

L 3 U 2865/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 13 U 28/09
Datum
16.05.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 U 2865/13
Datum
08.10.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 16. Mai 2013 aufgehoben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 26. September 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. Dezember 2008 verurteilt, als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. April 2007 reizlose Narben im Bereich der rechten Schulter nach Arthroskopie am 24. Januar 2008 festzustellen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

2. Die weitergehende Berufung der Beklagten und die Berufung des Klägers im Ganzen werden zurückgewiesen.

3. Außergerichtliche Kosten sind für beide Instanzen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten wenden sich mit ihren Berufungen gegen ein teilweise stattgebendes Urteil des Sozialgerichts Stuttgart (SG). Der Kläger begehrt in diesem Verfahren die behördliche Feststellung weiterer Unfallfolgen und die Gewährung einer Verletztenrente.

Der am 30.07.1964 geborene Kläger ist als Maschinenbediener bei einem Automobilhersteller beschäftigt und in dieser Eigenschaft bei der beklagten Berufsgenossenschaft gesetzlich unfallversichert.

Am 17.04.2007 stürzte er auf dem Weg von seiner Wohnung zu seiner Arbeitsstätte von seinem Fahrrad. Er schlug insbesondere mit der rechten Schulter und dem Gesicht samt Mundbereich auf dem Boden auf. Ausweislich ihres Berichts vom 17.04.2007 stellten die Durchgangsarzte (D-Ärzte) Dres. A. u. Kollegen nach dem Röntgen der rechten Schulter keine knöchernen Verletzungen fest. Als Erstdiagnose nannten sie großflächige Schürfwunden in Gesicht, an den Kniegelenken, der Schulter sowie dem Ellenbogen rechts und außerdem ein Impingementsyndrom der rechten Schulter. Die Abduktion dort sei bis 70° möglich gewesen. In dem MRT-Bericht von Dr. B. vom selben Tage war die Diagnose "Zustand nach kräftiger Zerrung im Acromioclaviculargelenk (AC-Gelenk), keine Gelenksprengung, keine Fraktur der Clavicula, offensichtlich Z.n. Schulterluxation mit Einriss des vorderen Labrums und Hill-Sachs-Läsion" genannt.

Der Arbeitgeber zeigte den Unfall unter dem 27.04.2007 an. Der Kläger war zunächst vom 17.04. bis zum 28.05.2007 arbeitsunfähig erkrankt. Ab dem 29.05.2007 arbeitete er wieder vollschichtig auf einem Schonarbeitsplatz als Bürohilfe im Meisterbereich.

Wegen fortbestehender Beschwerden stellte sich der Kläger erneut den D-Ärzten Dr. A. u. Koll. vor. Diese diagnostizierten unter dem 09.05., 21.05. und 05.06.2007 weiterhin multiple Schürfwunden und ein Schulter-Impingement rechts, die Beweglichkeit dort sei eingeschränkt, die Abduktion bis zur Horizontalen möglich. Nach Vorstellungen in der BG-Unfallklinik Tübingen teilten Prof. Dr. C. / Dr. D. in den Zwischenberichten vom 14. und 18.06.2007 mit, eine aktuelle computertomografische Untersuchung habe im Bereich des rechten AC-Gelenks keinen Hinweis auf eine frische knöcherne Verletzung ergeben, auch an der Clavicula gebe es keine knöchernen Verletzungen, im Bereich des rechten Sternoclaviculargelenks (SC-Gelenks) zeige sich eine Subluxation nach proximal medial, im Bereich der hinteren Kapsel dieses Gelenks fänden sich mehrere kleinere knöchernen Fragmente. Bei "begleitender" SC-Gelenkssubluxation sei eine konservative Therapie mit Physiotherapie angeraten worden, weiterhin bestehe Arbeitsfähigkeit auf dem innegehabten Schonarbeitsplatz. In dem Abschlussbericht vom 24.07.2007 teilten Prof. Dr. C. bzw. Dr. D. mit, die Beschwerden seien im Vergleich zum 14.06.2007 allenfalls minimal, bei einer Ante- und Retroversion bei einem bei 90° abduzierten Arm finde sich eine diskrete Instabilität des rechten SC-Gelenks. Die Behandlung sei abzuschließen.

Etwa vier Monate nach dem Abschluss der Behandlung stellte sich der Kläger am 16.10.2007 erneut bei Prof. Dr. C. bzw. Dr. E. vor. Diese

Ärzte teilten in ihrem Zwischenbericht vom 31.10.2007 mit, es beständen anhaltende Beschwerden am rechten Schultergelenk und am rechten SC-Gelenk, ein Verdacht auf eine Labrum-/SLAP-Läsion und ein Impingementsyndrom. Der Kläger müsse seit einer Woche wieder in der Produktion arbeiten und Gewichte von 40 bis 50 kg heben, was erhebliche Beschwerden bereite. Bezüglich des SC-Gelenks werde von einer Operation abgeraten. Die Symptomatik spreche für einen Humeruskopfhochstand und eine Einengung des Subacromialraums. Es sei eine arthroskopische Resektion und ggfs. die Labrumrefixation zu empfehlen. Weiterhin gab Dr. F., bei dem sich der Kläger am 26.10.2007 vorstellte, in seinen Berichten von diesem Tage und vom 31.10.2007 u.a. eine Gelenksabsprengung des rechten AC-Gelenks sowie einen sternoclavicularen Gelenkspaltreiß an. Der Kläger könne nicht schwer heben, die Beweglichkeit des rechten Schultergelenks sei eingeschränkt, aber es bestehe weiterhin Arbeitsfähigkeit bei vorübergehender Leistungseinschränkung. Gegen eine OP wegen AC-Gelenksresektion sprach sich zunächst Dr. M. bei Nachuntersuchungen, zuletzt am 19.11.2007, aus. Zunächst wurde konservativ weiter behandelt, darunter mit Infiltrationen. Nachdem sich weiterhin keine Besserung zeigte, riet am 10.12.2007 auch Dr. M. zu einer OP.

