L 9 U 2671/20

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 20 U 68/16
Datum
20.07.2020
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 2671/20
Datum
15.11.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 20. Juli 2020 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Der Kläger begehrt die Feststellung weiterer Unfallfolgen sowie die Gewährung einer Verletztenrente als Folge eines anerkannten Arbeitsunfalls vom 28.01.2014.

Der am1960 geborene Kläger stieg im Rahmen seiner Tätigkeit als Forst- und Landarbeiter am 28.01.2014 bei Baumfällarbeiten bis zu einer Höhe von 4,5 m auf eine an einen Baum gelehnte Leiter, um ein Seil zu befestigen. Beim Befestigen des Seils kippte die Leiter seitwärts weg, der Kläger hielt sich mit der linken Hand an einem Ast fest und kletterte anschließend über die Äste nach unten. Danach hatte er Schmerzen in der linken Schulter, arbeitete jedoch weiter.

Am 07.02.2014 begab sich der Kläger in ärztliche Behandlung bei dem D-Arzt S1, der eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung in der linken Schulter (Abduktion 90°, Elevation 100°, retro 40°), einen starken Druckschmerz am Proc. Coracoideus, aber keine peripheren Ausfälle feststellte und eine Distorsion der linken Schulter diagnostizierte. Auf dem Röntgenbild war eine Verkalkung in Projektion auf die Bursa subacromialis und eine geringe ACG-Arthrose zu sehen, ansonsten zeigten sich keine Auffälligkeiten. Am 03.03.2014 stellte sich der Kläger wegen stärkerer Beschwerden vor und S1 veranlasste ein MRT. Bei der am 10.03.2014 durch die Radiologische Praxis S2 durchgeführten Kernspintomographie zeigte sich eine „kurzstreckige full-thickness Partialruptur der Supraspinatussehne im ventralen Ansatzdrittel und es ergab sich der Verdacht auf eine SLAP 2 Läsion. Zunächst erfolgte eine konservative Behandlung. S3, Universitätsklinikum F1, stellte am 21.05.2014 die Diagnosen Verdacht auf Pulley Läsion linke Schulter und Partialruptur der SSP-Sehne linke Schulter und sah die Indikation zur Arthroskopie.

Der Beratungsarzt S4 vertrat in seiner Stellungnahme vom 17.09.2014 die Auffassung, als Unfallfolge sei eine Zerrung anzuerkennen. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit habe bis zum 10.03.2014 bestanden.

Mit Bescheid vom 18.09.2014 erkannte die Beklagte den Unfall vom 28.01.2014, bei dem es zu einer Zerrung der linken Schulter gekommen sei, als Arbeitsunfall an. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit wurde vom 07.02.2014 bis 10.03.2014 anerkannt. Für die seit dem 10.03.2014 ärztlich behandelten Beschwerden im Bereich der linken Schulter werde eine Entschädigung nicht gewährt, weil diese nicht Folgen des Arbeitsunfalls vom 28.01.2014 seien. Es seien erhebliche degenerative Veränderungen im Bereich der linken Schulter nachgewiesen worden. Im Vordergrund stünden hierbei Verkalkungen der Supraspinatussehne und eine AC-Gelenksarthrose.

Gegen diesen Bescheid legte der Kläger durch seinen Bevollmächtigten am 17.10.2014 Widerspruch ein. Der Kläger beantragte die Anerkennung weiterer Unfallfolgen, die Feststellung einer MdE von mindestens 20 v.H., die Fortsetzung der Heilbehandlung zu Lasten der Beklagten sowie die Gewährung einer dementsprechenden Rente seit Vorliegen der Voraussetzungen. Die Feststellung einer Zerrung sei absolut ungenügend. Es müsse eine Supraspinatussehnen-Ruptur links und eine hochgradige Partialruptur (50 %) der langen Bizepssehne links anerkannt werden. Irgendeine Art von Vorschäden seien nicht geeignet, eine Leistungsfreiheit der Beklagten zu bewirken.

Am 14.10.2014 erfolgte eine Arthroskopie des linken Schultergelenks mit arthroskopischer Rekonstruktion der Rotatorenmanschette und der

langen Bizepssehne in der Uniklinik F1. Im Bericht des Universitätsklinikums F1 vom 17.10.2014 über die stationäre Behandlung wurden die Diagnosen Supraspinatussehnen-Ruptur links und hochgradige Partialruptur (50 %) der langen Bizepssehne links angegeben. Im Operationsbericht des Universitätsklinikums F1 werden die Diagnosen Rotatorenmanschettenruptur; SSP-Komplettruptur (Bateman 1, Patte 1), Verletzung des Muskels und der Sehne des Caput longum des M. biceps brachil, hochgradige LBS-Partialruptur (50 %) mit Verbreiterung und Impingement-Syndrom der Schulter links angegeben. Bei der Verlaufskontrolle im Universitätsklinikum F1 am 26.11.2014 zeigte sich ein regulärer Verlauf; bei der Röntgenuntersuchung am selben Tag wurden eine Omarthrose, eine AC-Gelenksarthrose, Kalkeinlagerungen im Verlauf der Supraspinatussehne und degenerative Veränderungen am Tuberculum majus und der Akromionunterseite festgestellt.

Die Beklagte holte die beratungsärztliche Stellungnahme bei dem Arzt T1 vom 22.09.2015 ein. Dieser kam zu dem Ergebnis, dass das Verhalten des Klägers nach dem Unfall (Aufsuchen eines Arztes erst nach neun Tagen), der klinische Erstbefund (unspezifische konzentrische Bewegungseinschränkung, kein Fallarm) und der MRT-Befund (beginnende arthrotische Veränderungen im Schultereckgelenk, fehlende verletzungsspezifische Gewebeveränderungen, intakte Subscapularissehne) gegen eine Kausalität zwischen Unfall und Rotatorenmanschettenruptur sprechen. Durch den Unfall sei es lediglich zu einer leichten Zerrung der Schulter gekommen, die im März folgenlos ausgeheilt sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15.12.2015 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Ausführungen von T1 seien überzeugend. Sie entsprächen dem objektiven Befund und den allgemeinen Richtlinien und Bewertungsgrundsätzen in der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Anerkennung weiterer Unfallfolgen sei daher nicht möglich, ebenso wenig die Gewährung einer Rente oder die Anerkennung weiterer unfallbedingter Behandlungsbedürftigkeit.

Hiergegen hat der Kläger am 04.01.2016 Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben mit dem Antrag, den Bescheid vom 18.09.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.12.2015 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, weitere Gesundheitsschädigungen aus dem Unfall vom 28.01.2014 anzuerkennen, eine MdE von mindestens 20% festzustellen sowie eine dementsprechende Rente seit Vorliegen der Voraussetzungen zu gewähren, hilfsweise die Gewährung einer Stützrente seit Vorliegen der Voraussetzungen.

Das SG hat zunächst Beweis erhoben durch Einholung sachverständiger Zeugenauskünfte bei S1 und S3 sowie ein Gutachten bei N1 und auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers bei K1.

