

L 3 U 3512/19

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3.
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 20 U 2669/19
Datum
18.09.2019
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 U 3512/19
Datum
24.11.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 18.09.2019 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung einer Massentraktur der Rotatorenmanschette als Folge eines Arbeitsunfalls sowie die Gewährung von Verletzengeld und Verletztenrente streitig.

Der im Jahr 1962 geborene Kläger erlitt am 20.10.2018 als Helfer in einem landwirtschaftlichen Betrieb einen Arbeitsunfall. In der ersten telefonischen Unfallmeldung vom 24.10.2018 gab der Kläger an, er habe sich im Stall bei den Schafen an einer Tonne verletzt. In der weiteren, am 13.12.2018 erfolgten, telefonischen Unfallmeldung gab der Kläger ausweislich des hierüber gefertigten Vermerks an, er habe Schafen Wasser gebracht, wobei ihm die Wassertonne irgendwie „ausgekommen“ und gegen den Arm geschlagen sei. In der am 19.12.2018 unterzeichneten Unfallanzeige gab die Inhaberin des landwirtschaftlichen Betriebs an, der Kläger habe gegen 16:00 Uhr, während er Schafen auf der Weide Wasser gebracht habe, beim Auffangen einer abrutschenden 80-Liter-Tonne einen Schlag auf den rechten Arm bekommen. Der Kläger gab in dem am 21.12.2018 unterzeichneten Unfallfragebogen an, er habe einen mit 80 Litern gefüllten Wasserbehälter zur Schafweide gefahren, beim Platzieren des Behälters auf der Kiste zum Ausgießen in den Trog auf einem abschüssigen Gelände sei dieser Behälter durch die Bewegung des herauslaufenden Wassers abgerutscht, in einer reflexartigen Bewegung habe er den Behälter aufgefangen, durch das Nachschwappen des Wassers sei etwas in seiner Schulter gerissen und wegen sofort aufgetretener Beschwerden habe er das Schultergelenk nicht mehr belasten können. Die Arbeit habe er später, nach circa einer halben Stunde, eingestellt.

Der Kläger stellte sich ausweislich des Arztbriefs des Kreiskrankenhauses S vom 21.10.2018 am 20.10.2018 um 19:50 Uhr in der dortigen Notfallambulanz vor. Die röntgenologische Untersuchung erbrachte keine Fraktur und keinen Hinweis auf eine Verletzung des Akromioklavikulargelenks. Berichtet wurde über eine beidseitige alte Bizepssehnenruptur. Bei der körperlichen Untersuchung war die aktive Hebung des Armes in die Waagerechte nicht möglich. Diagnostiziert wurde eine Verletzung, differenzialdiagnostisch eine Distorsion, der rechten Schulter. Der Kläger erhielt zur Stabilisierung einen Gilchristverband und stellte sich ausweislich des Arztbriefs des Kreiskrankenhauses R vom 22.10.2018 sodann am 22.10.2018 in der dortigen Orthopädischen Chirurgie vor. Die röntgenologische Untersuchung erbrachte keine Fraktur und keine Luxation. Berichtet wurde über eine bekannte Rotatorenmanschettenruptur bei Degeneration auf der anderen Seite. Bei der körperlichen Untersuchung zeigten sich eine eingeschränkte Beweglichkeit beziehungsweise ein „painful arc“ sowie positive Rotatorenmanschettentests. Da eine Ruptur der Rotatorenmanschette rechts für höchstwahrscheinlich erachtet wurde, wurde eine magnetresonanztomographische Untersuchung empfohlen. Diese erfolgte am 29.10.2018 im Kreiskrankenhaus R. Sie erbrachte ausweislich der Stellungnahme des Kreiskrankenhauses R vom 21.01.2019 transmurale Defekte der Supra- und Infraspinatussehne mit Retraktion bis zur 12er-Position sowie den Verdacht auf eine partielle Läsion der Subscapularissehne beziehungsweise nach dem über die konsiliarische Zweitbefundung erstellten Bericht des Klinikums N vom 08.11.2018 im Bereich der Supraspinatussehne einen breiten transmuralen Defekt mit einer Retraktion bis zur 12-Uhr-Position, im Bereich der Infraspinatussehne einen breiten transmuralen Defekt, vor allem im inferioren Abschnitt, sich bis an den muskulentendinösen Übergang erstreckend, im Bereich der Subscapularissehne einen etwas tendinotischen Aspekt mit möglicher geringer Abscherung am Ansatz sowie eine sehr schmächtige, kaum abzugrenzende langen Bizepssehne. Nach den Arztbriefen vom 13.12.2018 und der Stellungnahme vom 21.01.2019 erfolgte im

Kreiskrankenhaus R im Rahmen der vom 31.10.2018 bis zum 05.11.2018 durchgeführten stationären Maßnahme am 31.10.2018 eine offene chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenks mit Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch ein Implantat rechts. Im Operationsbericht vom 31.10.2018 wurden unter anderem eine massive Synovialitis, eine Nichtmehrauffindbarkeit der langen Bizepssehne, eine deutlich degenerativ aufgefaserte Subscapularissehne mit mäßiger Retraktion, ein Einriss der Supra- und Infraspinatussehne mit weiter Retraktion, ein deutlich degeneriertes Labrum glenoidale sowie eine massive Bursitis subacromialis beschrieben und ausgeführt, es sei eine spannungsarme Re-Adaption aller drei Sehnen erfolgt. Bei der am 05.11.2018 durchgeführten röntgenologischen Untersuchung zeigte sich eine korrekte Ankerlage nach Rotatorenmanschettenversorgung ohne Hinweis auf frische knöcherne Verletzungen. Diagnostiziert wurden eine degenerative retrahierte Massenruptur der Infraspinatussehne, Supraspinatussehne sowie Subscapularissehne mit weiter Retraktion (Patte 2), eine massive Bursitis subacromialis mit einer spontanen älteren langen Bizepssehnenruptur und einer deutlichen Synovialitis im rechten Schultergelenk. Das Kreiskrankenhaus R führte in der Stellungnahme vom 21.01.2019 aus, der intraoperative Befund spreche für eine degenerative Massenruptur aller drei Sehnen mit weiter Retraktion, wozu die geschilderte Anamnese nicht passe und nicht ausreiche. Ein unfallbedingter Schaden liege nicht vor. Aus den von der für den Kläger zuständigen Krankenkasse übersandten Vorerkrankungsverzeichnissen gehen unter anderem Vorerkrankungen in Form von Läsionen der Rotatorenmanschette, einer Synovitis und Tenosynovitis sowie einer Bursitis in der Schulter links vom 07.12.2016 bis zum 05.06.2017 hervor. S1 führte in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 16.02.2019 aus, unfallbedingte Behandlungs- und Arbeitsunfähigkeit habe bis zum 30.10.2018 bestanden.