Die OP am 24.01.2008 führte Oberarzt Dr. G. durch. Dieser führte in seinem Bericht aus, das Labrum habe sich intakt gezeigt, ebenso der Bizeps-Sehnenanker. Im Humeruskopf ganz unten habe sich bei maximaler Außenrotation eine Kerbe gezeigt, die jedoch im Knorpel nicht relevant sei. Die Subscapularissehne und die Bizepssehne seien völlig unauffällig, ebenso die Supra- und Infraspinatussehne sowie der knorpelfreie Bereich. Die ausgeprägte Bursitis (Schleimbeutelentzündung) und die Weichteile subacromial seien entfernt worden. Eine Knochennut sei gelegt worden.

Die Beklagte hatte das Vorerkrankungsverzeichnis des Klägers von seiner Krankenkasse beigegeben, das keine Einträge wegen Schulterbeschwerden enthielt. Ferner erhielt sie den Entlassungsbericht des N.-Krankenhauses Stuttgart über die Behandlung des Klägers vom 24. bis 28.01.2008 und den genannten OP-Bericht.

Nach einem weiteren Zwischenbericht vom 25.03.2008 und dem Beginn einer Belastungserprobung ab Ende März nahm Beratungsärztin Dr. H. unter dem 07.04.2008 zu den persistierenden Beschwerden Stellung und wies u.a. auf ein stattgehabtes Cervico-Brachialsyndrom im Jahre 2000 hin. Nachdem weitere Zwischenberichte von Dr. F. über fortbestehende Beschwerden zur Akte gelangt waren und die Belastungserprobung ab dem 28.04.2008 verlängert worden war, ließ die Beklagte - nach einer Auswahl durch den Kläger - bei Prof. Dr. I. ein Zusammenhanggutachten erstellen. Dieser Gutachter beschrieb unter dem 14.06.2008 mehrere unfallbedingte Verletzungen, vor allem eine Zerrung des AC-Gelenks rechts und eine Subluxation des rechten SC-Gelenks, sowie - als mittelbare Folge - einen Z.n. Arthroskopie der Schulter, arthroskopischer subacromialer Dekompression und Bursektomie sowie AC-Gelenks-Resektion rechts bei Impingement-Syndrom des rechten Schultergelenks und Acromionsporn am 24.01.2008. Aktuell beständen u.a. eine massive Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks im Sinne einer Impingement-Symptomatik mit beginnendem "painful arc" bei 90° (restlicher) Schulterabduktion sowie ein Schultertiefstand rechts bei Atrophie der Delta-Muskulatur rechts. Auch diese aktuellen Beschwerden seien auf den Unfall zurückzuführen. Nach wie vor bestehe unfallbedingt Arbeitsunfähigkeit, eine MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) sei daher noch nicht zu vergeben.

Diesen Aussagen trat Beratungsärztin Dr. J. unter dem 02.07.2008 entgegen. Das Gutachten sei unverwertbar. Prof. Dr. I. differenziere nicht zwischen Unfallfolgen und zweifellos degenerativen Veränderungen wie dem Acromionsporn und der AC-Gelenksarthrose. Vor der Operation sei die Beweglichkeit des Klägers frei gewesen.

Auf die Empfehlung von Prof. Dr. I. hin absolvierte der Kläger zu Lasten der Beklagten vom 24.07. bis 14.08.2008 ein stationäres Heilverfahren in der BG-Klinik Tübingen bei Prof. Dr. C., den die Beklagte zugleich - nach vorherigem Auswahlangebot an den Kläger - mit einem weiteren Zusammenhanggutachten beauftragte. In dem Befund- und Entlassungsbericht vom 14.08.2008 teilte Prof. Dr. C. für die Klinik mit, als Diagnosen beständen anhaltende Beschwerden am rechten Schultergelenk und rechten SC-Gelenk nach stattgehabter Schulterprellung rechts mit AC-Gelenkszerrung und Subluxation des rechten SC-Gelenks sowie (vermutlich unfallunabhängig) ein Impingementsyndrom subacromial der rechten Schulter und ein Z.n. Arthroskopie pp. In seinem Gutachten vom 08.09.2008 führte Prof. Dr. C. ergänzend aus, es beständen zurzeit Beweglichkeitseinschränkung an der rechten Schulter (Messwerte S. 5 des Gutachtens) mit Schmerzverstärkung bei Abduktion. Als Körperschaden, der ursächlich auf den Unfall zurückzuführen sei, sehe er nur die Prellung des rechten Schultergelenks mit Subluxation im SC-Gelenk sowie die AC-Gelenkszerrung an. Wahrscheinlich sei auch eine Schädigung des Discus intraarticularis (Gelenkscheibe) im SC-Gelenk. Die von Dr. G. im Januar 2008 durchgeführte AC-Gelenksresektion werde in aller Regel bei AC-Gelenksarthrose notwendig, diese sei jedoch nicht direkte Unfallfolge und auch auf Grund der sofort nach dem Unfall einsetzenden Symptomatik keine mittelbare Folge. Für ein unfallbedingtes Impingement, das eine subacromiale Dekompression erforderlich gemacht hätte, gebe es ebenfalls weder nach dem Unfall noch aktuell einen Anhalt. Dies werde in der posttraumatischen Kernspintomografie (dort als Traumafolge lediglich eine Delle im Humeruskopf) und auch in der aktuellen Röntgenbildgebung (kein Humeruskopfhochstand) und klinisch bestätigt. Allerdings lägen, so Prof. Dr. C. ergänzend, keine bildgebende Befunde aus der Zeit vor der Operation, sondern erst vom 17.04.2008 vor. Die weiteren Diagnosen Impingement-Symptomatik, AC-Gelenks-Arthrose bei Acromionsporn und SC-Gelenksarthrose rechts seien damit nicht als Unfallfolge anzuerkennen. Es habe daher rückblickend die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit am 24.01.2008 bestanden. Die Unfallfolgen hätten eine MdE von 10 v.H. (vom Hundert) verursacht.

