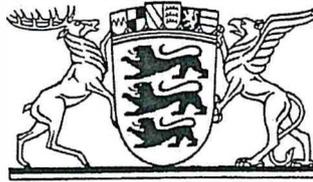


L 6 U 2080/18
S 4 U 2716/16
SG Heilbronn

Verkündet
am 24.01.2019



LANDESSOZIALGERICHT BADEN-WÜRTTEMBERG

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Proz.-Bev.: DGB Rechtsschutz GmbH
Willi-Bleicher-Str. 20, 70174 Stuttgart

gegen



- Beklagte und Berufungsklägerin -

Der 6. Senat des Landessozialgerichts Baden-Württemberg in Stuttgart
hat auf Grund der mündlichen Verhandlung vom 24. Januar 2019

für Recht erkannt:

**Auf die Berufung der Beklagten werden der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts
Heilbronn vom 14. Mai 2018 aufgehoben und die Klage abgewiesen.**

**Außergerichtliche Kosten sind für beide Instanzen einschließlich des Vorverfah-
rens nicht zu erstatten.**

Tatbestand

Die Beklagte wendet sich mit der Berufung gegen ihre Verurteilung zur Feststellung weiterer Gesundheitsschäden an der linken Schulter des Klägers als Folgen eines Arbeitsunfalls und zur Gewährung einer Verletztenrente.

Der Kläger ist im Jahre 1952 geboren und wohnt im Inland. Er ist seit September 1977 als Gießer bei einem Unternehmen der Stanz- und Druckgussindustrie (im Folgenden: Arbeitgeberin) beschäftigt und in dieser Eigenschaft bei der beklagten gewerblichen Berufsgenossenschaft gesetzlich unfallversichert. Mindestens seit dem Jahre 2007 war er mehrfach, auch für längere Zeit, wegen Beschwerden an einer Schulter, nach den späteren Angaben seines Arztes an der rechten Schulter, arbeitsunfähig erkrankt. In diesem Zusammenhang führte er im Frühjahr 2007 eine Rehabilitationsmaßnahme durch, bei der auch kurzfristige Beschwerden an der linken Schulter festgestellt wurden.

Am 6. Oktober 2015 gegen 11. 30 Uhr wollte der Kläger mit dem Kran Material aus einem Lager holen, lief dabei rückwärts los, während er den Kran führte, und stolperte über einen Coli-Ständer. Der genaue Ablauf des Sturzes ist streitig. Um 12. 09 Uhr desselben Tages stellt er sich bei Durchgangsarzt (D-Arzt) Dr. K vor. Dieser diagnostizierte eine Prellung der linken Schulter. In dem Bericht von jenem Tage führte er aus, der linke Weichteilmantel zeige sich soweit unauffällig, es gebe keine Prellmarke und kein Hämatom, es bestehe ein Druckschmerz über der lateralseitigen Schulterregion. Die Abduktion sei schmerzhaft, Nacken- und Schürzengriff möglich. Es bestehe kein Druckschmerz über dem AC-Gelenk (Schulterreckgelenk) oder der Clavicula (Schlüsselbein). Die periphere DMS (Durchblutung, Motorik, Sensibilität) am linken Arm sei nicht beeinträchtigt.

Erstmals in dem Nachschaubericht vom 17. November 2015 äußerte D-Arzt Dr. R den Verdacht auf (V.a.) eine Rotatorenmanschettenruptur links. Der Kläger habe angegeben, die Schulter sei nicht „besser geworden“, seine Hausärztin habe ihn wieder krankgeschrieben. Beim Entkleiden habe der Kläger Kunstbewegungen des Arms angedeutet. Es habe keine Hämatomverfärbung vorgelegen. Nacken- und Schürzengriff seien verlangsamt und inkomplett möglich, dabei gebe der Kläger Schmerzen an. In einer am 23. November 2015 durchgeführten magnetresonanztomografischen Untersuchung (MRT) bei dem Radiologen E zeigten sich eine komplette Ruptur

der Supraspinatussehne (SSP) im Ansatzbereich am Humeruskopf, eine Pulley-Läsion mit Subluxation der langen Bizepssehne nach medial und eine substanzgeminderte Subscapularissehne (SSC) mit Zeichen einer Partialruptur ohne Verlagerung. Ferner ergaben sich ein reaktiver Gelenkerguss und eine Panbursitis neben einer mäßiggradigen Degeneration des AC-Gelenks (Schultereckgelenk).

Die Arbeitgeberin gab bei der Beklagten am 30. November 2015 an, es sei keine Arbeitsunfähigkeit eingetreten. Am 10. Dezember 2015 teilte sie über ihre Sicherheitsfachkraft ergänzend mit, der Kläger habe vom 19. bis zum 26. Oktober 2015 auf einem Schonarbeitsplatz und nach einem zwischenzeitlichen Urlaub vom 2. bis 11. November 2015 seine eigentliche Tätigkeit wieder ausgeübt und dabei nicht über Beschwerden geklagt. Die erste Krankmeldung sei am 12. November 2015 eingegangen und habe keinen Hinweis auf einen Arbeitsunfall enthalten. Erst die Arbeitsunfähigkeit ab dem 27. November 2015 sei zu Lasten der Beklagten erfolgt. In der Firma finde ein Stellenabbau mit Angeboten zum vorzeitigen Ruhestand statt, weswegen sich auch der Kläger erkundigt habe. Die betriebliche Unfallanzeige erstattete die Arbeitgeberin erst auf Aufforderung der Beklagten hin am 15. Dezember 2015. Dabei teilte sie mit, der Kläger sei beim Rückwärtslaufen gestürzt und habe sich mit dem linken Arm abgestützt.

Der Kläger gab am 28. November 2015 in dem Fragebogen „Unfall Schulter“ an, er sei beim Zurücklaufen nach hinten gestolpert und habe sich beim Hinunterfallen mit der Hand abgestützt. Bei der Frage nach der Art der Schmerzen waren die Felder „sofort stechende Schmerzen“ und „durchgehend anhaltende Schmerzen“ angekreuzt, das erste Kreuz dann wieder durchgestrichen. Bei der zeichnerischen Darstellung (Anlage 2) kreuzte der Kläger den Sturz „auf die Seite mit ausgestrecktem Arm“ an. Zur Frage, ob er den Sturz durch Festhalten habe abfangen wollen, trug der Kläger zunächst „ja“ ein, strich diese Angabe dann aber wieder durch. Der Kläger gab an, er sei Rechtshänder.