S1 hat unter dem 04.10.2016 ausgeführt, er halte den Unfallmechanismus für geeignet, eine Sehnenverletzung zu verursachen. Gegen eine gravierende Sehnenverletzung spreche jedoch, dass der Kläger fast neun Monate habeweiterarbeiten können, wenn auch unter Schmerzen und verminderter Gebrauchsfähigkeit des linken Armes. Er gehe davon aus, dass der bisher stumme Degenerationsprozess an der Supraspinatussehne durch den Unfall aktiviert worden sei und die jetzt noch bestehenden Beschwerden zu 90% auf die vorhandene und verbliebene Degeneration zurückzuführen seien. S3 hat in seiner Stellungnahme vom 10.10.2016 über die Behandlung seit Mai 2014 berichtet und angegeben, keine Aussage zum Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Unfallfolge machen zu können.

N1 hat in seinem Gutachten vom 09.06.2017 im Bereich der linken Schulter eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung bei postoperativer Kapselschrumpfung und leichter Kraftminderung nach arthroskopischer Sehnennaht festgestellt. Der Unfallhergang sei aus seiner Sicht nicht geeignet, eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen. Insgesamt würden die gegen einen direkten Unfallmechanismus sprechenden Rupturfaktoren überwiegen, so dass der Unfall als Gelegenheitsursache der Schulterschmerzen bei einer bereits vorgeschädigten Rotatorenmanschette gesehen werden müsse. Unfallbedingt liege lediglich eine Zerrung der Schulter vor.

In seinem Gutachten vom 23.11.2017 hat K1 eine anhaltende Schultersteife links mit konzentrischer Bewegungseinschränkung um die Hälfte diagnostiziert. Äußere Verletzungszeichen seien bei der Erstuntersuchung nicht beschrieben worden. Sämtliche Bewegungen seien bei der Erstuntersuchung deutlich eingeschränkt gewesen, was dem Befund einer frischen Verletzung entspreche. Das Verhalten sei nicht verletzungskonform gewesen, da ein Arzt erst nach acht Tagen aufgesucht worden sei. Im Rahmen des Unfalls sei es zu einer maximalen Abduktion/Elevation der linken Schulter mit gleichzeitiger ruckartiger Traktion durch das Körpergewicht gekommen. Auch sei von einer Drehbewegung des hängenden Rumpfes unter dem Arm auszugehen. Dieser Mechanismus sei geeignet, einen Sehnenriss an der Rotatorenmanschette hervorzurufen. Vorschädigungen seien auf den angefertigten Aufnahmen nicht erkennbar. Eine überwiegend oder ausschließlich unfallbedingte Schädigung der Sehnen des M. supraspinatus und des langen Bizepskopfes sei insgesamt wahrscheinlich. Die jetzt vorliegende Schultersteife sei mittelbare Folge des Unfalls. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe bis zum 28.02.2015 bestanden. Die MdE hat K1 mit 20 v.H. vom 28.01.2014 bis 13.10.2014 und mit 25 v.H. ab dem 01.03.2015 eingeschätzt.

Nachdem im Termin zur mündlichen Verhandlung am 24.04.2018 der Unfallhergang mit dem Kläger eingehend erläutert worden war, hat das SG ein weiteres orthopädisches Sachverständigengutachten bei C1 eingeholt. In seinem Gutachten vom 19.07.2018 hat er ausgeführt, dass beim Kläger zum Unfallzeitpunkt eine klinisch stumme Schadenslage im Bereich der linken Schulter vorgelegen habe. Dafür spreche der röntgenologische Befund vom 07.02.2014, der eine schon länger bestehende Knochenneubildung in Projektion auf den Ansatzbereich der Supraspinatussehne am Oberarmkopf zeige. Diese könne sich auf der Grundlage entzündlicher Reizzustände im Ansatzbereich der Supraspinatussehne entwickeln. Die Angabe einer Partialruptur der Supraspinatussehne im Originalbefund sei nicht nachvollziehbar. Das MRT vom 10.03.2014 zeige eine deutliche Abflachung der langen Bizepssehne im Führungskanal, was als chronische und degenerativ verursachte Reduktion des Sehnenkalibers zu werten sei. Die Darstellungen im Operationsbericht vom 14.10.2014 bestätigten die degenerativen Befunde. Zwar sei der Unfallmechanismus, wie vom Kläger in der mündlichen Verhandlung geschildert, prinzipiell geeignet, eine Ruptur der Supraspinatussehne zu verursachen, die deutlichen degenerativen Veränderungen sprächen aber deutlich mehr gegen eine unfallbedingte Verursachung der Ruptur. Nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit sei nicht von einer MdE in messbarem Ausmaß auszugehen.

Auf Antrag und Kosten des Klägers hat das SG das radiologische Gutachten nach Aktenlage bei H1 vom 04.02.2020 eingeholt. Dieser hat auf den MRT-Bildern vom 10.03.2014 eine AC-Gelenksarthrose und Omarthrose links im Altersrahmen, ein akutes ossäres Ödem bzw. Bone-bruise im AC-Gelenk, eine Teilruptur der Supraspinatussehne mit posttraumatischem Ödem der Sehne, die eher durch das Trauma als durch Degeneration erklärbar sei, festgestellt. Eine wesentliche Pulley-Läsion sei nicht festzustellen. Im Vordergrund stehe in der gesamten Beurteilung der OP-Befund. Die Kalzifikation der Supraspinatussehne könne als degenerativ bedingt angesehen werden.

Hierzu hat C1 am 19.03.2020 nochmals Stellung genommen und ausgeführt, als wesentliche Abweichung ergebe sich im Gutachten von H1, indem dieser eine Partialruptur der Supraspinatussehne sehe. Intraoperativ habe sich eine kleine, aber vollständige Ruptur im Bereich der vorderen Sehneninsertion gezeigt. Insgesamt sprächen jedoch auch nach dem radiologischen Gutachten deutlich mehr Argumente gegen eine traumatische Ruptur der Supraspinatussehne.