Mit Bescheid vom 26.09.2008 erkannte die Beklagte den Unfall vom 17.04.2007 als Arbeitsunfall an, ferner erkannte sie als Unfallfolgen an: "Zwischenzeitlich verheilte Prellungen und Schürfungen am Gesicht, an der linken Kniekehle, an der rechten Schulter und am rechten Ellenbogengelenk; einen Facettendefekt der Krone am oberen zweiten Schneidezahn rechts; eine Schädigung des discus articularis an der rechten Schulter nach Subluxation des SC-Gelenks mit Zerrung am AC-Gelenk". Ausdrücklich nicht als Unfallfolge anerkannt wurden eine Impingementsymptomatik und eine AC-Gelenksarthrose im rechten Schultergelenk. Ansprüche auf Leistungen über den 23.01.2008 hinaus beständen nicht. Ferner habe der Kläger keinen Anspruch auf Rente.

Der Kläger legte am 01.10.2008 Widerspruch ein, den er nicht weiter begründete. Die Beklagte erließ daraufhin den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 17.12.2008.

Der Kläger hat am 30.12.2008 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. Er hat insbesondere die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. beantragt. Er hat gemeint, die Stellungnahmen von Dr. J. seien nicht verwertbar, da sie gegen die unfallversicherungsrechtlichen Vorschriften über die Auswahl von Sachverständigen verstießen. Zur Sache hat er vorgetragen, die nicht als Unfallfolge anerkannten Gesundheitsschäden hätten bereits nach dem Unfall, jedenfalls vor der Operation im Januar 2008 bestanden. Bei der Bemessung der MdE seien auch seine Schmerzen zu berücksichtigen.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Sie hat vorgetragen, sie habe nicht das Bestehen eines Impingement-Syndroms bestritten; dieses sei aber nicht unfallbedingt. Prof. Dr. C. habe auf den Bildern der MRT-Untersuchung vom 07.04.2008 weder eine Impingementsymptomatik noch einen Humeruskopfhochstand feststellen können. Nach dem MRT-Befund vom 17.04.2007 habe auch eine Sprengung des AC-Gelenks nicht bestätigt werden können.

Aktenkundig wurden der MRT-Bericht von Dr. K. vom 11.08.2009 (Höherstehender Humeruskopf mit mäßiger Einengung des subacromialen Raums, degenerative Tendiopathie der Sehnen des M. infra- und supraspinatus, Anriss der Supraspinatussehne) und Berichte von Dr. E. vom 27.08.2009 (u.a. Rotatorenintervallruptur rechte Schulter empfohlene Schulterarthroskopie) und vom 22.09.2009 (Durchführung einer weiteren Arthroskopie der rechten Schulter an diesem Tag; Abriss des ventralen und superioren Labrums, SLAP-2-Läsion, Synovitis rechte Schulter, Ruptur des vorderen RM-Intervalls daseibst).

Das SG hat sodann von Amts wegen Dr. G. mit einer Begutachtung des Klägers beauftragt. Dieser Sachverständige hat in seinem Gutachten vom 16.09.2010 ausgeführt, über die unstrittigen Verletzungen hinaus habe zum Unfallzeitpunkt bereits eine geringgradige degenerative Veränderung im AC-Gelenk bestanden, die jedoch klinisch noch nicht in Erscheinung getreten sei. Dies werde durch die geringen zystischen Veränderungen und die Flüssigkeit im Gelenk auf den unfallnah angefertigten MRT-Bildern bestätigt. Durch den Unfall sei es dann zu einer richtunggebenden Verschlimmerung dieser asymptomatischen Schadensanlage gekommen. Die im Anschluss entstandenen Veränderungen seien auf den MRT-Bildern festzustellen. Das Trauma sei gleichwohl nicht als Gelegenheitsursache einzustufen, da es erheblich gewesen sei und das Vorerkrankungsverzeichnis keine Schultererkrankungen aufweise. Entsprechend sei auch die Operation im Januar 2008 unfallbedingt notwendig geworden. In deren Folge sei es zu einer adhäsiven Kapsulitis gekommen, die damit als mittelbare Unfallfolge anzuerkennen sei. Bei noch endgradig eingeschränkter schmerzhafter Beweglichkeit müsse auch die jüngste Operation bei Dr. E. am 22.09.2009 als unfallbedingt eingestuft werden. Letztlich seien auch die bei der Untersuchung am 21.05.2010 noch festgestellten Befunde (endgradige Bewegungseinschränkung der rechten Schulter (Armhebung bis 170° seit- und bis 165° vorwärts), Auftreibung des SC-Gelenks ohne Druckschmerz, reizlose Narben, geringe impingementartige Beschwerden) als unfallbedingt anzusehen. Die MdE aus den unfallbedingten Beeinträchtigungen betrage 10 v.H. auf Dauer. Ergänzend hat Dr. G. darauf hingewiesen, dass ein Impingement viele Ursachen haben könne und keinesfalls immer degenerativ bedingt sei, auch für ein unfallbedingtes Impingement sei nicht immer die subacromiale Dekompression erforderlich.

Auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers hat das SG sodann Dr. F. mit einer Begutachtung beauftragt. Dieser Sachverständige hat in seinem Gutachten vom 04.04.2011 darauf hingewiesen, dass der Vorgutachter Dr. G. der Operateur gewesen sei; die Vergabe des Gutachtens sei als Verfahrensfehler zu werten. Ferner hat Dr. F. mitgeteilt, dass nunmehr - am 01.03.2011 bei Dr. E. - auch an der linken Schulter eine arthroskopische OP stattgefunden habe. In der Sache hat Dr. F. ausgeführt, sämtliche zwischenzeitlichen und noch bestehenden Beschwerden seien auf den Unfall zurückzuführen. Aus den ältesten Aufnahmen sei ersichtlich, dass das Schultergelenk vor dem Unfall nicht abgenutzt gewesen sei. Insofern sei auch die Operation durch Dr. G. an sich notwendig gewesen, nicht unbedingt jedoch die dort erfolgte Resektion des Schultergelenks. Durch den Sturz sei es zu einer halbseitigen Luxation oder Subluxation der Schulter gekommen, was Dr. E. 2009 beschrieben habe. Solche Luxationen gingen typischerweise mit SLAP-2-Läsionen einher. Es sei auch zu einem Einriss des Labrums gekommen. Auf den Bildern vom 17.04.2007 zeigten sich eindeutige Hinweise auf ein akutes bone bruise in einem sehr großen Ausmaß am Oberarmkopf. Auch sei nach der Operation an der linken Schulter ein Vergleich möglich. Dort habe sich keine Hill-Sachs-Delle gezeigt, da diese nur bei Luxationen oder dgl. entstehe. Nicht ganz von der Hand zu weisen sei, dass bei dem Kläger schon vor dem Unfall ein etwas lockeres Gefüge der Schulter rechts vorhanden gewesen sei. Insgesamt seien daher auch die Impingementsymptome rechts auf den Unfall zurückzuführen. Die MdE des Klägers betrage auf Grund deutlicher Bewegungseinschränkung (Bewegungsmaße Bl. 9 GA) mit einer Armhebung nur bis 90° 20 v.H.

Die Beklagte, die eine beratungsärztliche Stellungnahme zu den Gutachten einholen wollte, hat um Übersendung der von den Gutachtern erstellten Röntgenbilder gebeten. Dem ist der Kläger zunächst entgegengetreten, um Streitigkeiten über die Einstufung der Stellungnahmen als Gutachten zu vermeiden. Daraufhin hat das SG - am 10.05.2011 - die Bilder übersandt. Der Kläger hat die MRT-Aufnahmen der linken Schulter von der OP am 01.03.2011 eingereicht.

Die Beklagte hat sodann unter Vorlage der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. H. vom 06.12.2011 ausgeführt, die rapide Verschlechterung der Restbeweglichkeit der rechten Schulter zwischen den Untersuchungen bei Dr. G. und Dr. F. sei nicht erklärlich. Ferner zeige sich die degenerative Genese der Schädigungen darin, dass nunmehr gleichermaßen die linke Schulter betroffen sei. Dass die Beschwerden rechts zwei Jahre früher aufgetreten seien als links, erkläre sich zwanglos daraus, dass der Kläger Rechtshänder sei. Entgegen der Ansicht von Dr. F. sei aus dem MRT-Befund vom 22.09.2009 eine deutliche Auffaserung des Labrums ersichtlich, was für ein degeneratives Geschehen spreche. Das MRT vom 30.10.2007 weise keine Hill-Sachs-Delle aus und auch keine passenden Begleitverletzungen der Gelenkkapsel. Somit sei eine Luxation nicht nachgewiesen.

Auf Antrag des Klägers hat Dr. F. zu den Ausführungen der Beklagten unter dem 15.10.2012 ergänzend Stellung genommen. Er hat an seinen Einschätzungen festgehalten. Es überwögen die Aspekte einer traumatischen Schulterschädigung rechts. Die Beklagte vernachlässige u.a. die Instabilität der rechten Schulter, die man (nicht bildgebend, sondern) nur durch persönliche Untersuchung feststellen könne.

Erst danach sind die Originale der MRT-Bilder vom 17.04.2007 erneut zur Akte gelangt. Zu ihnen hat die Beklagte noch die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. J. vom 27.11.2012 vorgelegt. Ein bone bruise sei nicht zu erkennen, ebenso keine Hill-Sachs-Delle, kein Erguss im Schultergelenk und keine ventrale Kapselverletzung. Es zeigten sich zystische Veränderungen und eine degenerativ bedingte Mehrsklerosierung. Sie hat darauf verwiesen, dass Dr. G. bei der Arthroskopie im Januar 2008 das Labrum als ringsum intakt beschrieben habe.

Im Anschluss hat sich der Kläger dagegen gewandt, dass Dr. J. die Bilder befundet habe und die Befundung durch einen ausgebildeten Radiologen begehrt. Insoweit hat der Kläger auch einen Antrag auf Einholung eines weiteren Wahlgutachtens gestellt. Die Beklagte hat die beratungsärztliche Stellungnahme des Radiologen Prof. Dr. P. vorgelegt. Dieser hat im Wesentlichen die Einschätzungen Dr. J.s bestätigt und eine arthrotische Veränderung an beiden Schultern angenommen.