Ferner zog die Beklagte bei der gesetzlichen Krankenkasse des Klägers sein Vorerkrankungsverzeichnis bei. Darin war für die Zeiten vom 26. März bis zum 4. April 2008, vom 13. bis zum 21. Dezember 2012 und vom 2. bis 18. Oktober 2014 jeweils Arbeitsunfähigkeit u.a. wegen einer adhäsiven Entzündung der Schultergelenkkapsel verzeichnet, wobei die Angabe der betroffenen Seite fehlte. Der behandelnde Arzt Dr. T teilte am 15. Januar 2016 mit, die damaligen Behandlungen hätten die Folgen eines Risses der Bizepssehne rechts im Jahre 2007 betroffen und mit der jetzigen Verletzung der linken Schulter nichts zu tun. Er reichte

unter anderem den Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik Höhenblick vom 14. Juni 2007 über einen stationären Aufenthalt des Klägers im Frühjahr 2007 zur Akte. Der Kläger war dort im Wesentlichen wegen eines LWS-Syndroms behandelt worden, in den Diagnosen wird dazu - nur - eine Omalgie der rechten Schulter ohne Funktionseinschränkung verzeichnet, während in der Eigenanamnese aufgeführt ist, der Kläger habe über seit ein bis zwei Wochen bestehende Schmerzen über dem linken Schulterdach und der Trapeziusregion links bei Bewegungen geklagt.

Nachdem die BG-Klinik (Zwischenbericht vom 9. Dezember 2015 die Komplettruptur der SSP und die Teilruptur der SSC mit Luxation der langen Bizepssehne bestätigt und eine operative Sanierung empfohlen hatte, führte die Orthopädische Klinik M am 8. Februar 2016 eine Arthroskopie bei dem Kläger durch. In dem Behandlungsbericht vom 10. Februar 2016 hierzu führte Dr. O aus, intraoperativ hätten sich die SSC mit einer Ruptur der oberen 50 %, aber noch anheftenden Anteilen im unteren Bereich, die SSP mit einer kompletten Ruptur und die ISP (Infraspinatussehne) als intakt gezeigt. Material zur histologischen Untersuchung sei entnommen worden. Der weitere intraoperative und der postoperative Verlauf hätten sich regelrecht gezeigt.

Die Klinik ließ das bei der Operation entnommene Material histologisch untersuchen. Hierzu führte Prof. Dr. B in dem Bericht vom 15. Februar 2016 aus, sowohl an der SSC als auch der SSP habe sich eine deutlich ausgeprägte degenerative Tendiopathie in Form einer Hyalinose bzw. einer fokalen chondralen Metaplasie gezeigt. Beide Materialproben hätten Reparaturzeichen bei Zustand nach Sehnenruptur (Granulationsgewebe) gezeigt, die „einem drei bis zehn Tage alten Trauma“ entsprächen. Diese vorliegenden Sehnenveränderungen stimmten ausdrücklich nicht mit dem im (für) Oktober 2015 angegebenen Sturz überein. Die - daneben festzustellenden - degenerativen Sehnenveränderungen existierten schon länger, seit Monaten bis Jahren. Zwar könne aus dem Material nicht erkannt werden, ob diese Degenerationen schon im Oktober 2015 vorgelegen hätten. Es könne aber ausgeschlossen werden, dass die jetzigen Sehnenrisse mit dem Trauma im Oktober 2015 in Zusammenhang ständen.

Auch auf Grund dieser histologischen Untersuchung hielt Beratungsarzt Dr. F in seiner Stellungnahme vom 14. April 2016 einen Unfallzusammenhang für höchst unwahrscheinlich.

Mit Bescheid vom 25. April 2016 entschied die Beklagte, den Vorfall vom 6. Oktober 2015 als

Arbeitsunfall und als Folgen daraus eine folgenlos ausgeheilt schwere Prellung der linken Schulter anzuerkennen. Dabei lehnte sie die Anerkennung einer degenerativen Veränderung am linken Schultergelenk, eines anlagebedingten Hochstandes des Oberarmkopfes, einer Zusammenhangstrennung der SSP und einer teilweisen Zusammenhangstrennung der SSC mit Ausrenkung der Bizepssehne als Unfallfolgen ab. Ansprüche auf Heilbehandlung und Verletztengeld hätten nur bis zum 7. Dezember 2016 bestanden. Ein Anspruch auf Rente und Rehabilitationsleistungen bestehe nicht. Zur Begründung führte sie aus, die nicht anerkannten Gesundheitsschäden seien auf die vorbestehenden Veränderungen im linken Schultergelenk zurückzuführen.

Der Kläger erhob am 27. April 2016, bei der Beklagten am 12. Mai 2016 eingegangen, schriftlich Widerspruch. Er habe ein Knacken gehört. Die große Sehne sei bei dem Unfall gerissen, auch wenn es möglich sei, dass es auch ältere Risse an der Schulter gegeben habe. Vor dem Unfall habe er nie Schmerzen verspürt und den Arm einwandfrei bewegen können. Nachdem keine weitere Begründung gegeben wurde, wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 18. August 2016 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 26. August 2016 Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben und neben der Feststellung bestimmter weiterer Unfallfolgen die Gewährung einer Verletztenrente begehrt. Er hat vorgetragen, er habe sich beim dem Sturz während des Rückwärtslaufens mit dem ausgestreckten linken Arm abfangen wollen. Er habe ein Knacken im Schulterbereich wahrgenommen. Er hat gemeint, selbst wenn Vorerkrankungen vorgelegen hätten, so habe der Unfall doch eine richtungsweisende Verschlimmerung verursacht.

Das SG hat ältere und aktuelle Befundscheine der behandelnden Ärzte eingeholt, darunter den Bericht über eine MRT der linken Schulter bei Dr. A vom 22. September 2016 („postoperativer Zustand der überwiegend kontinuierlich abgrenzbaren SSP und SSC ohne sicher fassbare freie Gelenkkörper, minimale Bursitis subdeltoidea und leicht aktivierte AC-Gelenks-Arthrose ohne höhergradiges subacromiales Impingement“).

Von Amts wegen hat das SG bei dem Orthopäden und Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin Dr. H das Gutachten vom 3. Juni 2016 über den Kläger erhoben.

Der Sachverständige hat bekundet (S. 19 ff. Gutachten), bei dem - rechtshändigen (S. 10 Gutachten) - Kläger bestehe aktuell eine „schmerzhafte Funktionsstörung der linken Schulter“, wobei die

Rotatorenmanschette nicht erneut gerissen sei (Z.n. Rotatorenmanschettenruptur, vgl. S. 7 oben), sondern eine posttraumatische Schultersteife eingetreten sei (S. 18 unten).