Mit Bescheid vom 25.02.2019 führte die Beklagte aus, der Unfall vom 20.10.2018, bei dem es zu einer Zerrung der rechten Schulter gekommen sei, werde als Arbeitsunfall anerkannt. Anspruch auf Heilbehandlung habe bis zum 30.10.2018 bestanden. Sie führte zur Begründung aus, nach den vorliegenden Berichten sei es bei dem Arbeitsunfall zwar zu einer Zerrung der rechten Schulter gekommen. Der anschließend festgestellte Rotatorenmanschetten Schaden sei jedoch ein unfallfremd vorbestehender Aufbrauchschaden am rechten Schultergelenk, der allein die wesentliche Ursache der Beschwerden des Klägers darstelle, jedoch in keinem ursächlichen Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall stehe. Der Arbeitsunfall sei demnach lediglich die Gelegenheit gewesen, den Rotatorenmanschetten Schaden in Erscheinung treten zu lassen, nicht jedoch die Ursache. Die Rotatorenmanschette bestehe aus mehreren Muskeln und Sehnen im Bereich des Oberarmkopfes und diene der Fixierung des Schultergelenks. Vor direkten Einwirkungen sei dieser Bereich durch das Schulterdach und den Delta-Muskel gut geschützt; er sei jedoch in hohem Maße anfällig für degenerative Veränderungen. Ursache hierfür seien neben dem Gelenkaufbau (kleine Pfanne, weite Gelenkkapsel, schwache Bänder) typische, sich häufig wiederholende Bewegungsabläufe. Dabei komme es zu einem sich ständig wiederholenden Hobelmechanismus, der bereits zur Durchtrennung (Riss, Teilriss) der Rotatorenmanschette, insbesondere der Supraspinatussehne, führen könne. Diese Verschleißerscheinungen entwickelten sich in der Regel schleichend und würden vom Betroffenen oft erst spät registriert und dann häufig mit einer Gelegenheitsursache, zum Beispiel einem Sturz oder einer Prellung, in Verbindung gebracht. Ansprüche aus der gesetzlichen Unfallversicherung bestünden aus diesen Gründen nicht.

Den hiergegen am 01.04.2019 eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 06.06.2019 als unbegründet zurück. Dem medizinischen Sachverhalt lasse sich nicht zwingend entnehmen, dass dem Arbeitsunfall der offensichtlich schon vorher bekannte und sehr eindeutige Verschleißschaden der rechten Schulter zuzurechnen sei. Übereinstimmend hätten sowohl die behandelnden Ärzte als auch der Beratungsarzt eine über die Zerrung hinausgehende Unfallverletzung verneint und die Schultersehnen Schäden rechts im Sinne einer weiten Retraktion (Schrumpfung) qualifiziert. Der Arbeitsunfall stelle somit am Ende einer degenerativen Entwicklung lediglich den Anlass, nicht aber die entscheidende Ursache für die Sehnenrisse dar.

Hiergegen hat der Kläger am 01.07.2019 Klage zum Sozialgericht (SG) Freiburg erhoben. Der Arbeitsunfall erfülle die Kriterien einer plötzlichen, ungewollten Einwirkung von außen. Lediglich die besondere, in ihrer Art unersetzliche äußere Einwirkung durch den instinktiven Versuch, einen 80 Kilogramm schweren Behälter aufzuhalten, habe zum Eintritt der Massenruptur geführt. Kein anderes alltäglich vorkommendes Ereignis, etwa zu derselben Zeit, hätte die Erscheinung auslösen können. Die degenerativen Veränderungen des Schulterbereichs seien vor dem Arbeitsunfall weder behandlungsbedürftig gewesen noch hätten sie zu einer Funktionsbeeinträchtigung geführt. Da jedenfalls ein behandlungsbedürftiger Gesundheitsschaden vor dem Arbeitsunfall nicht vorgelegen habe, könne nicht davon ausgegangen werden, dass die Massenruptur Folge von Verschleiß sei, sondern diese sei im Wesentlichen durch den Arbeitsunfall hervorgerufen worden. Mithin sei Folge des Arbeitsunfalls nicht nur eine Zerrung, sondern vielmehr die Massenruptur der Rotatorenmanschette. Zu berücksichtigen sei, dass die anlagebedingten Veränderungen beziehungsweise klinisch stummen degenerativen Vorschädigungen mit einer äußeren Gewalteinwirkung zusammengetroffen seien. Auch ohne Vorschädigung wäre es durch das Abfangen des schweren Behälters mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einer Rotatorenmanschettenruptur gekommen, so dass der Vorschaden hinweggedacht werden könne, ohne dass der Erfolg entfalle. Ferner habe es nie Behandlungen oder Beschwerden hinsichtlich der Rotatorenmanschette der rechten Schulter gegeben. Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten.

Mit Gerichtsbescheid vom 18.09.2019 hat das SG Freiburg die Klage abgewiesen. Soweit der Kläger die Gewährung von Verletztengeld und Verletztenrente begehre, sei die Klage unzulässig, da die Beklagte mit dem Streitgegenständlichen Bescheid keine Entscheidung über die Gewährung einer bestimmten Leistung aus der gesetzlichen Unfallversicherung getroffen habe. Hinsichtlich der begehrten Feststellung weiterer Unfallfolgen sei die Klage unbegründet. Durch den Arbeitsunfall sei es lediglich zu einer Zerrung der rechten Schulter gekommen. Die erlittene Ruptur der Rotatorenmanschette der rechten Schulter sei dagegen nicht wesentliche Folge des Arbeitsunfalls. Sowohl im Rahmen der magnetresonanztomographischen Untersuchung vom 29.10.2018 als auch intraoperativ hätten sich Zeichen für eine starke degenerative Veränderung in der rechten Schulter wie eine weite Retraktion der Sehnen, eine massive Bursitis subacromialis, eine spontane ältere Bizepssehnenruptur und eine deutliche Synovialis des rechten Schultergelenks gezeigt. Aus dem Vorerkrankungsverzeichnis ergebe sich zudem zwei Jahre zuvor eine Rotatorenmanschettenruptur links. Bei diesen beschriebenen starken degenerativen Veränderungen liege die Überzeugung vor, dass der Arbeitsunfall nicht wesentliche Ursache für die Rotatorenmanschettenruptur gewesen sei. Es sei nicht zu verkennen, dass der Kläger nach seinen Schilderungen bis zum Arbeitsunfall keinerlei Beschwerden in der rechten 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 den überwiegenden Anteil an der erfolgten Rotatorenmanschettenruptur. Aufgrund der degenerativen Vorschädigungen hätte jedes andere auch alltägliche Ereignis eine Rotatorenmanschettenruptur verursachen können. Dem Arbeitsunfall komme insoweit als Gelegenheitsursache nur eine untergeordnete Bedeutung zu.