In der mündlichen Verhandlung am 16.05.2013 hat der Kläger auch mehrere Beweisanträge gestellt, darunter jenen, einen radiologischen Wahlarzt mit einer Begutachtung zu beauftragen. In der Sache hat er die Verurteilung der Beklagten zur Feststellung weiterer, genau benannter Unfallfolgen sowie zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v.H. begehrt.

Mit Urteil vom selben Tage hat das SG unter entsprechender Abänderung der angegriffenen Bescheide die Beklagte verurteilt, bei dem Kläger zusätzlich "reizlose Narben im Bereich der rechten Schulter sowie vorübergehend eine endgradige Bewegungseinschränkung der rechten Schulter, eine Auftreibung/chronische Schwellung des SG-Gelenks ohne Druckschmerz sowie geringe impingementartige Beschwerden unter Belastung bei stabiler Gelenkführung des AG-Gelenks bis zum 28.02.2011" festzustellen. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Diese Gesundheitsbeeinträchtigungen waren jene, die der Kläger in seinem Antrag - unbefristet - geltend gemacht hatte.

Die genannten anzuerkennenden Funktionsbeeinträchtigungen hat das SG ausweislich der Urteilsgründe im Wesentlichen dem Gutachten von Dr. G. entnommen. Dieses sei verwertbar. Wie bereits der Anspruch auf Begutachtung durch einen Wahlarzt zeige, sei es zulässig, wenn der behandelnde Arzt zum Sachverständigen ernannt werde. Anhaltspunkte gegen Dr. G.ens Objektivität beständen nicht. Auch hätten sowohl Prof. Dr. I. als auch Dr. F. angenommen, dass der Unfall zumindest eine leichte vorbestehende Veränderung richtunggebend verschlimmert habe. Gegen eine solche Ursächlichkeit des Unfalls könne nicht eingewandt werden, dass bildgebend kein bone bruise und keine Hill-Sachs-Delle hätten festgestellt werden können. Die weiter geltend gemachten Unfallfolgen könnten nicht zugerechnet werden; wie sich auch an der gleichen Entwicklung an der linken Schulter zeige. Zu der zeitlichen Beschränkung der Anerkennung (bis zum 28.02.2011) hat das SG ebenfalls auf die Entwicklung an der anderen Schulter verwiesen: Mit der Operation auch der linken Schulter hätten beide Schultern (wieder) den gleichen Zustand gezeigt wie vor dem Unfall. Die zwischenzeitliche Beschleunigung der Entwicklung rechts sei Ausfluss der richtunggebenden Verschlimmerung durch den Unfall. Zur MdE hat das SG ausgeführt, es könne Dr. F.s Vorschlag einer MdE von 20 v.H. nicht folgen, weil letztlich (nunmehr) auch die linke Schulter eine derartige Einschränkung der Restbeweglichkeit auf 90° aufweise. Diese Einschränkung sei erst im Frühjahr 2011 gemessen worden. Danach lägen zwar für die Zeit nach dem 28.02.2011 Bewegungseinschränkungen vor, die eine MdE von 20 v.H. rechtfertigen könnten. Diese seien jedoch, wie ausgeführt, nicht (mehr) unfallabhängig.

Die Beweisanträge des Klägers hat das SG im Urteil abgelehnt. Der Anspruch auf Begutachtung durch einen Wahlarzt sei durch die Beauftragung Dr. F.s verbraucht. Daran änderten auch die Ausführungen des Klägers nichts, es sei ein radiologisches Gutachten einzuholen. Dies ergebe sich aus der Stellungnahme von Dr. P ... Die weiteren Anträge seien wegen Unerheblichkeit und im Hinblick auf die schon überaus lange Verfahrensdauer abzulehnen.

Gegen dieses Urteil, das seinem Prozessbevollmächtigten am 03.07.2013 zugestellt worden ist, hat der Kläger am 12.07.2013 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Die Beklagte, der das Urteil am 04.07.2013 zugestellt worden ist, hat am 31.07.2013 "(Anschluss-)berufung" eingelegt.

Der Kläger vertieft seinen Vortrag aus erster Instanz. Er hält daran fest, dass auch die Operationen an der rechten Schulter und die daraus entstandenen Folgen sowie die nach seinem Vortrag durchgehend bestehende Impingement-Symptomatik Unfallfolge seien.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 16. Mai 2013 abzuändern und die Beklagte unter weiterer Abänderung des Bescheids vom 26. September 2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. Dezember 2008 zu verurteilen, die in dem Urteil des Sozialgerichts Stuttgart genannten Gesundheitsbeeinträchtigungen auch für die Zeit nach dem 28. Februar 2011 als Folgen des Unfalls vom 17. April 2007 festzustellen sowie eine Verletztenrente nach den gesetzlichen Vorschriften nach einer MdE von 20 v.H. zu gewähren,

sowie

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 16. Mai 2013 abzuändern und die Klage insgesamt abzuweisen,