Diese Störungen seien mit Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls. Der Sturz nach hinten mit abgestrecktem Arm, den der Kläger bei der Begutachtung geschildert habe, sei prinzipiell geeignet, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen. Dieser Hergang werde insoweit bestätigt, als der erstbehandelnde D-Arzt keine äußeren Verletzungszeichen beschrieben habe, der Kläger also nicht auf die Schulter selbst gestürzt sein dürfte. Jedoch ließen sich die Details des Hergangs retrospektiv nicht auftreten, sodass dieses Indiz weder überzeugend nachzuweisen noch sicher auszuschließen sei. Auch Beschwerdesymptomatik unmittelbar nach dem Ereignis, so wie sie der Kläger geschildert habe, sei unspezifisch und lasse keine Rückschlüsse zu. Immerhin habe Dr. K eine schmerzhaft eingeschränkte Bewegung der linken Schulter beschrieben, die zu einer Rotatorenmanschettenruptur passe. Die konventionellen Röntgenaufnahmen nach dem Unfall (könnten eine Rotatorenmanschettenruptur nicht belegen, aber) sprächen tendenziell dagegen, dass eine großflächige Zerreißung vorbestanden habe. Eine solche führe in der Regel in Wochen bis Monaten zu einem funktionellen Hochstand des Oberarmkopfes, ein solcher sei aber auf den Bildern nicht zu erkennen. Die spätere CT habe einen größeren, durchgehenden Riss belegt. Allerdings habe sie auch degenerative Abbauvorgänge im gerissenen Sehngewebe ergeben. Insofern ergäben die bildgebenden Befunde keine schlüssigen Hinweise auf eine vorbestehende Ruptur, allerdings auf vorbestehende degenerative Umbauprozesse, die die mechanische Reißfestigkeit der Sehnen herabgesetzt haben könnten. Die Beschwerden seien in den ersten Wochen nach dem Unfall stärker geworden und hätten sich erst nach der Operation zurückgebildet. Bei der Operation sei eine degenerative Schwächung des Sehngewebes festgestellt worden, die erste Naht sei gerissen, aber letztlich haben man doch einen Sehnenverschluss erreichen können, der bis heute halte. Insgesamt sei danach mit Wahrscheinlichkeit von einem Unfallzusammenhang auszugehen. Die degenerativen Vorschäden seien keine wesentliche Ursache. Es wäre bereits ein unglaublicher Zufall, wenn die Ruptur ohne einen Unfall genau zum gleichen Zeitpunkt aufgetreten wäre. Der letztliche Erfolg der Operation spreche dafür, dass das Sehngewebe noch nicht massiv degenerativ geschwächt gewesen sei. Ebenso zeige das Granulationsgewebe, das in der histologischen Untersuchung festgestellt worden sei, dass es noch vitale Reaktionen auf den Unfall gegeben habe, das Gewebe also noch nicht vollständig degeneriert bzw. leblos gewesen sei.

Zu den Funktionseinbußen und ihrer Bewertung hat der Sachverständige dargelegt (S. 7 ff. Gut-

achten), die Schultersteife („Frozen shoulder“) äußere sich in belastungs- und bewegungsabhängigen Schmerzen, nur bei locker herabhängendem Arm sei der Kläger schmerzfrei, die Beweglichkeit sei deutlich eingeschränkt, aktiv könne der linke Arm etwa 40° bis 50° seitlich abgespreizt werden, die aktive Armhebung nach vorn sei auch nicht viel besser. Passiv lasse sich der Arm noch bis zur Horizontalen heben. Ferner habe die grobe Kraft im linken Arm deutlich nachgelassen. Vor diesem Hintergrund sei nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit, die bis zu einem Jahr nach der Operation angedauert habe, von einer dauerhaften MdE um 20 v.H. auszugehen.

Die Beklagte ist den Feststellungen und Schlussfolgerungen Dr. H's entgegengetreten. Der Kläger habe im Verwaltungsverfahren noch angegeben, er sei zur Seite mit ausgestecktem Arm gestürzt. Unabhängig davon spreche der Primärbefund nicht für eine Rotatorenmanschettenruptur, es habe keine Schwellung, kein lokales Hämatom bis zur Bizepsloge, keine Pseudoparalyse und kein „drop-arm-sign“ gegeben. Entgegen den Erfahrungswerten sei die Beschwerdesymptomatik nach dem Unfall auch nicht langsam abnehmend gewesen. Ferner sei unberücksichtigt geblieben, dass in bei der histologischen Untersuchung nach der Operation Prof. Dr. B das Granulationsgewebe mit hämosiderinspeichernden Makrophagen einem Trauma zugeordnet habe, das - nur - drei bis zehn Tage zurückgelegen habe und einen Zusammenhang mit dem Unfall sechs Monate zuvor eindeutig ausgeschlossen habe. Ferner sei die Operation nicht vollständig erfolgreich verlaufen, es sei unter anderem ein kleiner Restdefekt des Rotatorenintervalls verblieben, auch dies spreche für eine fortgeschrittene Degeneration. Eine etwaige zeitliche Nähe zu dem Unfall reiche nicht aus, um einen Wahrscheinlichkeitszusammenhang bejahen zu können.

Mit angekündigtem Gerichtsbescheid vom 14. Mai 2018 hat das SG die Beklagte unter Abänderung der angegriffenen Bescheide verurteilt, als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 6. Oktober 2015 einen Rotatorenmanschettenriss links, eine schmerzhafte Schultersteife links und eine schmerzhafte Funktionsstörung der linken Schulter anzuerkennen und dem Kläger ab Februar 2017 eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu gewähren. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Es ist den Feststellungen, Schlussfolgerungen und Vorschlägen Dr. H's zu den Gesundheitsschäden, dem Ursachenzusammenhang und der Höhe der MdE gefolgt.

Gegen diesen Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 8. Juni 2018 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) erhoben. Sie vertieft ihren Vortrag, es könne kein Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfall und der Schultersteife angenommen werden, insbesondere

nach den frühen Schilderungen des Hergangs durch den Kläger. Auch entspreche die Akutsymptomatik nicht den wissenschaftlichen Erfahrungswerten. Hiernach könne eine Rotatorenmanschettenruptur nur angenommen werden, wenn ein sofortiges Schmerzmaximum auftrete, das in den folgenden Tagen abklinge („Decrescendoeffekt“) und ein initiales drop-arm-sign vorliege. Dies treffe hier nicht zu. In formeller Hinsicht rügt die Beklagte, der Tenor des Gerichtsbescheids sei zum Teil zu unbestimmt, so zum Beginn der ausgerichteten Rente „Februar 2017“.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 14. Mai 2018 teilweise aufzuheben und die Klage insgesamt abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Er verteidigt den Gerichtsbescheid. Er hat weder Berufung noch Anschlussberufung erhoben.