Hiergegen hat der Kläger am 10.10.2019 beim SG Freiburg Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Die

Ruptur der Rotatorenmanschette der rechten Schulter sei auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Im Kreiskrankenhaus S sei am 20.10.2018 von der Assistenzärztin der Handchirurgie nach der einfachen Röntgenaufnahme eine falsche Diagnose in Form einer Distorsion der rechten Schulter gestellt worden. Im Rahmen der Weiterbehandlung im Kreiskrankenhaus R sei eine Massenruptur festgestellt worden. Vorschäden an der rechten Schulter hätten vor dem Arbeitsunfall nicht vorgelegen. Der Unfallhergang sei geeignet, eine Rotatorenmanschettenruptur herbeizuführen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 18.09.2019 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 25.02.2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.06.2019 aufzuheben, festzustellen, dass die Gesundheitsstörung „erlittene Massenruptur der Rotatorenmanschette“ Folge des Arbeitsunfalls vom 20.10.2018 ist, und die Beklagte zu verurteilen, an ihn ab dem 20.10.2018 Verletztengeld sowie nach Ablauf von 26 Wochen nach dem 20.10.2018 Verletztenrente in Höhe der Vollrente zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Der Senat hat den magnetresonanztomographischen Befund vom 29.10.2018 und den röntgenologischen Befund vom 05.11.2018, jeweils in digitaler Form, den Bericht über die konsiliarische Zweitbefundung des magnetresonanztomographischen Befundes vom 29.10.2018 des Klinikums N vom 08.11.2018, den vollständigen Entlassungsbericht des Kreiskrankenhauses R vom 13.12.2018, den Operationsbericht des Kreiskrankenhauses R vom 31.10.2018 sowie die Befundberichte über die röntgenologischen Untersuchungen vom 20.10.2018, vom 05.11.2018 und vom 06.02.2019 beigezogen.

Sodann hat der Senat von Amts wegen das Gutachten nach Aktenlage des W, vom 21.10.2020 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, für einen Kausalzusammenhang mit dem Arbeitsunfall sprächen der berichtete Unfallhergang mit einem ungeplanten Auffangen eines schweren stürzenden Gegenstandes, welcher üblicherweise weder getragen noch aufgefangen werden könne, die sofort berichtete Beschwerdesymptomatik und Einstellung der Arbeitstätigkeit, die vor dem Unfallereignis bestandene Beschwerdefreiheit von Seiten des rechten Schultergelenks und die bis zum Unfalltag anhaltende Arbeitsfähigkeit für körperliche Arbeiten, die im Kreiskrankenhaus R festgestellte eingeschränkte Beweglichkeit, der „painful arc“ und die positiven Rotatorenmanschettentests, die kernspintomographisch zeitnah zum Arbeitsunfall festgestellten frischen Rissformen in mehreren Sehnen/Muskeln der Rotatorenmanschette, die Befundung, dass der Muskelbauch des Muskulus supraspinatus nicht höhergradig verschmächtigt oder verfettet gewesen sei, und dass die operative Sanierung der drei rupturierten Sehnen nach Angaben im Operationsbericht mit einer spannungsarmen Re-Adaption möglich gewesen sei. Der Sachverständige hat ferner dargelegt, gegen einen Kausalzusammenhang mit dem Arbeitsunfall sprächen die im Operationsbericht als degenerativ und nicht traumatisch bedingt eingeschätzten Veränderungen der Rotatorenmanschette. Aus seiner Sicht sprächen jedoch die offenbar stummen Schadensanlagen in Form von degenerativen Veränderungen im Bereich der Sehnen und der Muskulatur sowie die ebenfalls berichtete massive Bursitis subacromialis, aber auch die knöchernen Veränderungen am Akromion in Form eines Akromiomtyps Bigliani 2 und am Tuberkulum majus mit Sklerosierungszonen weder für noch gegen einen Kausalzusammenhang, sie seien somit als ein neutrales Kriterium einzuschätzen. Diese Veränderungen seien klinisch, soweit erkennbar, asymptomatisch gewesen. Anders wäre dies einzuschätzen, wenn zuvor eine ständige oder häufige Behandlung aufgrund einer Beschwerdesymptomatik im Bereich des rechten Schultergelenks notwendig gewesen wäre. Auch die Größe der Ruptur ergebe keinen sicheren Hinweis auf die Genese der Ruptur. Gleiches gelte für die festgestellte Bursitis. Aus seiner Sicht überwiegen die Pro-Kriterien.

O hat in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 27.11.2020 ausgeführt, vorliegend sei ein Verletzungsschaden nicht nur nicht nachgewiesen, sondern objektiv widerlegt. Das Schadensbild sei intraoperativ ausdrücklich als degenerativ beschrieben worden. Auch die Befundlage in der magnetresonanztomographischen Bildgebung habe mit Massenruptur, deutlicher Retraktion bereits wenige Tage nach dem Ereignis, global-degenerativem Muster und keinen klar erkennbaren Verletzungszeichen alle typischen Kriterien einer Verschleißschädigung aufgezeigt. Des Weiteren sei der Unfallhergang nicht als geeignet anzusehen, zu dem vorliegenden Schaden zu führen, da jeder Anteil der Rotatorenmanschette eine andere Zugrichtung habe und den Arm in eine andere Richtung bewege, es sich vorliegend aber um eine Massenruptur handele, also alle Anteile der Rotatorenmanschette zerrissen gewesen seien. Ferner sei der klinische Erstbefund ein deutliches Indiz gegen eine Kausalitätsbeziehung, da eine durchaus bedeutende Restbeweglichkeit dokumentiert worden sei. Ferner sage die Beschwerdefreiheit einer Schulter nichts darüber aus, ob ein nach einem Ereignis festgestellter Schaden der Rotatorenmanschette traumatisch bedingt sei oder nicht. In Fällen bei letztlich weitgehend erhaltener, aber schmerzbedingt eingeschränkter Beweglichkeit mit gleichsam festgestellter Massenruptur der Rotatorenmanschette sei im Wesentlichen ein Traumaschaden als ausgeschlossen anzusehen.