sowie

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie trägt vor, auch die vom SG zusätzlich genannten Schädigungen seien nicht unfallbedingt. Dr. G. habe in seinem OP-Bericht vom 24.01.2008 das Labrum als völlig intakt beschrieben, ebenso die Sehnen. Als Diagnose habe er ein Impingement rechts bei AC-Arthrose und Acromionsporn gestellt. Es handele sich insgesamt um unfallunabhängige Befunde. Auch die parallel durchgeführte AC-Gelenksresektion betreffe in aller Regel AC-Gelenksarthrosen. Der Kläger habe bei der Vorstellung bei Dr. M. am 03.12.2007 vor allem Beschwerden über dem AC-Gelenk angegeben. Auch die bildgebenden Befunde - das MRT vom 17.04.2007 - zeigten keinerlei Zeichen einer stattgehabten Schulterluxation oder sonstige Zeichen eines akuten Traumas. Worin dann die Schwere des Traumas bestehen solle, auf die sich Dr. F. gestützt habe, lasse sich nicht nachvollziehen. Es sei vielmehr daher schon der Gesundheitserstschaden nicht nachgewiesen. Auch die Entwicklung der linken Schulter zeige erhebliche degenerative Veränderungen. Entgegen den Ausführungen des SG lasse sich auch nicht wegen des Vorseilens der Beeinträchtigungen rechts zeitweise eine Unfallabhängigkeit annehmen, denn der rechte Arm sei Gebrauchsarm.

Der Berichterstatter des Senats hat den Kläger persönlich angehört. Dieser hat dort angegeben und demonstriert, dass links keine Beschwerden mehr vorlägen. Wegen seiner weiteren Angaben wird auf das Protokoll der nichtöffentlichen Sitzung vom 03.12.2013 verwiesen.

Sodann hat der Senat von Amts wegen Dr. L. mit einer Begutachtung des Klägers beauftragt. Dieser Sachverständige hat in seinem Gutachten vom 06.02.2014 ausgeführt, eine Röntgenaufnahme vom 03.02.2014 zeige beidseits korrekt artikulierende Schultergelenke mit beidseits geringem Humeruskopfhochstand und geringgradiger Einengung des subacromialen Raums. Eine degenerative Verschleißerscheinung des Schultergelenks lasse sich nicht nachweisen. Auf den Aufnahmen vom 17.04.2007 sei eine beginnende degenerative Verschleißerkrankung des Schultergelenks rechts zu erkennen, die Rotatorenmanschette weise keine Rissbildung auf. Eine Labrumschädigung lasse sich kernspintomografisch nicht nachweisen. Die weiteren Bilder aus dem Jahre 2011 zeigten eine ähnliche Entwicklung links. Als Unfallfolge anzuerkennen sei - nur - die Prellung des rechten Schultergelenks mit Subluxation des SC-Gelenks sowie Zerrung des AC-Gelenks. Die (zeitweise vorhandenen) degenerativen Verschleißerscheinungen (beider Schultergelenke) mit arthroskopischer subacromialer Dekompression rechts 2008/2009 und links 2011 mit verbliebener geringgradiger Funktionseinschränkung des rechten Schultergelenks (Armhebung rechts seitwärts 160°, vorwärts 170° seien nicht unfallbedingt. Für alle Beeinträchtigungen, einschließlich der nicht unfallbedingten, sei eine MdE von 10 v.H. ab der Arthroskopie im Januar 2008 anzuerkennen. Dr. L. hat auch ausgeführt (S. 17 GA), es sei - nur noch - ein Teil der jetzt noch vorhandenen geringen Funktionseinschränkung des rechten Schultergelenks als Folge des Unfalls vom 17.04.2007 anzuerkennen.

Nachdem die Beklagte eingewandt hat, die letztgenannte Ausführung des Sachverständigen sei nicht nachvollziehbar, hat Dr. L. unter dem 03.04.2014 ergänzend Stellung genommen. Er hat ausgeführt, bei dem Unfall sei es auch zu einer Subluxation des SC-Gelenks gekommen. Dieses Gelenk könne bei der Arthroskopie aus anatomischen Gründen nicht beurteilt werden. Sicher habe die erlittene Prellung keinen Einfluss auf die Funktionseinschränkungen am Schultergelenk, die SC-Subluxation sei jedoch als Ursache für einen Teil der Funktionsbeeinträchtigungen anzusehen. Dies habe auch Prof. Dr. C. so gesehen.

Der Senat hat daraufhin Frist bis zum 30.04.2014 zur abschließenden Stellungnahme gesetzt. Die Beklagte hat eingewandt, Dr. L. habe bei seiner Untersuchung ausgeführt, es lasse sich kein Druckschmerz über dem SC-Gelenk auslösen. Die SC-Gelenks-Subluxation sei konservativ behandelt worden. Der Klägerevertreter hat zunächst nicht reagiert. Unter dem 01.08.2014 hat er dann den Antrag angekündigt, Dr. L. und Dr. F. zur Erläuterung ihrer Gutachten in die mündliche Verhandlung zu laden. Bezüglich der Fragen, die den Sachverständigen zu stellen seien, hat sich der Klägerevertreter später auf Schriftsätze vom 28.02. und vom 15.08.2014 berufen. Nachdem ihn der Senat darauf hingewiesen hatte, dass solche Schriftsätze nicht zur Akte gelangt seien, hat der Klägerevertreter Kopien dieser Schriftsätze am 29.09.2014 eingereicht. Parallel hierzu hat der Kläger persönlich mit Schreiben vom 25.09.2014 den Bescheid des Landratsamts Böblingen als Versorgungsamt für Stuttgart (LRA) vom 18.09.2014 vorgelegt (Feststellung eines Grades der Behinderung von 20 ab dem 11.02.2014 wegen Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks, Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen).