Der Senat hat bei Dr. H die ergänzende Stellungnahme vom 4. Oktober 2018 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, die frühen Angaben des Klägers, er sei mit ausgestrecktem Arm zur Seite gefallen, beziehe sich auf eine Zeichnung in der Verwaltungsakte, die allerdings den rechten Arm zeige. Sie seien also in jedem Falle falsch. Es bleibe dabei, dass der genaue Hergang eines solchen Unfalls ohnehin kaum je aufgeklärt werden könne. Jedoch gebe es Reihenuntersuchungen, die zeigten, dass nahezu jeder Erwachsene bei einem Sturz die Arme zum Abstützen abspreize bzw. ausstrecke. Dies beruhe auf früh antrainierten Schutzreflexen. Eine weitere typische Folge solcher Stürze, gerade im höheren Alter, sei die distale Radiusfraktur. Dass bei der Erstuntersuchung beim D-Arzt die auffälligen Primärbefunde gefehlt hätten, die eine Rotatorenmanschettenruptur begleiteten, sei erklärlich. Der Kläger sei eine halbe Stunde nach dem Unfall untersucht worden. Bis Hämatome oberflächlich sichtbar seien, könne ein längerer Zeitraum vergehen. Das - hier fehlende - Fallarmzeichen (drop-arm-sign) sei für eine Rotatorenmanschettenruptur typisch, allerdings nicht eindeutig beweisend. Es trete in Einzelfällen auch ohne Ruptur auf, in manchen Fällen fehle es auch, obwohl eine solche Ruptur nachweisbar sei, dies gelte insbesondere für kleinere Teilrupturen. Die Sensitivität dieses Zeichens betrage nach der Literatur nur 40 % (bei einer Spezifität von 90 %). Ferner ergebe sich aus dem D-Arzt-Bericht nicht, dass

dieses Zeichen überhaupt überprüft worden sei. In ähnlicher Weise seien Fälle dokumentiert, in denen ein Patient mit massiver Zerreißung der Rotatorenmanschette trotzdem den Nacken- und Schürzengriff habe durchführen können (Verweis auf den Aufsatz Hepp/Lambert, „Die Begutachtung der Rotatorenmanschettenruptur im sozialgerichtlichen Verfahren – eine Zusammenarbeit von Richter und medizinischem Sachverständigen“, zit. nach. <https://www.gutachtenseminar.com/literatur/>). Hinsichtlich des Beschwerdeverlaufs nach einer solchen Verletzung gebe es Patienten, bei denen der Schmerz nach einer großflächigen Zerreißung auch nach Monaten und Jahren nicht nachlasse. Es sei anzumerken, dass das Fehlen einer Prellmarke an der Schulter gegen einen Sturz auf diese selbst spreche. Die von der Beklagten anerkannte „Prellung“ der Schulter sei damit ausgeschlossen. Im übrigen sei daran festzuhalten, dass hier von altersentsprechenden degenerativen Veränderungen auszugehen sei, auch wenn solche streng genommen nicht nachgewiesen seien, weil keine Vorbefunde vorlägen und die nach dem Unfall bildgebend festgestellten Veränderungen ebenfalls posttraumatisch bedingt sein könnten. Es sei bei solchen Vorschädigungen nicht unüblich, dass es immer wieder zu kleineren Einrissen komme, die klinisch stumm bleiben, in Form einer „mehrzeitigen Ruptur“. Es sei daher nicht überraschend, wenn auch nach einer großen Ruptur wie hier in den Randbereichen auch Wochen und Monate nach dem Unfall weitere Fasern rissen, die durch die große Rissbildung zusätzlich überfordert seien. Dies sei bei der Bewertung des histologischen Befundes zu berücksichtigen, zumal der Pathologe nur sehr kleine Gewebsstücke beurteilen könne. Nach alledem sei die einzig denkbare konkurrierende Ursache für den Sehnenschaden, nämlich eine degenerative Schwächung, die selbst bei Alltagsbelastung zum Zeitpunkt des Ereignisses zu demselben Funktionsverlust geführt hätte, auf Grund statistischer Überlegungen und des operativen Therapieerfolgs, insbesondere als der Innenriss durch eine Naht verschließbar gewesen wäre, praktisch ausgeschlossen.

Der Senat hat mit Schreiben vom 8. Oktober 2018 darauf hingewiesen, dass keine weiteren Ermittlungen von Amts wegen geplant seien.

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

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Beklagten ist nach § 143 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Sie ist insbesondere nicht nach § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG zulassungsbedrftig. Soweit sich die Beklagte

gegen die Feststellung weiterer Unfallfolgen wendet, greift diese Zulassungsschranke ohnehin nicht ein, da dies keine Geld-, Dienst- oder Sachleistungen sind. Soweit die Beklagte durch das SG zur Gewährung einer Verletztenrente verurteilt worden ist, liegt zwar eine Leistungsklage vor, die aber laufende Sozialleistungen über mehr als ein Jahr betrifft (§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG).

Die Berufung ist auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht (§ 151 Abs. 1 SGG) erhoben.

Die Berufung ist auch begründet. Anders als das SG kommt der Senat zu der Ansicht, dass die Klage insgesamt abzuweisen war.

Die Anträge des Klägers als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG) auf behördliche Feststellung und als Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 4 SGG) auf Gewährung einer Verletztenrente dem Grunde nach (§ 130 Abs. 1 Satz 1 SGG) sind statthaft.

Jedoch ist die Verpflichtungsklage bereits teilweise unzulässig. Der Antrag, eine „schmerzhafte Funktionsstörung der linken Schulter“ anzuerkennen, war im Sinne des § 92 Abs. 1 Satz 1 SGG zu unbestimmt, um Grundlage eines Urteils zu sein. Der Gesundheitsschaden, der als Folge eines Versicherungsfalls nach dem Unfallversicherungsrecht festgestellt werden soll, muss grundsätzlich durch Einordnung in eines der gängigen Diagnosesysteme (z. B. ICD-10) unter Verwendung der dortigen Schlüssel exakt bezeichnet werden können (vgl. BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - B 2 U 31/11 R -, juris, Rz. 18). Hier sind zwar keine überspannten Anforderungen an die Formulierung zu stellen. Aber auch wenn nicht die medizinischen Fachbegriffe verwendet werden, so muss doch deutlich erkennbar sein, welche Erkrankung im Sinne der Diagnosesysteme gemeint ist (Urteil des Senats vom 17. März 2016 – L 6 U 4796/13 –, juris, Rz. 37). Dies ist bei einer „schmerzhafte Funktionsstörung“ nicht der Fall. Sofern eine „Funktionsstörung“ - und nicht nur eine Erkrankung - überhaupt als Gesundheitsschaden festgestellt werden kann, so wird hier nicht deutlich, ob es um eine Bewegungseinschränkung, eine Instabilität, eine Versteifung, eine Kraftminderung oder eine andere denkbare Störung der Funktionen der Schulter geht.