W hat in seiner ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 24.06.2021 an seiner Einschätzung festgehalten.

O hat in seiner ergänzenden beratungsärztlichen Stellungnahme vom 29.07.2021 seine Argumentation vertieft und in seiner weiteren ergänzenden beratungsärztlichen Stellungnahme vom 15.09.2021 auf konkrete Nachfragen des Berichterstatters ausgeführt, vorliegend sei operativ eine deutliche Mobilisationsarbeit notwendig gewesen, was bei akuter und traumatischer Ruptur nicht zu erwarten wäre. Eine spannungsarme Refixation sei ein sehr hartes Indiz für eine degenerative Schädigung. Auch die magnetresonanztomographisch dokumentierte Ergussbildung deutlich bis in die Bursa subacromialis reichend sei kein Indiz für einen Verletzungsschaden. Im Übrigen deute die festgestellte massive Bursitis auf einen viele Wochen bis sehr wahrscheinlich einige Monate ablaufenden Prozess. Auch dass hier eine deutliche Synovialitis gesehen worden sei, deute auf eine chronische Entzündungsreaktion hin, die nicht auf einem wenige Tage zurückliegenden Trauma basiere.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Entscheidungsgründe

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte, nach [§ 151 SGG](#) form- und fristgerechte sowie auch im Übrigen zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat auf Grund des Einverständnisses der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist die Aufhebung des Gerichtsbescheides des SG Freiburg vom 18.09.2019, nach sachgemäßer Auslegung des Berufungsantrags die Abänderung des Bescheides der Beklagten vom 25.02.2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.06.2019, die Feststellung einer Massentraktur der Rotatorenmanschette als Folge des Arbeitsunfalls vom 20.10.2018 und die Verurteilung der Beklagten, dem Kläger ab dem 20.10.2018 Verletztengeld sowie nach Ablauf von 26 Wochen nach dem 20.10.2018 Verletztenrente in Höhe der Vollrente zu gewähren. Dieses Ziel verfolgt der Kläger mit der kombinierten Anfechtungs-, Feststellungs- und Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4](#) und [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) (zum Wahlrecht zwischen Verpflichtungs- und Feststellungsklage: Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 15.05.2012 – [B 2 U 31/11 R](#), juris, unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 05.07.2011 – [B 2 U 17/10 R](#), juris).

Soweit der Kläger die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung von Verletztengeld und Verletztenrente begehrt, ist seine Klage schon unzulässig und damit die Berufung unbegründet. Denn die Beklagte hat nur über die Feststellung eines Arbeitsunfalls und von Unfallfolgen sowie die Gewährung von Heilbehandlung, nicht aber über die Gewährung von Entschädigungsleistungen eine Entscheidung getroffen, so dass es in dieser Hinsicht an einem – einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage zwingend vorgeschalteten – Verwaltungsverfahren fehlt.

Der Senat hat keine Bedenken gegen die Zulässigkeit der auf die Verpflichtung zur Feststellung weiterer Unfallfolgen gerichteten Klage. Insbesondere hat die Beklagte über diese Frage mit ihrem mit der Klage angegriffenen Bescheid entschieden, indem sie lediglich eine Zerrung der rechten Schulter als Unfallfolge anerkannt, im Begründungsteil eine ablehnende Entscheidung in Bezug auf einen Rotatorenmanschettenschaden getroffen und somit ein Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren zur Frage der Feststellung von Unfallfolgen durchgeführt hat.

Die Klage ist jedoch unbegründet. Denn die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, weitere Gesundheitsstörungen als Folgen des Arbeitsunfalls vom 20.10.2018 festzustellen.

Versicherte haben einen Anspruch auf Feststellung einer Unfallfolge, wenn ein Gesundheitsschaden durch den Gesundheitserstschaden eines Versicherungsfalles oder infolge des Vorliegens eines der Tatbestände des [§ 11 SGB VII](#) rechtlich wesentlich verursacht wurde (BSG, Urteil vom 06.09.2018 – [B 2 U 16/17 R](#), juris)

Nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit. Nach [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) sind Unfälle zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) sind Folgen eines Versicherungsfalles auch Gesundheitsschäden oder der Tod von Versicherten infolge der Durchführung einer Heilbehandlung.

Eine Gesundheitsstörung ist Unfallfolge eines Versicherungsfalles im Sinne des [§ 8 SGB VII](#) (im engeren Sinne), wenn sie durch den Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls wesentlich verursacht worden ist. Der Anspruch setzt grundsätzlich das „objektive“, das heißt aus der nachträglichen Sicht eines optimalen Beobachters, Vorliegen einer Gesundheitsstörung voraus, die spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls verursacht worden ist (BSG, Urteil vom 06.09.2018 – [B 2 U 16/17 R](#), juris Rn. 14). Ob ein Gesundheitsschaden dem Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls als Unfallfolge im engeren Sinn zuzurechnen ist (sogenannte haftungsausfüllende Kausalität), beurteilt sich nach der Zurechnungslehre der Theorie der wesentlichen Bedingung (BSG, Urteil vom 17.02.2009 – [B 2 U 18/07 R](#), juris Rn. 12; BSG, Urteil vom 09.05.2006 – [B 2 U 1/05 R](#), juris Rn. 12 ff.). Die Zurechnung erfolgt danach in zwei Schritten:

Zunächst ist die Verursachung der weiteren Schädigung durch den Gesundheitserstschaden im naturwissenschaftlich-naturphilosophischen Sinne festzustellen. 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 entfiel (conditio sine qua non). Ob die versicherte Verrichtung beziehungsweise der auf der Verrichtung kausal beruhende Gesundheitserstschaden Ursache für den (weiteren) Gesundheitsschaden ist und diesen objektiv (mit-)verursacht hat, ist eine rein tatsächliche Frage (BSG, Urteil vom 07.05.2019 – [B 2 U 34/17 R](#), juris Rn. 23, 33). Sie muss aus der nachträglichen Sicht (ex post) nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten (gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten) beantwortet werden (BSG, Urteil vom 26.06.2014 – [B 2 U 4/13 R](#), juris Rn. 25). Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen (BSG, Urteil vom 09.05.2006 – [B 2 U 1/05 R](#), juris Rn. 17).

