Bedeutung mit rein sensibler Folge führt jedoch nicht zu nennenswerten Einschränkungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Gleiches gilt für die Läsion des Hautnervs N. cutaneus brachii medialis, die der Gerichtssachverständige Prof. Dr. Ws. in seinem Gutachten vom 21. März 2017 festgestellt und dem Unfall zugeordnet hat. Auch insoweit waren lediglich sensible Störungen in Form von Berührungsunempfindlichkeiten im Versorgungsgebiet dieses Nervs zu verzeichnen, aber keine motorischen Störungen.

Unabhängig hiervon liegen bei dem Kläger auch keine Schädigungen der Rotatorenmanschette oder des N. axillaris als Folgen des Unfalls vom 4. September 2012 vor. Der Senat schließt sich insoweit den zutreffenden Ausführungen des SG in dem angegriffenen Urteil ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)) an. Ergänzend ist nur auf folgendes hinzuweisen:

Eine Schädigung der Rotatorenmanschette ist, selbst wenn sie später jemals vorgelegen haben sollte, schon im naturwissenschaftlichen Sinne, also im Sinne einer *conditio sine qua non*, bei dem Unfall vom 4. September 2012 nicht entstanden, sodass es nicht darauf ankommt, ob der Unfall eine wesentliche Ursache gewesen wäre. Während des arthroskopischen Eingriffs am 4. April 2013 in der BG-Klinik XXX wurde festgestellt, dass nur - die lange Bizepssehne deutlich ausgefranst, degeneriert und längsgespalten im Sinne einer Teiltraktur war. Die Rotatorenmanschette war dagegen ohne Degenerationszeichen und ohne Läsion, die Subscapularissehne konnte bei intraoperativen Bewegungen deutlich angespannt werden. Auch die Supraspinatus- und die Infraspinatussehne, also die weiteren Sehnen der Rotatorenmanschette, waren in ihrer Kontinuität erhalten und mechanisch stabil. Diesen Befund entnimmt der Senat dem Operationsbericht von Dr. M. vom 4. April 2013 und den Ausführungen Prof. Dr. St.s in dem Entlassbericht vom 16. April 2013. Da zu diesem Zeitpunkt keine Schädigungen der Rotatorenmanschette vorlagen, konnte auch auf eine operative Rekonstruktion verzichtet werden. Es wurde lediglich ein Debridement der Supraspinatussehne durchgeführt. Dieser Befund, dass nach dem Unfall und bis mindestens zum 4. April 2013 keine Ruptur oder Teiltraktur der Rotatorenmanschette vorlag, wird auch durch die Symptomatik zeitnah zu dem Unfall bestätigt. Insbesondere lagen zeitnah keine relevanten Bewegungseinschränkungen und zum Beispiel kein "drop-arm-sign" vor. Bei der Erstuntersuchung bei Prof. Dr. U. am Unfalltag bestand neben der blutenden Fleischwunde nur eine Gefühlsstörung am Finger D3 rechts. Auch in der Folgezeit hatte der Kläger nur über Schmerzen im Verletzungsgebiet geklagt und sogar mehrere Wochen, unterbrochen von seinem Erholungsurlaub, in seiner alten Beschäftigung gearbeitet.

Eine Schädigung des N. axillaris konnte der Gerichtssachverständige Prof. Dr. Ws. ausschließen. Der Senat hält seine Ausführungen in dem Gutachten vom 21. März 2013 für überzeugend. Insbesondere hat dieser Sachverständige bei der elektromyografischen Untersuchung dieses Nervs mehrere Insertionen vorgenommen und dabei nur an einer einzigen Insertionsstelle der Nadel etwas erhöhte Potentiale festgestellt hat, während die übrigen Messungen unauffällig waren. Ferner hat Prof. Dr. Ws. versucht, die vom Kläger angegebenen Sensibilitätsstörungen zu verifizieren, dies konnte nicht erreicht werden. Zum einen waren die Angaben des Klägers über den Ort der Störungen diffus und nicht eindeutig dem Versorgungsgebiet des N. axillaris zuzuordnen, zum anderen konnten sie nicht reproduziert werden. Demgegenüber hatte Prof. Dr. Ste. bei seiner gutachterlichen Untersuchung die Angaben des Klägers nicht überprüft und lediglich eine einmalige myografische Untersuchung vorgenommen. Aus diesem Grunde kann auch der Senat in diesem Punkt Prof. Dr. Ste. nicht folgen.

Die vom Kläger angegebenen Sensibilitätsstörungen im Bereich der Finger sind jedenfalls nicht auf den Unfall zurückzuführen. Dabei bleibt offen, ob sie überhaupt vorliegen, wobei zu berücksichtigen wäre, dass der Kläger anfangs den Mittelfinger, später ausdrücklich nur den Zeige- und den Ringfinger und noch später, bei den Untersuchungen bei Prof. Dr. Ste. und bei Prof. Dr. Ws., alle drei Finger als betroffen bezeichnet hat. Jedenfalls ist der N. medianus, der für die sensible Versorgung dieser Finger verantwortlich ist, durch den Unfall nicht geschädigt worden. Diese Einschätzung ergibt sich für den Senat ebenfalls aus Prof. Dr. Ws.s Gutachten. Die elektrografische Untersuchung dieses Nervs hat keine nennenswerten Veränderungen der Leitung ergeben. Auch waren die anderen Versorgungsgebiete dieses Nervs nicht von Sensibilitätsstörungen betroffen, sodass eine hohe Schädigung - also eine Schädigung im Bereich der Schulterverletzung des Klägers - auszuschließen ist.

Die danach vorhandenen Folgen des Unfalls - die leichte Sensibilitätsstörung auf Grund der Läsion des N. cutaneus brachii medialis bedingt keine nennenswerte MdE.

Die Entscheidung über die Kosten des Berufungsverfahrens beruht auf [§ 193 Abs. 1 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-01-17