Im Übrigen ist der Verpflichtungsantrag auf behördliche Feststellungen zulässig.

Die Bezeichnungen „Rotatorenmanschettenruptur“ und „schmerzhafte Schultersteife“ (im Sinne einer „Frozen shoulder“) lassen die konkreten Gesundheitsschäden noch hinreichend bestimmt

erkennen.

Die Beklagte hat auch in dem angegriffenen Bescheid vom 25. April 2016 über diese Gesundheitsschäden entschieden. Sie hat zwar dort (Ziffer 3 des Bescheids) ausdrücklich nur eine „Zusammenhangstrennung der SSP und teilweise Zusammenhangstrennung der SSC mit Ausrenkung der Bizepssehne“ als Folge des Unfalls verneint. Die Bezeichnung „Rotatorenmanschettenruptur“ ist jedoch nur eine etwas allgemeinere Umschreibung derselben Gesundheitsstörung. Auch der Anerkennung einer Schultersteife steht der Bescheid nicht entgegen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich dieser Schaden, wenn er denn auf den Unfall zurückzuführen ist, erst später entwickelt hat, nachdem die Rotatorenmanschettenruptur erfolgreich operiert worden war. Bei Erlass des Bescheids lag er noch nicht vor. Es handelt sich um einen Gesundheitsfolgeschaden.

Der Kläger kann insoweit auch eine Verpflichtung der Beklagten zur behördlichen Feststellung von Gesundheitsschäden als Folgen eines Versicherungsfalles verlangen, zumal das Unfallversicherungsrecht mit § 102 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) i.V.m. § 36a Abs. 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) eine Anspruchsgrundlage für derartige Feststellungen vorsieht (Urteil des Senats vom 27. September 2018 – L 6 U 418/18 –, juris, Rz. 29). Ein Versicherter ist nicht auf die nach § 55 Abs. 1 Halbsatz 1 Nr. 3 SGG ausnahmsweise zulässige Feststellungsklage, also eine gerichtliche Feststellung, beschränkt. Er kann vielmehr zwischen beiden Klagearten wählen (BSG, Urteil vom 19. Juni 2018 - B 2 U 17/17 R -, SozR 4-2700 § 2 Nr. 42, Rz. 8; Urteil des Senats vom 9. März 2017 - L 6 U 2131/16 -, juris, Rz. 36).

Gegen die Zulässigkeit des Leistungsantrags bestehen keine Bedenken. Die Beklagte hat in Ziffer 5 des angegriffenen Bescheids die Gewährung konkret einer „Rente“ - damit kann im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung nur eine Verletztenrente gemeint sein - abgelehnt. Zwar war auch die Leistungsklage in einem Punkt - nämlich wegen des Beginns der Rente „im Februar 2017“ - etwas unbestimmt, dieser Punkt kann jedoch im Wege der Auslegung dahin konkretisiert werden, dass der 1. Februar 2017 gemeint ist.

Die Anträge des Klägers, soweit zulässig, sind aber nicht begründet.

Dies gilt zunächst für die Feststellung weiterer Gesundheitsschäden als Folge des - anerkannten - Arbeitsunfalls vom 6. Oktober 2015.

Ein Anspruch auf eine solche Feststellung besteht, wenn der geltend gemachte Gesundheitsschaden „in Folge“ des Unfalls entstanden ist (§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII, vgl. zum Kausalzusammenhang auch § 13 Abs. 1 SGB VII).

Vor diesem Hintergrund müssen zunächst die versicherte Tätigkeit, die Art und das Ausmaß des Unfallereignisses, der Gesundheitserstschaden und die hierdurch verursachten länger andauernden Unfallfolgen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Die materielle bzw. objektive Beweislast für den Unfall und den Gesundheitserstschaden im Sinne der unmittelbaren körperlichen Folgen der äußeren Einwirkung trägt dabei grundsätzlich der Versicherte (vgl. hierzu und zu allem Folgendem Urteil des Senats vom 22. Januar 2015 – L 6 U 4801/12 –, juris, Rz. 36).

Dagegen ist für die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität, welche nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen sind, grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich (vgl. hierzu und zum Folgenden BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 – B 2 U 1/05 R –, juris Rz. 17).

Hinreichende Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht, so dass auf diesen Grad der Wahrscheinlichkeit vernünftiger Weise die Entscheidung gestützt werden kann und ernste Zweifel ausscheiden. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Dies schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand ist die Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Aussage, der Versicherte sei so geschützt, wie er die Arbeit antritt, ist ebenfalls diesem Verhältnis von individueller Bewertung auf objektiver, wissenschaftlicher Grundlage zuzuordnen. Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat anhand des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes.

Auf der materiellen, wertenden Ebene der Prüfung des Ursachenzusammenhangs, ist zu entscheiden, ob der Unfall die wesentliche Bedingung für den Gesundheitsschaden war. Hiernach werden als - rechtserheblich - kausal nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs beziehungsweise Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Wenn es mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen gibt, ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. „Wesentlich“ ist nicht gleichzusetzen mit „gleichwertig“ oder „annähernd gleichwertig“. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere Ursache keine überragende Bedeutung hat. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur diese „wesentlich“ und damit Ursache im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber nicht als „wesentlich“ anzusehen ist, kann in bestimmten Fallgestaltungen als „Gelegenheitsursache“ oder „Auslöser bezeichnet werden“ (BSG, Urteil vom 30. Januar 2007 - B 2 U 23/05 R - SozR 4-2700 § 8 Nr. 22). Ist die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen, so ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die „Auslösung“ akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei dieser Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. Dass der Begriff der Gelegenheitsursache durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist, berechtigt jedoch nicht zu dem Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne Weiteres zu unterstellen ist. Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache beziehungsweise dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens - aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war -, ferner das Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, die Befunde und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes

sowie die gesamte Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein.

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung gegebenenfalls in einem oder mehreren Schritten zu prüfende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Dies wird häufig bei einem klar erkennbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, vor allem wenn es keine feststellbare konkurrierende Ursache gibt, kein Problem sein. Aber es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache das angeschuldigte Ereignis eine Ursache ist oder die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellte versicherte Ursache im naturwissenschaftlichen Sinn automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde (vgl. im Einzelnen auch Urteil des Senats vom 4. Mai 2017 – L 6 U 1007/16 –, juris, Rz. 51 ff.).

Ein Arbeitsunfall im Sinne des § 8 Abs. 1 SGB VII liegt vor. Nicht nur hat die Beklagte den Unfall mit dem angegriffenen Bescheid vom 25. April 2016 anerkannt. Der Senat ist auch davon überzeugt, dass der Unfall stattgefunden hat. Der Kläger hat zeitnah binnen weniger Minuten einen Arzt aufgesucht und einen Hergang geschildert, der einem Arbeitsunfall entspricht. Sein Arbeitgeber hat den Unfall in der betrieblichen Unfallanzeige vom 15. Dezember 2015 bestätigt und ausführlich geschildert.