Der je nach Fallgestaltung gegebenenfalls aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen muss als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden. Für die Feststellung des naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachenzusammenhangs genügt der Beweisgrad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit. Dieser ist erfüllt, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht; allein die Möglichkeit eines Ursachenzusammenhangs genügt dagegen nicht (BSG, Urteil vom 09.05.2006 – [B 2 U 1/05 R](#), juris Rn. 20; BSG, Urteil vom 18.01.2011 – [B 2 U 5/10 R](#), juris Rn. 20; BSG, Urteil vom 15.05.2012 – [B 2 U 31/11 R](#), juris Rn. 34). Es gelten die allgemeinen Regeln der materiellen Beweislast. Danach trägt derjenige, der ein Recht – hier Feststellung einer Gesundheitsstörung als Unfallfolge – für sich beansprucht, nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten der Ermittlung die materielle Beweislast für das Vorliegen der tatsächlichen Voraussetzungen dieses Rechts (BSG, Urteil vom 31.01.2012 – [B 2 U 2/11 R](#), juris, unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 18.11.2008 – [B 2 U 27/07 R](#), juris; BSG, Urteil vom 09.05.2006 – [B 2 U 1/05 R](#), juris).

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. Bei dieser reinen Rechtsfrage nach der „Wesentlichkeit“ der versicherten Verrichtung für den Erfolg der Einwirkung muss entschieden werden, ob sich durch das versicherte Handeln ein Risiko

verwirklicht hat, gegen das der jeweils erfüllte Versicherungstatbestand gerade Schutz gewähren soll (BSG, Urteil vom 17.12.2015 – [B 2 U 8/14 R](#), juris Rn. 20; BSG, Urteil vom 09.05.2006 – [B 2 U 1/05 R](#), juris Rn. 15 ff.; BSG, Urteil vom 05.07.2011 – [B 2 U 17/10 R](#), juris Rn. 28 ff.).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat der Kläger infolge des im Rahmen seiner nach [§ 2 SGB VII](#) als Helfer in einem landwirtschaftlichen Betrieb versicherten Tätigkeit am 20.10.2018 eingetretenen Ereignisses, indem er beim Auffangen einer abrutschenden 80-Liter-Tonne einen Schlag auf den rechten Arm bekommen und sich dabei an der rechten Schulter verletzt hat, einen Arbeitsunfall erlitten. Dies ist mit dem insoweit bestandskräftigen Bescheid vom 25.02.2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.06.2019 festgestellt.

Der im Kreiskrankenhaus R festgestellte Rotatorenmanschettschaden ist aber nicht wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen.

Die Zusammenhangsbeurteilung muss sich bei Schulterverletzungen im Einzelfall auf eine differenzierte Auswertung der verfügbaren Informationen über die Vorgeschichte (möglicherweise vorbestehende Gesundheitsstörungen), den Ereignisablauf (traumatamechanische Analyse), den Primärbefund (Verletzungszeichen, Funktionsstörungen und Bildgebung) und den Heilverlauf gründen (vergleiche Senatsurteil vom 18.11.2020 – L 3 U 4275/18; Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Nr. 8.2.5, Seiten 429 ff., insbesondere 8.2.5.3, Seiten 433 ff.).

Unter Zugrundelegung dieser Grundsätze und einer Zusammenschau aus den Feststellungen zu etwaigen Vorschäden (1.), den Beschwerden und Fähigkeiten vor dem Unfall (2.), dem Unfallhergang (3.), dem Verhalten unmittelbar nach dem Unfall und dem Erstbefund (4.), den magnetresonanztomographisch und arthroskopisch nachweisbaren verletzungsbedingten Begleiterscheinungen (5.) sowie der Dokumentation des Beschwerdebildes im Verlauf (6.) überwiegen die gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und dem Rotatorenmanschettschaden sprechenden Gesichtspunkte, so dass der Arbeitsunfall nicht die wesentliche Ursache hierfür darstellt.

Vorschäden

In Bezug auf das Kriterium, ob sich Vorschäden nachweisen lassen, erachtet der Senat die Auswertung des im Rahmen der am 29.10.2018 erfolgten magnetresonanztomographischen Untersuchung sowie des im Rahmen der am 31.10.2018 erfolgten Operation im Kreiskrankenhaus R, also knapp zwei Wochen nach dem Arbeitsunfall, erhobenen Befundes für maßgeblich. Nach dem Bericht über die konsiliarische Zweitbefundung des Klinikums N vom 08.11.2018 hat diese magnetresonanztomographische Untersuchung im Bereich der Supraspinatussehne einen breiten transmuralen Defekt mit einer Retraktion bis zur 12-Uhr-Position, im Bereich der Infraspinatussehne einen breiten transmuralen Defekt, vor allem im inferioren Abschnitt, sich bis an den muskulotendinösen Übergang erstreckend, im Bereich der Subscapularissehne einen etwas tendinotischen Aspekt mit möglicher geringer Abscherung am Ansatz sowie eine sehr schwächliche, kaum abzugrenzende lange Bizepssehne nachgewiesen. In dem Operationsbericht vom 31.10.2018 sind unter anderem eine massive Synovialitis, eine Nichtmehrauffindbarkeit der lange Bizepssehne, eine deutlich degenerativ aufgefaserte Subscapularissehne mit mäßiger Retraktion, ein Einriss der Supra- und Infraspinatussehne mit weiter Retraktion, ein deutlich degeneriertes Labrum glenoidale sowie eine massive Bursitis subacromialis beschrieben worden.

Hierbei handelt es sich nach der überzeugenden Stellungnahme des O vom 27.11.2020, die der Senat als qualifiziertes Parteivorbringen berücksichtigt, um eine Massenruptur mit einer deutlichen Retraktion bereits wenige Tage nach dem Ereignis, einem global-degenerativen Muster und keinen klar erkennbaren Verletzungszeichen und damit um eine alle typischen Kriterien einer Verschleißschädigung aufweisende Befundlage. Er hat in seiner Stellungnahme vom 15.09.2021, die der Senat als qualifiziertes Parteivorbringen berücksichtigt, ergänzend darauf hingewiesen, dass im Übrigen die festgestellte massive Bursitis auf einen viele Wochen bis sehr wahrscheinlich einige Monate ablaufenden Prozess hindeutet, sich eine massive Bursitis nicht auf Basis einer 11 Tage zuvor eingetretenen traumatischen Schädigung entwickelt und auch die gesehene deutliche Synovialitis, also eine Reizung der Schleimhäute des innenseitigen Gelenküberzugs, auf eine chronische, nicht auf einem wenige Tage zurückliegenden Trauma basierende Entzündungsreaktion hindeutet.