Nach vorheriger Anhörung hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 20.07.2020 abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Feststellung weiterer Unfallfolgen, insbesondere die Verletzung der Rotatorenmanschette der linken Schulter als Folge eines Arbeitsunfalls und Gewährung einer Unfallrente hieraus. Der Kläger habe bei dem Ereignis am 28.01.2014 unstreitig einen Arbeitsunfall erlitten. Die von ihm erlittene Ruptur der Rotatorenmanschette der linken Schulter sei jedoch nicht wesentliche Folge dieses Unfalls. Das Gericht stütze diese Überzeugung im Wesentlichen auf die Gutachten von N1 und C1. Zwar sei N1 noch von einem ungeeigneten Unfallmechanismus ausgegangen, während C1 den Unfallmechanismus, wie ihn der Kläger in der mündlichen Verhandlung geschildert habe, prinzipiell als geeignet angesehen habe, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen. Beide Gutachter seien, so wie auch der Beratungsarzt der Beklagten T1, übereinstimmend zu dem Ergebnis gekommen, dass beim Kläger die degenerativen Veränderungen, wie sie sich in den Röntgenaufnahmen und im MRT zeigten, den überwiegenden Anteil an der Verursachung der Sehnenruptur hätten. Dies werde bestätigt durch den Operationsbericht vom 14.10.2014, in dem die Bizepssehne als deutlich verbreitert und eine Auffaserung im Rupturbereich beschrieben werde. H1 habe in seinem radiologischen Gutachten ebenfalls das Vorliegen einer degenerativ bedingten Kalzifikation bestätigt. Anhaltspunkte, die für eine frische traumatische, nicht degenerativ bedingte Ruptur sprächen, ergäben sich aus dem radiologischen Gutachten nicht. Vielmehr verweise H1 ebenfalls auf den OP-Bericht, der im Vordergrund stehe. Insgesamt sprächen aufgrund der von den Gutachtern beschriebenen degenerativen Vorschäden deutlich mehr Anhaltspunkte gegen eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette als dafür. Dabei werde nicht verkannt, dass der Kläger nach seinen Schilderungen bis zum Unfallereignis keinerlei Beschwerden in der linken Schulter gehabt habe. Entscheidend sei jedoch, dass bereits eine deutliche degenerative Vorschädigung der Schulter bestanden habe, auch wenn diese dem Kläger klinisch noch keine Beschwerden gemacht habe. Diese klinisch stumme Vorschädigung habe zur Überzeugung des SG den überwiegenden Anteil an der erfolgten Rotatorenmanschettenruptur. Aufgrund der degenerativen Vorschädigungen hätte jedes andere auch alltägliche Ereignis eine Rotatorenmanschettenruptur verursachen können. Dem Unfall komme insoweit als Gelegenheitsursache nur eine untergeordnete Bedeutung zu. Da die Rotatorenmanschettenruptur der linken Schulter nicht Folge des Unfalls gewesen sei, sei sie bei einer Bemessung der MdE nicht zu berücksichtigen. Die beim Kläger durch den Unfall hervorgerufenen Gesundheitsstörungen, namentlich eine folgenlos ausgeheilte Zerrung der linken Schulter, bedingten keine relevante MdE, so dass die Gewährung einer Rente oder wie hilfsweise beantragt, einer Stützrente, ausscheide.

Gegen das ihm am 24.07.2020 zugestellte Urteil hat der Kläger am 24.08.2020 Berufung eingelegt. Zur Berufungsbegründung hat er vorgetragen, es ergebe sich aus den Abläufen und Stellungnahmen klar, dass es ein Unding und eine Unmöglichkeit sei, in der konkreten Situation schlicht zu erklären, dass man dem Gutachten von C1 folgen wolle. Das Gutachten K1 werde zwingend dazu führen müssen, dass dies hier differenziert gesehen werde. Es liege durchaus ein geeigneter Unfallmechanismus vor. Durch den Unfall sei es zu einem Riss der Supraspinatussehne links und einem teilweisen Riss der langen Bizepssehne gekommen. Nach der Operation im Oktober 2014 sei eine Schultersteife aufgetreten, die immer noch anhalte. Die Problematik der Verschlechterung im Rahmen der Unfallbehandlung werde durch das SG nicht erfasst. Es sei auch zu berücksichtigen, dass C1 im Hinblick auf seine jahrzehntelange Vergangenheit als leitender BG-Klinik-Mitarbeiter durch berufsgenossenschaftliche Vorstellungen auch unbewusst geprägt gewesen sei und andere Auffassungen hier nachhaltig hätten geprüft werden müssen, gerade im Hinblick auf diese ihm anhaftende Besorgnis einer gewissen Einseitigkeit, noch verstärkt dadurch, dass er nunmehr ein Institut für Gutachten betreibe, das selbstverständlich gezielt von Berufsgenossenschaften in Anspruch genommen werde und auch hier eine wirtschaftliche Abhängigkeit entstehe. Die Auswahl des Gutachters sei denkbar unglücklich, was sich deutlich am Gutachten zeige. Zwischen den Gutachten ergäben sich Widersprüche. Während N1 erkläre, dass der Unfallmechanismus nicht geeignet sei, den Schaden herbeizuführen, sei bei K1 hinsichtlich der Geeignetheit des Unfallmechanismus eine klare Übereinstimmung anzunehmen. Ein Widerspruch zu N1 ergebe sich im Gutachten von C1 auch hinsichtlich der Frage der Verkalkung im Bereich der Supraspinatussehne. Eine solche Verkalkung habe C1 nicht angenommen. Angesichts dieser doch wesentlichen Widersprüchlichkeiten sei die Frage, ob das SG überhaupt beiden Gutachten gleichzeitig habe folgen können, nachdem sie durchaus Unterschiedliches aussagten. An dem Gutachten von N1 bestünden schon deswegen Zweifel, weil dieser erkläre, dass der Kläger deshalb, weil er einen körperlich schweren Beruf hätte, sozusagen eine Rente nicht bekommen könne, weil anzunehmen sei, dass er bereits durch seinen Beruf geschädigt sei. Die Behauptung des N1, dass die gegen einen direkten Unfallmechanismus sprechenden Rupturfaktoren so stark überwiegen würden, dass der Unfall als Gelegenheitsursache einer bereits vorgeschädigten Rotatorenmanschette gesehen werden müsse und deshalb nur eine unfallbedingte Zerrung der Schulter vorliege, obwohl, wie dieser Gutachter bestätige, die Ruptur in zeitlicher Folge des Unfalls eingetreten sei, sei absolut verfehlt. Es liege ein ganz gravierender Unfall vor und es sei völlig undenkbar, dies in die Rubrik „Gelegenheitsursache" zu stecken. Dies wäre theoretisch denkbar, wenn es um eine ganz leichte Schädigung ginge, die zum Schaden geführt habe, nicht aber, wenn diese in dieser gravierenden Form durchaus isoliert als geeignet den Schaden herbeizuführen bezeichnet werde, wie dies jedenfalls C1 und K1 täten, wie dies aber auch im Endeffekt, wenn man die Gedanken weiter fortsetzen würde, N1 tue, weil er ja den Schaden durchaus als Unfallfolge ansehe. N1 sei sich offenbar auch der Beweissituation im Sozialrecht nicht bewusst. Vorschäden müssten nicht nur vermutet werden, wie er annehme, sondern bewiesen. Im OP-Bericht der Universitätsklinik F1 sei aber nur von geringfügiger Vorbeeinträchtigung die Rede, ein Vorschaden könne nicht bewiesen werden. Die Aussage von H1, dass die Erscheinungsform für eine frische traumatische nicht degenerativ bedingte Ruptur spreche, werde durch das SG nur beiläufig erwähnt, ohne die Argumentation von H1 zu würdigen, z. B. kräftige Ödeme, ein Erguss in der Bursa subacromials und in der Sehnenscheide der SSP-Sehne und dass ein ausgeprägtes chronisches subacromiales Impingement oder acromiales Outlet Impingement fehle. Völlig unverständlich und unhaltbar sei, dass das SG die Überlegungen von N1 hinsichtlich einer Gelegenheitsursache übernehme. Dies sei wieder ein klarer Widerspruch zu C1, d. h. das Urteil sei in sich widersprüchlich, weil es angeblich zwei Gutachtern folge, die in wesentlichen Punkten deutlich abweichende Positionen verträten und weil es von H1 übernehme, dass dieser eine frische traumatische nicht degenerativ bedingte Ruptur annehme, dies aber vom Gutachten lediglich mehr oder minder als Tatbestand dargelegt werde (wenngleich es in den Entscheidungsgründen stehe), diese Argumentation mit ihrer ausführlichen Begründung aber völlig links liegengelassen werde. Aufgrund des radiologischen Gutachtens vom 04.02.2020 hätte das SG sich gehindert sehen müssen, dem Gutachten von C1 und N1 folgen zu können, weil die unschlüssigen Darlegungen beider sich zum einen deutlich widersprächen und jede für sich keinesfalls eine Verneinung zulasse angesichts der völlig anderen Schadensfolgezeichen, die in dem OP-Bericht, aber auch in der Radiologiefeststellung vorlägen. Es sei ein völliges Unding, dass bei einem schweren Unfall, wie dem vorliegenden, die Arbeitsunfähigkeit gerade einmal bis zum Datum des 10.03.2014 andauern solle, somit 41 Tage. Wobei man sinnigerweise den Tag der Durchführung des Kernspintomogramms und der Feststellung der Supraspinatussehnen als angebliches Ende der Arbeitsunfähigkeit wähle. Behandelt werde dies als ein „Gelegenheitsschaden". Zurecht weise das Gutachten K1 darauf hin, dass eine