Ebenso lag bei dem Kläger eine Rotatorenmanschettenruptur vor, die einen Gesundheitserstschaden darstellen kann. Sie wurde bildgebend am 23. November 2015 bei dem Radiologen E erstmals diagnostiziert und bei der Operation am 8. Februar 2016 (Bericht des Operateurs He) bestätigt. Konkret handelt es sich nach den Feststellungen des Operateurs um eine Teilerreißung der SSC (50 %) und eine vollständige Zerreißung der SSP bei intakter ISP. Ferner fanden sich intraoperativ erhebliche Schädigungen im Bereich der langen Bizepssehne, die der Kläger jedoch nicht als Unfallfolgen geltend macht. Auch die Schultersteife, die der Kläger zur Anerkennung beantragt hat, steht fest. Diese Diagnose hat Dr. H in seinem Gutachten vom 3. Juni 2017 gestellt und nachvollziehbar begründet. Angesichts der grundsätzlichen Refixation der Rotatorenmanschette kann auch nur eine solche Folgeerkrankung Ursache der weiterhin bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen sein, vor allem der erheblichen Bewegungseinschränkung der linken Schulter.

Es ist jedoch nicht mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der Unfall am 6. Oktober 2015 wesentliche Ursache der Rotatorenmanschettenruptur war, sodass auch die heute bestehende „Frozen shoulder“ nicht als Gesundheitsfolgeschaden des Unfalls angesehen werden kann.

Zwar wertet der Senat den Hergang des Unfalls als geeignet. Er spricht dafür, dass eine Rotatorenmanschettenruptur aufgetreten ist.

Nach der herrschenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung (vgl. insoweit Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017., S. 431 ff. m.w.N.) ist für einen traumatischen Rotatorenmanschettenriss erforderlich, dass das Schultergelenk unmittelbar vor der Einwirkung muskulär fixiert war und zusätzlich plötzlich eine passive Bewegung hinzugekommen sein muss, die überfallartig eine Dehnungsbelastung der SSP bewirken kann. Dies kann geschehen durch ein massives plötzliches Hoch- oder Rückwärtsreißen des Armes, z.B. beim Hängenbleiben mit dem Arm bei einer erheblichen Beschleunigung des Körpers oder einem Sturz auf den nach hinten ausgestreckten Arm, beim Sturz, z.B. beim Fensterputzen, aus der Höhe nach vorn mit noch festhaltender Hand, bei dem das gesamte Körpergewicht in die Schulter fällt, beim Treppensturz mit Festhalten der Hand am Geländer, bei einer starken Zugbelastung bei gleichzeitiger gewaltsamer Rotation des Armes oder einer Verdrehung des Armes, wenn dieser in eine laufende Maschine gezogen wird (vgl. im Einzelnen auch Urteil des Senats vom 4. Mai 2017 – L 6 U 1007/16 –, juris, Rz. 65 f.)

Der Kläger ist auf den nach hinten ausgestreckten Arm gefallen, der Sturz entspricht also einer der genannten Fallgruppen. Der Senat teilt die Zweifel der Beklagten an diesem Hergang nicht. Zunächst hat der Kläger von Anfang an, schon eine halbe Stunde nach dem Unfall, bei D-Arzt Dr. K, berichtet, er sei rückwärts gelaufen. Der Arbeitgeber hat diesen Hergang bestätigt. Wer beim Rückwärtslaufen an einem flachen Hindernis (hier dem Coli-Ständer) hängen bleibt und stolpert, fällt nach hinten. Ferner hat der Kläger bereits früh während des Verwaltungsverfahrens, in dem Fragebogen vom 28. November 2015, ausgeführt, er habe sich beim Fallen mit dem Arm abgestützt. Dass dieses Verhalten zu erwarten war, weil sich instinktiv nahezu alle Menschen beim Fallen mit den Armen abzustützen versuchen, hat der Sachverständige Dr. H überzeugend dargelegt. Dass der Kläger zum Abstützen den linken Arm benutzt hat, erklärt sich daraus, dass er als Rechtshänder den Kran, den er beim Rückwärtsgehen führte, mit der rechten Hand geführt hat. Demgegenüber misst der Senat der Aussage des ersten D-Arzt-Berichts von Dr. K,

der Kläger sei „auf die linke Schulter gefallen“, weniger Bedeutung bei. Diese ungenaue Beschreibung mag der Situation unmittelbar nach dem Unfall geschuldet gewesen sei. Für einen Sturz des Klägers auf die Schulter gibt es im Übrigen auch gar keine Hinweise, insbesondere gab es an der Schulter keine Prellmarken, kein Hämatom und keine anderen äußeren Weichteilverletzungen. Dr. H hat in seinem Gutachten zutreffend darauf hingewiesen, dass aus diesem Grunde die Beklagte - auch - eine Schulterprellung gar nicht hätte anerkennen müssen bzw. dürfen. Auch ist entgegen der Ansicht der Beklagten nicht anzunehmen, der Kläger sei mit ausgestrecktem Arm auf die Seite gefallen. Zwar hat er in dem Unfallfragebogen vom 28. November 2015 (Anlage 2) die entsprechende Skizze angekreuzt und nicht jene für den Sturz nach hinten. Beide Skizzen sind jedoch sehr ähnlich, und natürlich kann es sein, dass der Rückwärtssturz ein Stück weit auch zur Seite gegangen ist, zumal der Kläger, wie ausgeführt, mit der rechten Hand noch den Kran steuerte. Dass dem Kreuz des Klägers gerade bei dieser Zeichnung nicht allzu viel Gewicht beizumessen ist, zeigt sich auch daran, dass er dort die rechte Seite als Seite des Sturzes angegeben hat, obwohl er auf die linke Seite gefallen ist, also die spiegelbildliche Perspektive übersehen hat. Hierzu mag beigetragen haben, dass sie Körperskizzen in dem Unfallfragebogen der Beklagten nur die rechte Körperseite zeigen, ein Ankreuzen der linken Seite also gar nicht möglich ist. Ein Festhalten zumindest hat der Kläger in dem Fragebogen nicht angegeben, das „Ja“ an dieser Stelle hat er wieder durchgestrichen.