Für den Senat nicht nachvollziehbar ist insoweit die Einschätzung des W in seinem Gutachten vom 21.10.2020, die offenbar stummen Schadensanlagen in Form von degenerativen Veränderungen im Bereich der Sehnen und der Muskulatur sowie die ebenfalls berichtete massive Bursitis subacromialis, aber auch die knöchernen Veränderungen am Akromion in Form eines Akromiomtyps Bigliani 2 und am Tuberkulum majus mit Sklerosierungszonen sprächen weder für noch gegen einen Kausalzusammenhang und seien somit als ein neutrales Kriterium einzuschätzen, da diese Veränderungen klinisch, soweit erkennbar, asymptomatisch gewesen seien. Ein – wie hier – radiologisch und/oder intraoperativ nachgewiesener degenerativer Befund wird nicht dadurch widerlegt, dass eine ständige oder häufige Behandlung aufgrund einer Beschwerdesymptomatik nicht erfolgt ist (vergleiche Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Nr. 8.2.5, Seite 435, wonach ein ausgedehnter Rotatorenmanschettddefekt mit Ausdünnung und weiter Retraktion der Sehnenränder für eine ältere, degenerative Rotatorenmanschettenläsion spricht).

Beschwerden und Fähigkeiten vor dem Unfall

Der in seinem Gutachten vom 21.10.2020 von W vertretenen Ansicht, für einen Kausalzusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und der Rotatorenmanschettenruptur spreche die vor dem Unfallereignis bestandene Beschwerdefreiheit von Seiten des rechten Schultergelenks und die bis zum Unfalltag anhaltende Arbeitsfähigkeit für körperliche Arbeiten, folgt der Senat nicht.

Denn die Beschwerdefreiheit einer Schulter sagt nach den überzeugenden Darlegungen des O in seiner Stellungnahme vom 27.11.2020 nichts darüber aus, ob ein nach einem Ereignis festgestellter Rotatorenmanschettschaden traumatisch bedingt ist oder nicht. Insoweit hat der Beratungsarzt zutreffend auf das typische Bild einer bereits kompensierten chronischen Schädigung der Rotatorenmanschette hingewiesen, wonach durch einen längerfristigen Anpassungsprozess andere Muskelgruppen die Funktion der Rotatorenmanschette kompensiert und eine Restbeweglichkeit der Schulter, auch auf beschwerdefreiem Niveau, vor dem Unfall sichergestellt haben. (vergleiche Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Nr. 8.2.5, Seiten 435 f., wonach Vorerkrankungen und vorangegangene Beschwerden im Bereich der betroffenen Schulter unter den gegen eine unfallbedingte Verletzung sprechenden Indizien,

aber das Fehlen derselben nicht unter den für eine unfallbedingte Verletzung sprechenden Indizien aufgeführt werden).

Unfallhergang

Zwar hat W in seinem Gutachten vom 21.10.2020 die Ansicht vertreten, für einen Kausalzusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und der Rotatorenmanschettenruptur spreche der berichtete Unfallhergang mit einem ungeplanten Auffangen eines schweren, stürzenden Gegenstandes, welcher üblicherweise weder getragen noch aufgefangen werden könne.

Gegen eine Geeignetheit des Unfallhergangs für den Eintritt des später festgestellten Gesundheitsschadens spricht aber nach den überzeugenden Ausführungen des O in seiner Stellungnahme vom 27.11.2020, dass jeder Anteil der Rotatorenmanschette eine andere Zugrichtung hat und den Arm in eine andere Richtung bewegt, es sich vorliegend aber um eine Massenruptur handelt und damit alle Anteile der Rotatorenmanschette zerrissen gewesen sind (ebenso Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Nr. 8.2.5, Seite 435, wonach ein ausgedehnter Rotatorenmanschettendefekt für eine ältere, degenerative Rotatorenmanschettenläsion spricht), was durch eine Zugbelastung in eine Richtung, wie beim hier gegenständlichen Unfallereignis denkbar, nicht verursacht werden kann.

Hierauf hat zwar W in seiner Stellungnahme vom 24.06.2021 erwidert, eine Massenruptur könne bei dem geschilderten Unfallmechanismus auftreten und es sei keineswegs so, dass den einzelnen Muskeln der Rotatorenmanschette genau definierte Zug- oder Belastungsrichtungen zugesprochen werden könnten. Die Bewegung des Armes im Schultergelenk erfolge im Übrigen nicht allein durch die Muskelfunktionen der Rotatorenmanschette, hier seien andere Skelettmuskeln deutlich beteiligt. Dem ist aber O in seiner Stellungnahme vom 29.07.2021, die der Senat als qualifiziertes Parteivorbringen berücksichtigt, unter Hinweis auf die unfallmedizinische Fachliteratur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Nr. 8.2.5, Seite 429) überzeugend entgegengetreten.

Verhalten unmittelbar nach dem Unfall und Erstbefund

Ferner folgt der Senat nicht der von W in seinem Gutachten vom 21.10.2020 vertretenen Ansicht, für einen Kausalzusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und der Rotatorenmanschettenruptur spreche die sofort berichtete Beschwerdesymptomatik und Einstellung der Arbeitstätigkeit sowie die im Kreiskrankenhaus R festgestellte eingeschränkte Beweglichkeit, der „painful arc“ und die positiven Rotatorenmanschettentests.

Zum einen lässt sich vorliegend schon eine sofortige Einstellung der Arbeitstätigkeit nicht feststellen, nachdem der Kläger in dem am 21.12.2018 unterzeichneten Unfallfragebogen angegeben hat, die Arbeit erst später, nach circa einer Stunde, eingestellt zu haben.

Zum andern stellt vorliegend auch der klinische Erstbefund nach den zutreffenden Ausführungen des O in seiner Stellungnahme vom 27.11.2020 ein deutliches Indiz gegen einen Kausalzusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und dem danach festgestellten Rotatorenmanschettenschaden dar. Von einer traumatischen Ruptur kann schon deshalb nicht ausgegangen werden, da eine – zwar schmerzhaft eingeschränkte – aber durchaus bedeutende Restbeweglichkeit dokumentiert worden ist. Der Beratungsarzt hat aufschlussreich dargelegt, dass ein „painful arc“ ein typischer Befund eines Impingementsyndroms und einer Verschleißschädigung der Rotatorenmanschette ist und das zur Feststellung eines „painful arc“ erforderliche Restmaß an Beweglichkeit bis mindestens an die Horizontale heran in naturwissenschaftlicher Sicht ausdrücklich mit einer akuten, wenige Tage zuvor traumatisch entstandenen Massenruptur der Rotatorenmanschette unvereinbar ist.