bereits vorgeschädigte Rotatorenmanschette (N1) im Vollbeweis gesichert sein müsse, was absolut fehle. Im OP-Bericht stehe lediglich, dass geringe degenerative Auffaserungen im Labrum erkennbar seien. Es werde dargelegt, dass die Subscapularissehne intakt zur Darstellung komme. Bezüglich der langen Bizepssehne finde sich eine mäßiggradige Synovialitis ohne weiteres als nach dem Unfall entstanden anzunehmen, nachdem die OP erst am 15.10.2014 erfolgt sei. Neben der vollständigen Rotatorenmanschettenruptur im Bereich der vorderen Supraspinatussehneninsertion sei jüngst dieser Schaden direkt über der langen Bizepssehne lokalisiert. Es werde beschrieben, dass sich intakte Knorpelverhältnisse ab Glenoid befänden. Im Bereich des inferioren Rezessus fänden sich keine freien Gelenkkörper. Solche würden sich mit großer Wahrscheinlichkeit finden, wenn ein fortgeschrittener Degenerationszustand der Schulter gegeben wäre, wie er von N1 und dem SG und offenbar auch C1, angenommen werde. Was die Ruptur der SSP-Sehne angehet, fänden sich dort nur Auffaserungen im Rupturbereich, d. h. es sei dies hier als schadensbedingt anzunehmen. Alles in allem sei dieses Bild völlig konträr zu dem, was das SG und BG-nahe Gutachter darstellten. Es handle sich um einen klaren Fall des Versagens der Rechtsprechung im Hinblick auf die Verführung durch falsche Einflüsterungen seitens des Leistungsträgers. Die Partialruptur sei im Übrigen bereits durch den Facharzt für diagnostische Radiologie H3 am 08.01.2004 dokumentiert. Auch wenn das SG der Meinung sei, dass eine Gelegenheitsursache vorliege, handle es sich bei der operativen Behandlung doch um eine berufsgenossenschaftliche Behandlung und alle Folgen einer berufsgenossenschaftlichen Behandlung, auch wenn sie sich im Nachhinein als nicht veranlasst zeigen solle, seien jedenfalls dem berufsgenossenschaftlichen Schutz auch in ihren Negativfolgen unterstellt, d. h. die Schultersteife hätte das SG unbedingt seiner Bewertung unterstellen müssen, was BG-nahe Gutachter natürlich in keinem Fall täten, weil sie sich wehrten, negative Behandlungen überhaupt in Betracht zu ziehen.

Der Kläger beantragt,
die Beklagte unter Aufhebung des Gerichtsbescheids des Sozialgerichts Freiburg vom 20. Juli 2020 und Abänderung des Bescheids vom 18. September 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15. Dezember 2015 zu verurteilen, als weitere Gesundheitsschädigungen aus dem Unfall vom 28. Januar 2014 eine Supraspinatussehnen-Ruptur links und eine hochgradige Partialruptur (50 %) der langen Bizepssehne links und eine Schultersteife links anzuerkennen sowie ihm eine Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Im erstinstanzlichen Verfahren sei in dem Termin zur mündlichen Verhandlung am 24.04.2018 der genaue Unfallablauf erhoben worden. Darauf basierend und insbesondere unter Berücksichtigung des MRT vom 10.03.2014, der zeitnah angefertigten Röntgenbilder und der anlässlich der Operation am 14.10.2014 erhobenen Befunde, sei eine Begutachtung bei C1 erfolgt. In seinem Gutachten vom 19.07.2018 habe dieser einen entsprechenden Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Rotatorenmanschettenschaden links verneint. Aufgrund des radiologischen Gutachtens vom 04.02.2020, in welchem die MRT-Aufnahmen vom 10.03.2014 nochmals befundet worden seien, sei eine ergänzende Stellungnahme des C1 vom 19.03.2020 erfolgt. Hier sei er bei der Verneinung eines Kausalzusammenhangs zwischen der Supraspinatussehnenruptur und der Teilruptur der langen Bizepssehne der linken Schulter geblieben. Bei dem Kläger bestünden folgende Vorerkrankungen im Bereich der linken Schulter: Omarthrose, AC-Gelenkarthrose, Kalkeinlagerungen im Verlauf der Supraspinatussehne und degenerative Veränderungen am Tuberculum majus und der Acromionunterseite. C1 gehe zwar von einem prinzipiell geeigneten Unfallmechanismus aus. Dies habe aber nicht automatisch zur Folge, dass die Kausalität zu bejahen wäre. Sozialrechtlich sei nach der Theorie der wesentlichen Bedingung allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich gewesen sei. Bei dem Kläger habe eine klinisch stumme Schadensanlage im Bereich der linken Schulter vorgelegen, da er vor dem Unfall diesbezüglich keine Beschwerden gehabt habe oder auch nicht in ärztlicher Behandlung gestanden sei. Nach dem Gutachten von C1 (wie auch des Gutachters N1 sowie die beratenden Fachärzte S4 und T1) seien die insbesondere mittels MRT vom 10.03.2014 nachgewiesenen degenerativen Veränderungen bereits so weit fortgeschritten gewesen, dass diese die überwiegende Rolle an der Verursachung der Sehnenrisse hatten. Den entgegenstehenden Ausführungen des K1 in seinem Gutachten vom 23.11.2017 könne nicht gefolgt werden. Dem Vortrag, bei C1 handle es sich um einen nicht objektiven Gutachter, müsse entschieden widersprochen werden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten und der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung ist statthaft (§ 143 SGG) und bedarf nicht der Zulassung, da sie zum einen die Verpflichtung zur Feststellung weiterer Unfallfolgen und zum anderen die Gewährung laufender Geldleistungen für mehr als ein Jahr (§ 144 Abs. 1 SGG) zum Gegenstand hat. Sie ist auch im Übrigen zulässig, insbesondere ist sie form- und fristgerecht erhoben worden (§ 151 Abs. 1 SGG).