Die übrigen Indizien, die im Rahmen einer Rotatorenmanschettenruptur pro und contra einen Unfallzusammenhang herangezogen werden, sind dagegen indifferent bzw. sprechen tendenziell gegen einen Zusammenhang mit dem Unfall am 6. Oktober 2015. Allenfalls kann angenommen werden, dass es bei dem Unfall - im Sinne einer natürlichen Kausalität, also als *conditio sine qua non* - zu einer Teilschädigung der beiden betroffenen Sehnen gekommen ist und dass dann in der Folge - etwa bis zu der MRT-Untersuchung am 23. November 2015 und weitergehend bis kurz vor der Operation am 2. Februar 2016 - nacheinander weitere Sehnenfasern gerissen sind, bis sich das endgültige Schadensbild dargestellt hat. Aber in diesem Fall ist nicht der Unfall als wesentliche Ursache anzuschuldigen, sondern eine degenerative Vorschädigung des Gewebes, die sich nach und nach in Sehnenfaserrissen gezeigt hat, die jeweils für sich nicht überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingt sind. Dass allenfalls ein solcher Ablauf anzunehmen ist, darauf hat letztlich auch Dr. H in seinem Gutachten hingewiesen. Er hat von einem „mehrzeitigen“ Ablauf der Rotatorenmanschettenruptur gesprochen. Dass der Senat am Ende in einer Gesamtschau der Indizien anders als Dr. H einen Wahrscheinlichkeitszusammenhang zwischen dem Unfall

und dieser mehrzeitig entstandenen Schädigung verneint, ist eine wertende Entscheidung und beruht nicht etwa darauf, dass der Senat den Feststellungen des Sachverständigen nicht folgen würde.

Die klinische Symptomatik nach dem Ereignis wertet auch der Senat als indifferent. Zwar hat der Kläger die Arbeit sofort niedergelegt und innerhalb von 24 Stunden einen Arzt aufgesucht. Dies ist als Pro-Indiz zu werten, während erst ein Arztbesuch nach mehr als einer Woche gegen einen Zusammenhang spräche (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 434, 435). Allerdings fehlten bei der Erstuntersuchung die für eine Ruptur relevanten klinischen Zeichen, insbesondere eine starke Bewegungseinschränkung des Arms (drop arm sign). Vielmehr konnte Dr. K nur eine geringfügige und auch nur schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit feststellen, und dies auch nur in einer der relevanten Bewegungsdimensionen, der Abduktion. Dagegen waren Nacken- und Schürzengriff möglich, was deutlich gegen eine erhebliche Ruptur insbesondere der SSP spricht. Selbst bei der zweiten Untersuchung fünf Wochen später, am 17. November 2015, waren Nacken- und Schürzengriff möglich, wenn auch „verlangsamt und inkomplett“, und eine weitergehende Bewegungseinschränkung hat D-Arzt Dr. R auch bei dieser Untersuchung nicht beschrieben. Ob das Fehlen eines Hämatoms als Hinweis auf innere Einblutungen bei beiden D-Arzt-Untersuchungen für oder gegen einen Ursachenzusammenhang spricht, lässt der Senat dabei offen. Dr. H's Ausführungen, ein Hämatom auf Grund innere Blutungen erscheine nicht sofort auf der Haut, sodass es womöglich erst nach dem Besuch bei Dr. K aufgetreten ist, ist für den Senat nachvollziehbar. Dennoch es bleibt festzuhalten, dass - unabhängig von einem Hämatom - auch keines der anderen klinischen Zeichen einer traumatisch bedingten Rotatorenmanschettenruptur vorlag. So gab es ebenfalls keine Schwellung und keine Pseudoparalyse (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O.).

Deutlich gegen eine erhebliche Schädigung am 6. Oktober 2015 spricht der weitere Ablauf. Der Kläger hat wenige Tage nach dem Unfall wieder gearbeitet, wenn auch zunächst auf einem „Schonarbeitsplatz“. Er hat sich mehr als fünf Wochen lang nicht wieder bei einem Arzt vorgestellt. Und, wie sich aus dem Vorerkrankungsverzeichnis seiner Krankenkasse ergibt, ist er dann, als im November erste Beschwerden auftraten, am 12. November 2015, zu einem Hausarzt gegangen. Die Schmerzentwicklung, die der Kläger in dem Fragebogen vom 28. November 2015 angegeben hatte, entspricht nicht der klinischen Erfahrung bei einer erheblichen Rotatorenmanschettenruptur, die von einem Schmerzmaximum nach dem Unfall und einem langsamen Abklingen danach ausgeht (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 434). Vielmehr hat der Kläger die

Schmerzen als gleichbleibend bzw. sogar stärker werdend beschrieben, was auf weitere, später aufgetretene Faserrisse hindeutet.

Ebenso können die - präoperativ erstellten - bildgebenden Befunde nicht für eine erhebliche traumatisch bedingte Rotatorenmanschettenruptur herangezogen werden.

Bei der Röntgenuntersuchung am Unfalltag konnten keinerlei Frakturzeichen festgestellt werden. Dies ist zwar wenig aussagekräftig, da Röntgenbilder kaum Weichteilveränderungen zeigen können. Aber Dr. H hat auch darauf hingewiesen, dass auch auf den später, vor und nach der Operation erstellten Röntgenbildern kein Humeruskopfhochstand zu sehen war - und ein solcher bei der Operation am 8. Februar 2016 sogar ausgeschlossen werden konnte, weswegen keine sub-acromiale Dekompression durchgeführt werden musste -, obwohl bei einer großflächigen Zerreißung der Rotatorenmanschette ein solcher Hochstand in einem solchen zeitlichen Abstand von mehreren Monaten zu erwarten ist.

Ebenso gegen einen Ursachenzusammenhang spricht die sonografische Untersuchung der Weichteile 17. November 2015 bei Dr. R. Zum einen wurde sie nicht innerhalb dreier Wochen nach dem Trauma erstellt, was aber notwendig ist, wenn Feststellungen auf Grund einer Sonografie als Pro-Kriterium für einen Unfallzusammenhang herangezogen werden sollen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 434 f.). Vielmehr stellte sich bei der Untersuchung die Rotatorenmanschette „in der gesamten Zirkumferenz dar“ und es konnte keine lokale Einblutung festgestellt werden. Auch dies spricht gegen eine erhebliche traumatische Schädigung, bei der, wie ausgeführt, innere Einblutungen zu erwarten waren.