Ferner hat O in seiner Stellungnahme vom 27.11.2020 gut nachvollziehbar ausgeführt, dass die klinische Beschwerdesymptomatik nach einem Unfallgeschehen in jedem Fall akute Schmerzen beinhaltet, also sowohl die verschleißgeschädigte Schulter als auch die frisch und traumatisch geschädigte Schulter nach einem Unfallgeschehen schmerzt. Daher kann allein eine längerfristige Beschwerdefreiheit nach einem Unfall als Indiz gegen eine Kausalität angesehen werden. Umgekehrt kann aber nicht von Schmerzen in der Schulter nach einem Ereignis auf eine Kausalität rückgeschlossen werden. Denn eine Schmerzsymptomatik beinhaltet – ungeachtet, ob ein Traumaschaden oder ein Verschleißschaden vorliegt – in der Regel auch eine Bewegungseinschränkung der Schulter. Eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit liegt also in aller Regel vor – egal ob ein Schaden der Rotatorenmanschette akut traumatisch oder chronisch-degenerativ ist. Allein der typische klinische Befund einer Pseudoparalyse („drop-arm-sign“) hat nach O eine gewisse Indizwirkung für einen akuten Verletzungsschaden der Rotatorenmanschette (vergleiche Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Nr. 8.2.5, Seite 434, wonach in Bezug auf die im Rahmen des Primärbefundes erhobene Bewegungsfähigkeit nur ein „Drop-Arm-Zeichen“ unter den für eine unfallbedingte Verletzung sprechenden Indizien aufgeführt ist). Eine weitgehend freie Beweglichkeit, wenn auch unter Schmerzen, ist tendenziell als Indiz gegen eine traumatische Schädigung anzusehen. Bei letztlich weitgehend erhaltener, aber schmerzbedingt eingeschränkter Beweglichkeit mit gleichsam festgestellter Massenruptur der Rotatorenmanschette ist laut der überzeugenden Darlegungen des O im Wesentlichen ein Traumaschaden als ausgeschlossen anzusehen. Denn bei einer Massenruptur der Rotatorenmanschette ist letztlich eine überhaupt erhaltene Restbeweglichkeit nur dann denkbar, wenn der Schaden langfristig vorbestehend ist und Kompensationsmechanismen greifen können. Bei einer Massenruptur einer Rotatorenmanschette bei unfallbedingter Verursachung sind keinerlei Kompensationsmechanismen trainiert, weshalb in diesen Fällen tatsächlich eine Quasi-Bewegungslosigkeit der Schulter festzustellen ist.

Nach alledem sind die Ausführungen des W in seiner Stellungnahme vom 24.06.2021, eine Restbeweglichkeit, auch eine bedeutende Restbeweglichkeit, spreche nicht gegen eine traumatisch bedingte Massenruptur der Rotatorenmanschette, nicht überzeugend. Gegen den Einwand des W, ein „painful arc“ sei ein relativ unspezifischer klinischer Test und häufig bei einem Impingement feststellbar, was jedoch viele Ursachen haben könne, vorliegend dürfte allein aufgrund der Vorschädigungen der Test nicht durchführbar gewesen sein und der Test wäre auch ohne Vorschäden einer Massenruptur der Rotatorenmanschette positiv gewesen, hat O in seiner Stellungnahme aufschlussreich auf den sich daraus ergebenden Widerspruch hingewiesen, dass W bei dieser Argumentation davon ausgegangen ist, dass der Test aufgrund einer Vorschädigung nicht durchführbar gewesen ist, genau diese Vorschädigung allerdings als Unfallfolge bezeichnet hat.

Nachweisbare verletzungsbedingte Begleiterscheinungen

Im Rahmen der magnetresonanztomographischen Untersuchung

In Bezug auf das Kriterium, ob sich verletzungsbedingte Begleiterscheinungen nachweisen lassen, erachtet der Senat die Auswertung des im Rahmen der am 29.10.2018, also 9 Tage nach dem Arbeitsunfall, erfolgten magnetresonanztomographischen Untersuchung im Kreiskrankenhaus R erhobenen Befundes für maßgeblich.

Zwar hat W in seinem Gutachten vom 21.10.2020 die Ansicht vertreten, für einen Kausalzusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und der Rotatorenmanschettenruptur sprächen die kernspintomographisch zeitnah zum Arbeitsunfall festgestellten frischen Rissformen in mehreren Sehnen/Muskeln der Rotatorenmanschette und die Befundung, dass der Muskelbauch des Muskulus supraspinatus nicht höhergradig verschmächtigt oder verfettet gewesen sei.

Insoweit übersieht aber der Sachverständige, dass im Übrigen die magnetresonanztomographische Befundung den oben bereits beschriebenen Vorschaden und daneben auch keine Verletzungstypischen Begleiterscheinungen erbracht hat.

Zwar hat die magnetresonanztomographische Untersuchung auch eine deutlich bis in die Bursa subacromialis reichende Ergussbildung erbracht. Dies ist aber nach der überzeugenden Stellungnahme des O vom 15.09.2021 kein Indiz für einen Verletzungsschaden, da eine Ergussbildung gleichermaßen als ein aufgrund degenerativer Schädigung der Schulter zur Darstellung gekommener Reizzustand gewertet werden kann. Der Beratungsarzt hat aufschlussreich darauf hingewiesen, dass sich magnetresonanztomographisch in der Bursa subacromialis und dem Schleimbeutel unter dem Schulterdach lediglich Flüssigkeitsansammlungen finden lassen und eine abschließende und stets gesicherte Differenzierung, ob es sich dabei um auf eine Verletzungsfolge hinweisendes Blut oder auf eine Reizerscheinung hinweisendes Gewebwasser handelt, auf Basis der magnetresonanztomographischen Untersuchung nicht möglich ist, sich vielmehr eine im klinischen Alltag dennoch stets vorgenommene Interpretation maßgeblich auf den Gesamtaspekt der Bildgebung stützt, also dann entsprechende Signalanhebungen im Bereich der Bursa subacromialis im Falle einer auf eine traumatische Verletzungsfolge hinweisenden Befundkonstellation tatsächlich eher als eine Blutung und im Falle einer auf einen Verschleißschaden hinweisenden Befundkonstellation eher als entsprechende Flüssigkeitsretentionen als Ausdruck einer Reizerscheinung interpretiert werden. Vorliegend ergibt sich aber nach den schlüssigen Darlegungen des O mit Blick auf die degenerativ anmutende Rotatorenmanschettschädigung bezüglich der magnetresonanztomographischen Bildgebung eher die Interpretation einer Reizschädigung. Im Übrigen hat er gut nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass im Falle einer Verletzungsfolge eher eine Einblutung im Bereich des Schleimbeutels zu erwarten gewesen wäre, welche der Operateur allerdings nicht gesehen hat.