Die Berufung ist aber unbegründet. Gegenstand des Rechtsstreits ist nach der Anerkennung des Ereignisses vom 28.01.2014 durch Bescheid vom 18.09.2014 als Arbeitsunfall der zulässigerweise mit einer kombinierte Anfechtungs-, Verpflichtungs-, und Leistungsklage (§§ 54 Abs. 1 und 4, 56 SGG, vgl. zur Klageart und zum Wahlrecht der Versicherten zwischen Feststellungs- und Verpflichtungsklage: Bundessozialgericht <BSG>, Urteile vom 15.05.2012 - B 2 U 31/11 R -, Juris Rdnr. 15 ff. und vom 05.07.2011 - B 2 U 17/10 R -, jeweils Juris Rdnr. 12) verfolgte Anspruch auf Feststellung weiterer Unfallfolgen und Gewährung einer Verletztenrente. Diese Ansprüche hat die Beklagte in dem mit der Klage angefochtenen Bescheid vom 18.09.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.12.2015 abgelehnt. Die Gewährung einer Verletztenrente wurde zwar in den Verfügungssätzen des angefochtenen Bescheides nicht ausdrücklich abgelehnt, aber die Ausführungen in den angefochtenen Bescheiden gehen über die pauschale Ablehnung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung hinaus. Im Bescheid vom 18.09.2014 wird unter Ziff. 3 der Verfügungsätze die Gewährung einer „Entschädigung“ für die seit dem 11.03.2014 ärztlich behandelten Beschwerden im Bereich der linken Schulter abgelehnt. In der Begründung des Widerspruchsbescheids wird ausgeführt, die Gewährung einer Rente sei nicht möglich. Damit ist die Gewährung einer Verletztenrente in den angefochtenen Bescheiden hinreichend deutlich abgelehnt worden und die hierauf gerichtete Klage zulässig. Soweit der Kläger darüber hinaus schriftsätzlich beantragt hatte, festzustellen, dass bei ihm eine aufgrund des Unfalls vom 28.01.2014 bedingte MdE von 20 vorliegt, wäre die Klage insoweit unzulässig gewesen. Die isolierte Feststellung einer MdE ist eine Elementenfeststellung, die nur eine Vorfrage etwaiger späterer Ansprüche, z. B. wie hier auf Verletztenrente, betrifft. Elementenfeststellungen sind mangels Rechtsschutzbedürfnisses

grundsätzlich unzulässig; für die Höhe der MdE greift auch keine der Ausnahmeregelungen in § 55 Abs. 1 Halbsatz 1 SGG ein (BSG, Urteil vom 22.03.1983 - 2 RU 37/82 -; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 04.05.2017 - L 6 U 1007/16 -, Juris).

Die Klage ist jedoch unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Anerkennung weiterer Gesundheitsstörungen als Folge des Arbeitsunfalls vom 28.01.2014 (1.) und auf Gewährung einer Verletztenrente (2.).

1. Der Kläger hat – über die mit dem streitgegenständlichen Bescheid festgestellte Zerrung der linken Schulter hinaus – keinen Anspruch auf Feststellung weiterer Unfallfolgen. Denn die von ihm geltenden gemachten Gesundheitsstörungen sind weder (sog. unmittelbare) Unfallfolgen im engeren Sinne, noch (sog. mittelbare) Unfallfolgen im weiteren Sinne.

Anspruchsgrundlage für den Feststellungsanspruch eines Versicherten und Ermächtigungsgrundlage zum Erlass des feststellenden Verwaltungsakts für den Unfallversicherungsträger ist § 102 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Anspruchsvoraussetzung ist, dass der Versicherte einen Versicherungsfall und, soweit die Feststellung von Unfallfolgen begehrt wird, weitere Gesundheitsschäden erlitten hat, die im Wesentlichen durch den Gesundheitserstschaden verursacht oder einem Versicherungsfall aufgrund besonderer Zurechnungsnormen zuzurechnen sind (BSG, Urteil vom 05.07.2011, a.a.O.).

Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG ist für einen Arbeitsunfall nach § 8 Abs. 1 SGB VII in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen auf Grund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls, sondern für die Gewährung einer Verletztenrente (BSG, Urteil vom 29.11.2011 - B 2 U 23/10 R -, Juris, m. w. N.). Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die Tatsachen, die die Tatbestandsmerkmale „versicherte Tätigkeit", „Verrichtung", „Unfallereignis" sowie „Gesundheitsschaden" erfüllen sollen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst recht nicht die bloße Möglichkeit (BSG, Urteil vom 20.12.2016 - B 2 U 16/15 R -, Juris). Eine hinreichende Wahrscheinlichkeit ist dann anzunehmen, wenn bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang spricht, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen ist oder nur möglich ist (BSG, Urteil vom 18.01.2011 - B 2 U 5/10 R -, Juris). Den Nachteil aus der tatsächlichen Unaufklärbarkeit anspruchsbegründender Tatsachen hat nach den Regeln der objektiven Beweislast der sich auf deren Vorliegen berufende Versicherte zu tragen. Dies gilt auch, wenn nach Ausschöpfung aller Erkenntnismöglichkeiten die Nichterweislichkeit darauf beruht, dass der Versicherte keine Erinnerung an das zum Unfall führende Geschehen hat (BSG, Urteil vom 20.12.2016, a.a.O., m. w. N.).

Für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung. Diese setzt zunächst die Verursachung der weiteren Schädigung durch den Gesundheitserstschaden im naturwissenschaftlich-naturphilosophischen Sinne voraus. Ob die Ursache-Wirkung-Beziehung besteht, beurteilt sich nach der Bedingungstheorie. Nach ihr ist eine Bedingung dann notwendige Ursache einer Wirkung, wenn sie aus dem konkret vorliegenden Geschehensablauf nach dem jeweiligen Stand der einschlägigen wissenschaftlichen Erkenntnisse (Erfahrungssätze) nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (conditio sine qua non). Auf dieser ersten Stufe sind alle derartigen notwendigen Bedingungen grundsätzlich rechtlich gleichwertig (äquivalent). Alle festgestellten anderen Bedingungen, die in diesem Sinn nicht notwendig sind, dürfen hingegen bei der nachfolgenden Zurechnungsprüfung nicht berücksichtigt werden (BSG, Urteil vom 05.07.2011, a.a.O.).

Ist der Gesundheitserstschaden in diesem Sinne eine notwendige Bedingung des weiteren Gesundheitsschadens, wird dieser ihm aber nur dann zugerechnet, wenn er ihn wesentlich (ausreichend: mit-)verursacht hat. Wesentlich ist der Gesundheitserstschaden für den weiteren Gesundheitsschaden nach der in der Rechtsprechung gebräuchlichen Formel, wenn er eine besondere Beziehung zum Eintritt dieses Schadens hatte (vgl. BSG, Urteil vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R -, Juris).