Die gleichen Ergebnisse für die Frage eines Kausalzusammenhangs zeitigt die MRT-Untersuchung am 23. November 2015. Sie wurde fast sieben Wochen nach dem Unfall durchgeführt, nach den erwähnten medizinischen Erfahrungssätzen spricht aber nur die Feststellung einer Rotatorenmanschettenruptur in einem MRT binnen sechs Wochen nach einem Unfall für einen Zusammenhang (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 435). Und auch in der Sache hat die MRT-Untersuchung keine Indizien für eine traumatisch bedingte Läsion ergeben. So lag z.B. kein Knochenödem im Bereich der Tuberkula (bone bruise) vor, das in der wissenschaftlichen medizinischen Literatur als Pro-Indiz gewertet wird (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 435, 436). Vielmehr hat der Radiologe E darauf hingewiesen, dass die - nunmehr komplett ruptierte - SSP degenerativ verändert war. Hinsichtlich der Verletzung der Bizepssehne - die der Kläger aber,

wie ausgeführt, als Unfallfolge gar nicht geltend macht - hat die MRT-Untersuchung bestätigt, dass am Labrum eine Altverletzung vorlag - die der Kläger später als sieben Jahre alt bezeichnet hat - und dass insoweit von einer Re-Ruptur auszugehen war.

Die Feststellungen während der Operation am 8. Februar und die histologische Untersuchung des dabei entnommenen Materials sprechen ebenfalls nicht für einen Ursachenzusammenhang zu dem Trauma am 6. Oktober 2015. Dies beruht schon auf ihrer zeitlichen Entfernung. Nur intraoperative und histologische Befunde, die innerhalb von sechs Wochen nach einem Unfall erhoben werden, erlauben noch aussagekräftige Ergebnisse zu den hier streitigen Fragen (vgl. Urteil des Senats vom 4. Mai 2017 – L 6 U 1007/16 –, juris, Rz. 73).

Der Operateur, Herr He, hat deutlich degenerierte Sehnenränder gesehen, was zwar einerseits auf ein länger zurückliegendes Trauma hindeutet, aber andererseits hat die erste Naht, mit der die SSP refixiert werden sollte, nicht gehalten, was auf eine Schwächung des nicht degenerierten Gewebes hindeutet. Auf diesen Punkt hat zutreffend die Beklagte in ihrer Berufungsbeurteilung hingewiesen. Dr. H hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 4. Oktober 2018 bestätigt, dass ein Ausreißen der Fixation tendenziell für eine Schwächung des Gewebes spricht, auch wenn er letztlich insoweit kein Contra-Indiz gesehen hat, weil der zweite Versuch des Operateurs gelungen ist.

Tendenziell gegen einen Unfallzusammenhang sprechen die Ergebnisse der histologischen Untersuchung bei Prof. Dr. B am 15. Februar 2016. Dieser hat ausgeführt, die dort festgestellten traumatischen Veränderungen im Sehngewebe seien - erst - wenige Tage alt und mit Sicherheit nicht auf den Unfall im Oktober 2015 zurückzuführen. Der Senat folgt hierbei nicht der Erwägung des Sachverständigen Dr. H, es könne sich gerade bei diesen Befunden um einige jener Risse gehandelt haben, die erst nach dem Unfall, kurz vor der Operation, aufgetreten seien. Zwar trifft es sicher zu, dass das Material einer histologischen Untersuchung nur einen begrenzten Bereich eines Organs oder - hier - einer Sehne abdeckt. Aber aus dem Operationsbericht vom 8. Februar 2016 ergibt sich, dass die Gewebeproben für die histologische Untersuchung genau an jenen Sehnenrändern der SSC und der SSP entnommen worden waren, die den großen, im November 2015 diagnostizierten (teilweisen bzw. vollständigen) Rissen dieser Sehnen geschuldet waren.

Der Senat ist auch davon überzeugt, dass bei dem Kläger degenerative Veränderungen an der

Rotatorenmanschette vorlagen, die dann ihrerseits für die mehrzeitigen Rupturen nach - und eventuell auch schon vor - dem Unfall vom 6. Oktober 2015 wesentlich verantwortlich waren. In diese Richtung deuten die Beschwerden an der linken Schulter, die der Kläger schon während der Rehabilitation in der Klinik Höhenblick im Frühjahr 2007 geklagt und die dort schon ein bis zwei Wochen angedauert hatten. Vor allem aber hat, wie ausgeführt, bereits die MRT-Untersuchung am 23. November 2015 degenerative Veränderungen der SSP gezeigt. Dagegen kann der histologische Befund vom 15. Februar 2016 nur tendenziell als Indiz für vorbestehende degenerative Schäden genommen werden. Dr. B hat in seinem Bericht zwar auf deutlich ausgeprägte degenerative Veränderungen an der SSC als auch an der SSP hingewiesen, die auch älter waren als die traumatischen Veränderungen von drei bis zehn Tagen zuvor. Er hat aber auch ausgeführt, dass aus dem histologischen Material allein nicht zu erkennen war, ob diese Schäden schon zur Zeit des Unfalls vorgelegen hatten. Es handelte sich möglicherweise auch um posttraumatische Degenerationen.

Dass die Operation am 8. Februar 2016 letztlich erfolgreich war und eine dauerhafte Refixation der Rotatorenmanschette gelungen ist, bestätigt nach Ansicht des Senats, dass Teile der Schädigung zu jenem Zeitpunkt noch sehr jung waren, also nach dem Unfall aufgetreten sein müssen. Wie auch der Sachverständige Dr. H ausführt, ist auch deswegen von einem eher mehrzeitigen Ablauf der Ruptur auszugehen. Dass bis heute keine Re-Ruptur aufgetreten ist, muss nicht zwingend darauf hindeuten, dass keinerlei degenerative Schädigung vorhanden ist, wie Dr. H (S. 9 seiner ergänzenden Stellungnahme) annimmt. Es kann auch der Tatsache geschuldet sein, dass seit dem Unfall bei dem Kläger, der nicht mehr wie zuvor eine schwere schulterbelastende Berufstätigkeit ausübt, nicht im Haushalt arbeitet und außer Spazierengehen keine Hobbys hat (vgl. S. 4 f. des Gutachtens Dr. H), die Rotatorenmanschette keinen stärkeren Belastungen mehr ausgesetzt ist.

Vor diesem Hintergrund kann sich der Senat letztlich nicht davon überzeugen, dass der Unfall vom 6. Oktober 2015 die wesentliche Ursache der später festgestellten Rotatorenmanschettenruptur und ihrer Folge, der Schulterversteifung, ist.

Dementsprechend besteht auch kein Anspruch auf eine Verletztenrente. Eine solche kann nach § 56 Abs. 1 SGB VII nur verlangt werden, wenn über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus auf Grund von Gesundheitsschäden, die in Folge des Versicherungsfalls aufgetreten sind, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten um wenigstens 20 v.H. (Satz 1 der Norm) oder - in den

Fällen des § 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII - um wenigstens 10 v.H. herabgesetzt ist. Bei dem Kläger sind aber keine dauerhaften Gesundheitsschäden auf Grund des Arbeitsunfalls verblieben, die zu einer MdE führen könnten.

Die Entscheidung über die Kosten des Berufungsverfahrens beruht auf § 193 SGG.

Gründe für eine Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) sind nicht ersichtlich.