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

Entscheidungsgründe:

1. Die Berufungen beider Seiten sind statthaft ([§ 143 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)), insbesondere waren sie nicht nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) zulassungsbedürftig. Sie sind auch im Übrigen zulässig. Beide Berufungen wurden in der einmonatigen Frist des [§ 151 Abs. 1 SGG](#) ab Zustellung des angegriffenen Urteils eingelegt. Es handelt sich daher auch bei der Berufung der Beklagten um eine selbstständige Berufung und nicht nur um eine Anschlussberufung, die ihre Wirksamkeit verlöre, wenn sich die Berufung des Klägers vor einer Entscheidung des Senats erledigte.

2. Der Senat konnte über die Berufungen beider Seiten entscheiden, ohne weitere Beweisaufnahmen durchführen zu müssen. Insbesondere war es nicht notwendig, Dr. L. und Dr. F. Ergänzungsfragen zu stellen ([§ 118 Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 411 Abs. 4 Satz 1](#) Zivilprozessordnung [ZPO]) oder sie nach [§ 118 Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 411 Abs. 3](#) Zivilprozessordnung (ZPO) zur Erläuterung ihrer Gutachten in die mündliche Verhandlung zu laden. Aus Sicht des Senats ist die Beweisaufnahme abgeschlossen, sodass eine Ladung von Amts wegen ausschied. Dr. L. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 03.04.2014 seine zunächst etwas unklaren Äußerungen, es sei nach wie vor ein geringer Anteil der - ohnehin geringgradigen - Beweglichkeitseinschränkung der Schulter rechts auf die Verletzung des SC-Gelenks zurückzuführen, erläutert. Auch auf Antrag waren die Sachverständigen nicht zu laden. Der Kläger hat seinen diesbezüglichen Antrag in der mündlichen Verhandlung am 08.10.2014 nicht gestellt bzw. nicht aufrecht erhalten.

3. Die Berufung der Beklagten ist teilweise begründet. Nicht alle Gesundheitsschäden, die das SG als dauerhafte oder vorübergehende Unfallfolge eingestuft hat, sind im Rechtssinne auf den Unfall zurückzuführen.

a) Anspruchsgrundlage für einen Anspruch auf behördliche Feststellung bestimmter Unfallfolgen ist [§ 102](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) i.V.m. [§ 36a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV, vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urte. v. 05.07.2011, [B 2 U 17/10 R](#), Juris Rn. 15 ff.). Dieser Anspruch steht neben einer gerichtlichen Feststellung nach [§ 55 Abs. 1 Halbsatz 1 Nrn. 1 oder 3 SGG](#) zur Verfügung; der Versicherte kann zwischen beiden Feststellungsformen wählen (BSG, Urte. v. 15.05.2012, [B 2 U 31/11 R](#), Juris Rn. 17).

b) Diesen Feststellungsanspruch hat die Beklagte mit dem angefochtenen Bescheid vom 26.09.2008 bereits teilweise erfüllt. Sie hat darin im Bereich der rechten Schulter u.a. eine Subluxation des SC-Gelenks und eine Zerrung des AC-Gelenks anerkannt. Abgelehnt hat sie die Anerkennung einer Impingementsymptomatik und einer AC-Gelenksarthrose im rechten Schultergelenk. Über die anerkannten Unfallfolgen hinaus begehrt der Kläger die Anerkennung "reizloser Narben im Bereich der rechten Schulter, einer deutlichen Bewegungseinschränkung der rechten Schulter, einer Auftreibung/chronischer Schwellung des SC-Gelenks ohne Druckschmerz sowie geringer impingementartige Beschwerden unter Belastung bei stabiler Gelenkführung des AG-Gelenks". Auf diese Gesundheitsbeeinträchtigungen hat er seinen Antrag in der mündlichen Verhandlung vor dem SG beschränkt.

c) Der Senat hält davon nur die reizlosen Narben an der rechten Schulter, die durch die Arthroskopie am 24.01.2008 entstanden sind, für eine - dauerhafte - weitere Unfallfolge. Die weiteren Gesundheitsbeeinträchtigungen, die das SG als zeitweilige Unfallfolge eingestuft hat, kann der Senat dagegen nicht auf den Unfall zurückführen, auch nicht vorübergehend. Es kann daher die Rechtsfrage offen bleiben, ob im Falle einer richtunggebenden Verschlimmerung auf Grund einer (degenerativen) Vorschädigung die Anerkennung von Unfallfolgen zeitlich

bis zu dem Punkt beschränkt werden kann, an dem - wahrscheinlich - auch die degenerative Vorschädigung zu dem gleichen Zustand geführt hätte und ob man diesen Zeitpunkt danach bestimmen kann, wann die gleichen Beeinträchtigungen an der anderen Gliedmaße aufgetreten sind.

aa) Die impingementartigen Beschwerden, die der Kläger als dauernde Folge des Unfalls beschreibt, beruhen auf einem degenerativ verursachten Impingement-Syndrom. Eine traumatische Verursachung oder Mitverursachung lag nicht vor, auch nicht im Sinne einer richtunggebenden Verschlimmerung einer vorbestehenden Beeinträchtigung oder Schadensanlage. Bei kritischer Würdigung der ärztlichen Aussagen sprechen insgesamt mehr Indizien dagegen als dafür, dass das Impingementsyndrom, das bei dem Kläger zu der Operation am 24.01.2008 geführt hat, mit einem ausreichend großen Anteil auf den Unfall vom 17.04.2007 zurückzuführen ist.