Gesundheitserstschaden im Sinne des § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII ist grundsätzlich jeder regelwidrige körperliche, geistige oder seelische Zustand, der unmittelbar durch die (von außen kommende, zeitlich begrenze) Einwirkung rechtlich wesentlich verursacht wurde, die selbst rechtlich wesentlich durch die Verrichtung der versicherten Tätigkeit verursacht wurde. Von diesem zum Tatbestand des Versicherungsfalls gehörenden Primärschaden sind diejenigen Gesundheitsschäden zu unterscheiden, die rechtlich wesentlich erst durch den Erstschaden verursacht (unmittelbare Unfallfolge) oder der versicherten Tätigkeit aufgrund der Spezialvorschrift des § 11 SGB VII als Versicherungsfall (mittelbare Unfallfolge) zuzurechnen sind (BSG, Urteil vom 15.05.2012 - B 2 U 16/11 R -, Juris).

Gemessen an diesen Grundsätzen hat der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung weiterer Unfallfolgen. Zwar sind die Voraussetzungen für die Feststellung des Ereignisses vom 28.01.2014 als Arbeitsunfall dem Grunde nach erfüllt und ist hierbei eine Zerrung der linken Schulter als Gesundheitserstschaden entstanden, wie die Beklagte insoweit bestandskräftig mit dem angefochtenen Bescheid anerkannt hat. Dieser Gesundheitserstschaden ist aber im März 2014 folgenlos ausgeheilt. Hierbei stützt sich der Senat, ebenso wie das SG und die Beklagte auf die Feststellungen des D-Arztes S1, der den Kläger am 07.02.2014 untersucht und hierbei einen starken Druckschmerz am Proc. Coracoideus sowie bei der von ihm durchgeführten Röntgenuntersuchung eine Verkalkung in Projektion auf die Bursa subacromialis, eine geringe Arthrose am AC-Gelenk, aber sonst keine Auffälligkeiten festgestellt und eine Distorsion der linken Schulter diagnostiziert hat.

Soweit der Kläger darüber hinaus eine Supraspinatussehnen-Ruptur links, eine hochgradige Partialruptur (50 %) der langen Bizepssehne links und eine Schultersteife links als Unfallfolgen geltend macht, vermag der Senat diese Gesundheitsstörungen nicht als durch den Unfall verursachte Gesundheitsschäden festzustellen, weder im Sinne eines Gesundheitserstschadens noch als Unfallfolgeschaden.

Der Senat ist der Überzeugung, dass bei dem Kläger die geltend gemachte Supraspinatussehnen-Ruptur links und eine hochgradige Partialruptur (50 %) der langen Bizepssehne links vorlag. Beides wurde im Rahmen der am 14.10.2014 im Universitätsklinikum F1 durchgeführten Arthroskopie bestätigt und arthroskopisch versorgt. Die geltend gemachte Schultersteife links wird zwar durch den Sachverständigen K1 in seinem Gutachten vom 23.11.2017 als Diagnose angegeben; sowohl nach seinem Gutachten als auch nach dem

Gutachten von C1 ist aber lediglich eine Einschränkung der Beweglichkeit, keine vollständige Schultersteife links festzustellen. Bei der Begutachtung durch K1 am 19.10.2017 war die Beweglichkeit des linken Schultergelenks wie folgt zu messen: Arm seitwärts/körperwärts 95-0-25, Arm rückwärts/vorwärts 30-0-100, Arm auswärts/einwärts drehen (Oberarm anliegend) 10-0-90, Arm auswärts/einwärts (Oberarm 90° seitwärts abgeh.) 80-0-20; bei der Begutachtung durch C1 am 11.07.2018 wurden folgende Bewegungsmaße festgehalten: Arm seitwärts/körperwärts 70-0-30, Arm rückwärts/vorwärts 60-0-80, Arm auswärts/einwärts drehen (Oberarm anliegend) 10-0-90, Arm auswärts/einwärts (Oberarm 90° seitwärts abgeh.) 30-0-10. Damit zeigt sich zwar eine eingeschränkte Beweglichkeit insbesondere hinsichtlich der Abspreizung sowie insbesondere hinsichtlich der Innen- und Außendrehung bei abgespreiztem Oberarm, aber keine Schultersteife.

Allerdings lassen sich diese Gesundheitsstörungen nicht mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 28.01.2014 zurückführen.

Der Senat ist aufgrund des Gutachtens von C1 davon überzeugt, dass bei dem Kläger derzeit im Bereich des linken Schultergelenks noch reizlose Narben nach Schultergelenksarthroskopie, arthroskopischer Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, Tenotomie und Tenodese der langen Bizepssehne sowie subacromialer Dekompression und Bursektomie, eine Muskelminderung im vorderen Anteil des Deltamuskels, klinische Hinweise für eine Schwäche des Musculus supraspinatus und eine eingeschränkte Beweglichkeit insbesondere hinsichtlich der Abspreizung sowie der Innen- und Außendrehung, degenerative Veränderungen im Schultereckgelenk sowie eine Knochenneubildung am Oberarmkopf im Ansatzbereich der Supraspinatussehne bestehen.

Soweit der Sachverständige K1 die Auffassung vertreten hat, durch den Unfall sei es zu einem Riss der Supraspinatussehne links und einem teilweisen Riss der langen Bizepssehne gekommen und nach der Operation im Oktober 2014 sei eine zum Zeitpunkt seiner Begutachtung im Oktober 2017 noch immer anhaltende Schultersteife aufgetreten, vermochte sich der Senat dem nicht anzuschließen. Denn es spricht mehr gegen als für einen Zusammenhang mit dem Unfallereignis; eine Verursachung durch den Unfall vom 28.01.2014 erscheint allenfalls als möglich.

Der Senat stützt sich insoweit im Wesentlichen auf die Einschätzung des Sachverständigen C1 in seinem Gutachten vom 19.07.2018 und der ergänzenden Stellungnahme vom 19.03.2020. Zweifel an der Neutralität des Gutachters hat der Senat nicht; ein förmlicher Ablehnungsantrag gegen den Sachverständigen, der im Übrigen gemäß § 118 Abs. 1 i.V.m. § 406 Abs. 2 Zivilprozessordnung binnen zwei Wochen nach Verkündung oder Zustellung des Beschlusses über die Ernennung des Sachverständigen zu stellen wäre, ist nicht gestellt worden.