Im Rahmen der arthroskopischen Untersuchung

Ferner spricht der über die am 31.10.2018, also 11 Tage nach dem Arbeitsunfall, erfolgte Arthroskopie erstellte Operationsbericht gegen einen Unfallzusammenhang. Insoweit hat O in seiner Stellungnahme vom 27.11.2020 überzeugend dargelegt, dass das Schadensbild intraoperativ ausdrücklich als degenerativ beschrieben worden ist, da im intraoperativen Befund ausgeführt worden ist, dass die Supra- und Infraspinatussehne mit einer weiten Retraktion und deutlichen degenerativen Veränderungen eingerissen – es sich also um eine degenerative weit retrahierte Ruptur (Patte 2) der Supra- und Infraspinatussehne gehandelt hat – gewesen sind sowie die Subscapularissehne deutlich degenerativ aufgefasert und die lange Bizepssehne nicht mehr auffindbar gewesen sind. Dies hat auch W so gesehen, indem er in seinem Gutachten dargelegt hat, dass gegen einen Kausalzusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und dem Rotatorenmanschettschaden die im Operationsbericht als degenerativ und nicht traumatisch bedingt eingeschätzten Veränderungen der Rotatorenmanschette sprechen.

Demgegenüber überzeugt die Ansicht des W, für einen Kausalzusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und dem Rotatorenmanschettschaden spreche, dass die operative Sanierung der drei rupturierten Sehnen nach Angaben im Operationsbericht mit einer spannungsarmen Re-Adaption möglich gewesen sei, nicht. Denn insoweit hat O in seiner Stellungnahme vom 15.09.2021 überzeugend dargelegt, dass akute und traumatische Schäden in der Regel nahezu spannungsfrei rekonstruiert werden können, vorliegend jedoch der Operateur eine erhebliche Mobilisierung der Sehne vorgenommen hat, was sich daraus ergibt, dass dieser beschrieben hat, dass dies bis weit zum Glenoid (der Schulterpfanne) notwendig gewesen ist. O hat hieraus den zutreffenden Schluss gezogen, dass bei der erforderlichen Mobilisation keine frische und traumatisch bedingte Schädigung vorgelegen hat, da anderenfalls eine Mobilisation (Entfernung von Narbengewebe, Lösung der Verklebung, mechanischer Zug der Sehne zur Positionierung nahe der physiologischen Insertion) gar nicht beziehungsweise nur in geringfügigem Umfang erforderlich gewesen wäre. Die vorliegend notwendig gewesene deutliche Mobilisationsarbeit wäre aber bei einer akuten und traumatischen Ruptur nicht zu erwarten gewesen. Dass bereits 11 Tage nach dem angeschuldigten Ereignis eine Mobilisationsarbeit notwendig gewesen ist, ist laut O mit einer akuten, traumatischen Schädigung unvereinbar. Insofern hat der Beratungsarzt zutreffend zwischen einer spannungsarmen Rekonstruktion als Indiz für eine degenerative Schädigung und einer spannungsfreien Rekonstruktion ohne vorherige Mobilisation im Falle einer traumatischen Schädigung unterschieden.

Dokumentation des Beschwerdebildes im Verlauf

Ferner stellt die Dokumentation des Beschwerdebildes im Verlauf vorliegend kein Kriterium für oder gegen einen Unfallzusammenhang dar. Denn über sechs Wochen anhaltende und damit für einen Unfallzusammenhang sprechende Beschwerden (vergleiche Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Nr. 8.2.5, Seite 435, wonach eine Rückbildung von Schmerzen und Funktionsstörungen innerhalb von 6 Wochen unter den gegen eine unfallbedingte Verletzung sprechenden Indizien und eine über mehrere Wochen anhaltende Pseudoparalyse unter den für eine unfallbedingte Verletzung sprechenden Indizien aufgeführt werden) lassen sich aufgrund der bereits am 31.10.2018 erfolgten arthroskopischen Operation naturgemäß nicht dokumentieren.

Der Senat verkennt nicht, dass die beratungsärztlichen Stellungnahmen des O im Gegensatz zu dem gemäß [§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 402 f. ZPO](#) als Sachverständigenbeweis zu wertenden Gutachten des W als qualifiziertes Parteivorbringen keine Beweismittel sind. Qualifiziertes Parteivorbringen kann aber dennoch bei der Überzeugungsbildung zu berücksichtigen und ebenfalls alleinige Entscheidungsgrundlage sein (BSG, Beschluss vom 06.10.2020 – [B 2 U 94/20 B](#), juris Rn. 11 mit weiteren Nachweisen). Vorliegend hat sich der Senat bei seiner Entscheidung von den beratungsärztlichen Stellungnahmen des O leiten lassen, da diese in Bezug auf die Kausalitätsbewertung überzeugend gewesen sind.

Unter Berücksichtigung und Gewichtung aller für und gegen einen Unfallzusammenhang sprechenden Kriterien ist der Senat zur der

Auffassung gelangt, dass der Rotatorenmanschettenschaden nicht wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen ist. Für maßgeblich erachtet der Senat die gegen einen Unfallzusammenhang sprechenden Kriterien, nämlich dass Vorschäden dokumentiert sind, im Rahmen des Erstbefundes keine Beschwerdesymptomatik in Form eines „drop-arm-signs“ dokumentiert worden ist und sich keine verletzungstypischen Begleiterscheinungen haben feststellen lassen.

Nach alledem hat sich durch den Arbeitsunfall in Bezug auf den danach festgestellten Rotatorenmanschettenschaden kein Risiko verwirklicht, gegen das der Versicherungstatbestand des [§ 2 SGB VII](#) Schutz gewähren soll.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 SGG](#).

Die Revision wird nicht zugelassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Saved

2022-08-17