Anders als T1 und N1 geht C1 zunächst davon aus, dass der Unfallmechanismus prinzipiell geeignet gewesen ist, eine Ruptur der Supraspinatussehne zu verursachen. Er hat dabei den in der mündlichen Verhandlung am 24.04.2018 gegenüber dem SG geschilderten Ablauf zugrunde gelegt, der auch für den Senat feststeht. Der Kläger stand in Höhe von 4-5 Metern auf einer an einen Baum gelehnten Leiter und hatte in der rechten Hand das Ende eines Drahtseils. Bei dem Versuch, dieses Drahtseil mit der rechten Hand um den Stamm der Fichte zu schleudern, um es mit der linken Hand aufzufangen, ist die Leiter gekippt. Der Kläger hat sich, um ein Abstürzen zu verhindern, mit der linken Hand an einem Ast festgehalten, wobei der linke Arm zunächst etwa auf Schulterhöhe nach seitlich ausgestreckt war. Da der Kläger auch mit den Füßen von der Leiter abgerutscht ist, ist die linke Hand mit dem linken Arm nach oben gerissen worden. Nachdem er sich auch mit der rechten Hand an einem weiteren Ast festhalten konnte, konnte er langsam heruntersteigen. Dieser Unfallhergang ist zur Überzeugung des Gutachters prinzipiell geeignet, einen Riss der Supraspinatussehne herbeizuführen. Nach der durch den Sachverständigen geschilderten einschlägigen Gutachtenliteratur (Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, Hrsg. Schiltenwolf und Hollo, 6. Aufl., Seite 733) wird als potenziell geeigneter Verletzungsmechanismus u.a. eine passiv erzwungene heftige Außen- oder Innenrotation im Schultergelenk bei anliegendem oder abgespreiztem Arm, wie zum Beispiel beim Sturz von einem Gerüst oder einer Treppe mit dem Versuch, sich durch Festhalten abzufangen, angegeben (so auch Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl., Seite 432 f.). Nachvollziehbar und für den Senat überzeugend geht C1 aufgrund des hier festzustellenden Versuchs, einen Fall durch Festhalten abzufangen, von einem potenziell geeigneten Verletzungsmechanismus aus. Nicht gegen eine unfallbedingte Verletzung spricht vorliegend das Fehlen einer Pseudoparalyse (drop-arm-sign), da ein solcher sofortiger Kraftverlust mit Fallarm nach Einschätzung von C1 nur dann eintritt, wenn eine subtotale Massenruptur vorliegt, was hier unstreitig nicht der Fall ist.

C1 ist aber für den Senat im Ergebnis schlüssig und nachvollziehbar zu der Überzeugung gelangt, dass schon lange, unfallunabhängig vorbestehende degenerative Veränderungen im Bereich der Supraspinatussehne und deren Ansatz sowie vorangeschrittene degenerativer Veränderungen im Bereich der langen Bizepssehne als ursächlich für die Operation vom 14.10.2014 angesehen werden müssen.

Für eine bis zum Unfallereignis klinisch stumme Schadensanlage sprich nach den überzeugenden Ausführungen von C1 zunächst der röntgenologische Befund vom 07.02.2014, der eine Knochenneubildung in Projektion auf den Ansatzbereich der Supraspinatussehne zeigt. Im Gegensatz zu der Originalbefundung, die auch durch den D-Arzt S1 angenommen worden war, geht C1 nicht davon aus, dass es sich um eine Verkalkung (Tendinosis calcarea) handelt. Diese ist nach den Angaben des Sachverständigen üblicherweise nicht im Ansatzbereich der Sehne lokalisiert, die Prädilektionsstelle für eine solche Verkalkung findet sich vielmehr 1,5 bis 2 cm körpernah und medial des Ansatzbereichs; außerdem liegt der Altersgipfel für eine solche Veränderung zwischen dem 30. und dem 50. Lebensjahr und der Kläger war zum Zeitpunkt des Unfalls 54 Jahre alt. Außerdem hat eine solche Verkalkung üblicherweise keine knöcherne Binnenstruktur, sondern besteht aus Hydroxylapatitkristallen, die sich auflösen können. Insgesamt gelangt der Sachverständige daher zu der Überzeugung, dass eine Tendinosis calcarea wenig wahrscheinlich ist. Der Sachverständige legt für den Senat nachvollziehbar dar, dass sich eine solche, in diesem Fall aufgrund der abgrenzbaren Knochenbinnenstruktur, schon länger bestehende Knochenneubildung auf der Grundlage entzündlicher Reizzustände im Ansatzbereich der Supraspinatussehne entwickeln kann. Für einen solchen Reizzustand im Verlauf der Supraspinatussehne spricht nach Einschätzung des Gutachters auch die kernspintomographische objektivierbare Veränderung der Sehne selbst. Diese ist im Vergleich mit der Subscapularisssehne und der Infraspinatussehne aufgerieben und zeigt insbesondere in der T1-Wichtung eine entsprechende Signalveränderung. Diese Einschätzung wird letztlich auch durch H1 geteilt. Nach seiner Einschätzung ist die nicht nachweisbare Verkalkung der Supraspinatussehne methodenbedingt. Er teilt aber die Meinung von C1, da diese im empfindlicheren Röntgenbild erkennbar ist. Die Kalzifikation kann auch nach Einschätzung von H1 als degenerativ bedingt und als Reaktion auf eine berufsbedingte Mehrbelastung des Schultergürtels allgemein und der Rotatorenmanschette im Besonderen angesehen werden, zumal die Rotatorenmanschettenmuskulatur links kräftig ausgeprägt ist.

Auch die im Bereich der Bizepssehne kernspintomographisch erhobenen Befunde sind zur Überzeugung von C1 zwanglos in den Kontext degenerativer Veränderungen einzuordnen. Der Sachverständige geht von einem „Durchscheuern“ der langen Bizepssehne aus. Nach seinen Ausführungen treten 96 % aller Läsionen an den drei Sehnen des Arm-Bizeps, die im wesentlichen männliche Patienten jenseits des 40. Lebensjahrs betreffen, im körpernahen Bereich der langen Bizepssehne auf. Die Dominanz der Läsion am langen Bizepskopf erklärt sich aus den anatomischen Gegebenheiten mit Sehneninsertion am oberen Pol der Schultergelenkpfanne und dem anschließenden Sehnenverlauf eingebettet in die Rotatorenmanschette unter dem knöchernen Schulterdach, sodann durch den Sulcus bicipitis, einer knöchernen Einmuldung am außen-/vornseitigen Oberarmkopf, in dem die Sehne bei jeder Schulterbewegung mechanisch belastet wird und infolge von Mikroläsionen nach und nach ausdünnt und schließlich sogar „durchscheuert“. Eine andere Erklärung wäre eine Schädigung oberhalb des Sulcus durch ein „Impingement“ unter dem Schulterdach, was wiederum regelhaft mit einer Verschleißerkrankung der Rotatorenmanschette verknüpft ist. Nach Einschätzung des Sachverständigen C1 ist von einem „Durchscheuern“ der langen Bizepssehne auszugehen, da die Operation vom 14.10.2014 unter der Diagnose einer hochgradigen Partialruptur (50 %) der langen Bizepssehne erfolgt ist. Nach seiner Einschätzung ist die Sehne in dem Fall nicht akut zur Hälfte durchgerissen, sondern ist von einem chronischen Schaden auszugehen. In dieses Bild der Bizepssehnendegeneration passt nach den Ausführungen von C1 der kernspintomographische Befund vom 10.03.2014, der eine deutliche Abflachung der langen Bizepssehne in ihrem Führungskanal (Sulcus) zeigt. Diese Abflachung ist als chronische und degenerativ verursachte Reduktion des Sehnenkalibers zu werten. Diese Auffassung wird auch durch die unfallmedizinische Fachliteratur gestützt. Überwiegend (90 %) ist danach die Ruptur der langen Bizepssehne nicht unfallbedingt. Ursächlich ist – wie auch C1 dargelegt hat – die wiederholte mechanische Belastung in der Bizepssehnenrinne (Sulcus intertubercularis) (vgl. dazu Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Seite 425 f.). C1 leitet aus dem Operationsbericht und dem MRT-Bericht für den Senat überzeugend ab, dass die bei dem Kläger festgestellten Verletzungen im Bereich der Supraspinatussehne und der Bizepssehne auf degenerative Veränderungen zurückzuführen sind.

Zu keiner anderen Beurteilung führen zur Überzeugung des Senats auch die Ausführungen von H1, wonach seines Erachtens die Teilruptur der Supraspinatussehne eher durch ein Trauma als durch Degeneration erklärbar sei, wofür der akute Erguss in der Bursa subacromialis und in der Sehnenscheide der SSP-Sehen spreche. Außerdem liege kein ausgeprägteres chronisches subacromiales Impingement oder acromiales Outlet Impingement vor. C1 hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 19.03.2020 hierzu überzeugend ausgeführt, den entzündlichen Reizzustand im Bereich des Schultereckgelenks gesehen zu haben, der aber mit den degenerativen Veränderungen zu erklären sei. Darüber hinaus sei im Kernspintomogramm zwar eine hellere Strukturzeichnung zu finden gewesen, aber keine Konturenunterbrechung. Die intraoperativ gezeigte kleine, aber vollständige Ruptur im Bereich der vorderen Sehneninsertion habe sich nach der intraoperativen Klassifikation von Bateman und Patte in ihrem geringsten Ausprägungsgrad dargestellt.

Berücksichtigt man darüber hinaus die durch die unfallmedizinische Fachliteratur herausgearbeiteten Unterscheidungskriterien frischer (traumatischer) und älterer (vorbestehender) Läsionen der Rotatorenmanschette sowie die Indizien für bzw. gegen eine unfallbedingte Verletzung (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Seite 434 ff.), so spricht gegen eine unfallbedingte Verletzung auch der Ablauf nach dem Unfallereignis. Der Kläger hat erst neun Tage nach dem Unfallereignis einen Arzt aufgesucht. Für eine unfallbedingte Verletzung spräche ein alsbaldiger Arztbesuch (innerhalb von 24 Stunden), dagegen ein Arztbesuch nach mehr als einer Woche. Der Kläger hat auch zunächst weitergearbeitet, wobei eine sofortige Arbeitsniederlegung (zumindest von händischer Arbeit) für eine unfallbedingte Verletzung spräche.

Damit sind sämtliche vom Kläger geltend gemachten Gesundheitsstörungen nicht als mit Wahrscheinlichkeit wesentlich auf das Ereignis vom 28.01.2014 zurückzuführende Gesundheitserstschäden anzusehen. Bei innerhalb weniger Wochen folgenlos ausgeheilter Zerrung als einzigem Gesundheitserstschaden sind sie auch nicht als Folgeschäden der Zerrung anzusehen.

Es kommt auch keine Zurechnung der nach der Operation vom 14.10.2014 im Sinne eines komplizierten Heilungsverlaufs fortbestehenden bzw. aufgetretenen Gesundheitsstörungen im Bereich der rechten Schulter im Sinne des § 11 SGB VII in Betracht.

K1 führt zwar aus, dass die nach der Operation im Oktober 2014 aufgetretene Schultersteife auf das Unfallereignis zurückzuführen ist. Unabhängig davon, dass sich der Senat sich aus o.g. Gründen bereits nicht vom Vorliegen einer Schultersteife überzeugen konnte, wären Folgen der Operation im Oktober 2014 auch nicht als mittelbare Unfallfolgen anzuerkennen. Gesundheitsschäden aufgrund einer ärztlichen Behandlung sind dann mittelbare Unfallfolgen, wenn die Heilbehandlung zwar objektiv der Behebung eines anlagebedingten Leidens dient, der Verletzte aufgrund des Verhaltens eines Durchgangsarztes jedoch den Eindruck haben durfte, die Behandlung solle zur Behebung der durch einen Arbeitsunfall verursachten Gesundheitsschäden durchgeführt werden (vgl. BSG, Urteil vom 06.09.2018 - B 2 U 16/17 R -, Juris). Diese Voraussetzungen liegen hier aber nicht vor. Mit § 11 SGB VII gibt es eine spezielle Zurechnungsnorm, die Gesundheitsschäden auch dann einem anerkannten Versicherungsfall zurechnet, wenn sie etwa durch die Durchführung einer berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung oder durch eine Untersuchung zur Aufklärung des Sachverhalts wesentlich verursacht wurden. Aber auch diese gesetzliche Zurechnung setzt voraus, dass die Erfüllung des jeweiligen Tatbestandes des § 11 SGB VII durch das Unfallereignis notwendig bedingt war. Die Durchführung einer Heilbehandlung im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII liegt dann vor, wenn der Unfallversicherungsträger dem Versicherten einen Anspruch auf eine bestimmte Heilbehandlungsmaßnahme nach den §§ 26 ff. SGB VII bewilligt oder ihn durch seine Organe oder Leistungserbringer zur Teilnahme an einer solchen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme aufgefordert hat und der Versicherte an der Maßnahme des Trägers den Anordnungen der Ärzte folgend teilnimmt (vgl. BSG, Urteil vom 06.09.2018 a.a.O.). Vorliegend ist aber im Vorfeld und bei der Operation vom 14.10.2014 weder die Beklagte selbst in Erscheinung getreten noch hat ein Arzt als D-Arzt gegenüber dem Kläger den Anschein einer durchzuführenden Maßnahme zur Behandlung einer Unfallfolge gesetzt. Vielmehr hat der D-Arzt S1 dem Kläger bereits im März 2014 mitgeteilt, dass er das Heilverfahren abbreche, weil seiner Meinung nach degenerative Vorschäden vorlägen. Dem Kläger wurde bereits mit Bescheid vom 18.09.2014, also vor der Operation im Oktober 2014, mitgeteilt, dass eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit nur bis zum 10.03.2014 angenommen werde. Die Aufforderung zur Operation ist daher nicht durch die Beklagte oder ihr zuzuordnende Leistungserbringer erfolgt. Die weitere Behandlung erfolgte zu Lasten der Krankenkasse.

2. Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente.

Gemäß § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Da über die Zerrung hinaus keine Gesundheitsstörungen vorliegen, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgeführt werden können, liegt über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus keine

messbare MdE vor. Zwar hat beim Vorliegen mehrerer Arbeitsunfälle, welche eine MdE von wenigstens 10 v. H. bedingen, eine einheitliche Entscheidung zu erfolgen (vgl. BSG, Urteil vom 18.03.1993 - 8 RKnU 4/92 -, Juris) und liegt bei dem Kläger aufgrund eines Arbeitsunfalls vom 12.12.2003 keine MdE von 20 v.H. mehr vor (Ablehnung der Rente auf unbestimmte Zeit mit Bescheid vom 07.04.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01.12.2006), aber ggf. noch von 10 v.H. Nachdem aufgrund der Folgen des Unfalls vom 28.01.2014 aber keine MdE von 10 v.H. bedingt ist, kommt eine Verletztenrente auch nicht aufgrund eines Stützrententatbestands in Betracht.

Damit ist die Berufung insgesamt zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-06-14