Der Senat folgt insoweit den Gutachten des Gerichtssachverständigen Dr. L. vom 06.02.2014 und des Behördengutachters Prof. Dr. C. vom 08.09.2008, die der Senat im Wege des Urkundenbeweises verwertet. Auch die weiteren Gutachten sind verwertbar und werden herangezogen. Insbesondere bestehen insoweit gegen das Gutachten von Dr. G. keine Bedenken. Wie das SG zutreffend ausgeführt hat, begründet es allein nicht die Besorgnis der Befangenheit, dass Dr. G. einer der Behandler war; [§ 109 SGG](#) zeigt deutlich, dass auch behandelnde Ärzte Sachverständige sein können. Im Übrigen hat keine Seite in diesem Verfahren den Sachverständigen bislang abgelehnt; dies hätte ohnehin binnen zweier Wochen nach Bekanntgabe des damaligen Beweisbeschlusses des SG geschehen müssen ([§ 406 Abs. 2 ZPO](#)). Anhaltspunkte dafür, dass Dr. G.'s Gutachten inhaltlich ungenügend sei ([§ 412 Abs. 1 ZPO](#)), sieht der Senat nicht.

Prof. Dr. C. hat ausgeführt, für ein unfallbedingtes Impingement, das ggfs. die Arthroskopie am 24.01.2008 verursacht habe, habe es weder nach dem Unfall noch bei der Begutachtung im September 2008 Anhaltspunkte gegeben. In seinem Gutachten hat er auch darauf hingewiesen, dass zwar eine "definitive Aussage über das präoperative Vorliegen einer AC-Gelenksarthrose (und damit einer degenerativen Entwicklung) in Ermangelung präoperativer Röntgenbilder nicht möglich" sei (S. 9 GA). Dagegen hat Dr. L. nicht nur eine traumatische Verursachung verneint, sondern darüber hinaus auch Anhaltspunkte für eine degenerative Verursachung gefunden. Er hat ausgeführt, die genannte OP sowie die weitere Operation am 22.09.2009 hätten ein Impingement in Folge degenerativer Verschleißerscheinungen betroffen. Diese Verschleiß hat er insbesondere aus der Darstellung kleiner Zysten am Ansatz der Supraspinatussehne und einer leichten Auftreibung der Gelenkenden geschlossen (S. 13 GA). Diese Ausführungen erscheinen nachvollziehbar: Beide Ärzte haben u.a. darauf hingewiesen, dass keine derart schweren unmittelbaren Unfallfolgen vorlagen, die ein Impingement-Syndrom hätten verursachen können. Dies trifft zu. Für ein traumatisch bedingtes subacromiales Impingement-Syndrom ist eine Verletzung des AC-Gelenks (Schulterreckgelenks) notwendig (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 521). Eine solche Verletzung hat der Fahrradsturz des Klägers verursacht. Es handelte sich jedoch nur um eine Prellung bzw. eine Zerrung. Von einer (vollständigen oder unvollständigen) Ausrenkung (Luxation, Subluxation) ist dagegen beim AC-Gelenk (anders als beim SC-Gelenk, dem Schlüsselbeingelenk) nicht auszugehen. Dass am AC-Gelenk keine Ausrenkung vorlag, ergibt sich insbesondere aus dem MRT vom Unfalltag selbst. Schon in seinem Zwischenbericht vom 18.06.2007 hatte Prof. Dr. C. diese Bilder entsprechend befundet und insbesondere keine Hinweise für eine Sprengung des AC-Gelenks gefunden. Dem haben sich im Ergebnis auch die weiteren Gutachter in diesem Verfahren angeschlossen. So hat Dr. G. unter dem 16.09.2010 ausgeführt, am Unfalltag habe sich nur eine Zerrung des AC-Gelenks gezeigt, auch am 18.06.2007 sei eine Subluxation nur am SC-Gelenk festgestellt worden. Dr. G. hat lediglich eine "deutliche Veränderung" im Bereich des AC-Gelenks beschrieben und daraus geschlossen, dass "ein Tiefertreten der Clavicula und damit eine Rotation () nahe" liege. Dies stellt im Wesentlichen eine Mutmaßung dar und kann daher nicht gleichermaßen überzeugen. Hierbei ist auch darauf hinzuweisen, dass Dr. G. in dem OP-Bericht vom 24.01.2008 selbst auf eine AC-Gelenksarthrose hingewiesen und diese dann auch in seinem Gutachten nicht in Abrede gestellt hat. Dr. F. hat in seinem Gutachten vom 04.04.2011 ebenfalls ausgeführt, die Röntgenaufnahmen zeigten "keine sichere knöcherne Verletzung", insbesondere keine "Schulterreckgelenksdehinszenz" (Auseinanderweichen der Gelenkpartner, S. 12 GA). Als Traumafolge hat Dr. F. - nur - eine Wasseransammlung (bone bruise) im Schulterkopfbereich und eine "Hill-Sachs-Delle" und einen Einriss des vorderen Labrums gesehen. Das hier genannte Ödem hatte schon Dr. B. der MRT vom Unfalltag entnommen. Dieses war jedoch, wie auch Dr. F. angibt, im Schulterkopfbereich verortet. Dr. B. hat darauf hingewiesen, dass in den gelenkbildenden knöchernen Anteilen der Schulter kein Ödem festzustellen war. Dass bei dem Kläger keine Ausrenkung angenommen werden kann, ergibt sich auch aus dem insoweit ungeeigneten Unfallhergang. Er hat gegenüber den Sachverständigen einen Sturz auf die rechte Seite vorn bei angelegtem Arm angegeben; dies hat er auch bei seiner persönlichen Anhörung am 03.12.2013 ("gestürzt wie ein Sack Kartoffeln", "auf der rechten Schulter aufgekommen") bestätigt. Eine traumatisch bedingte Verrenkung wird jedoch ganz überwiegend durch andere Unfallmechanismen verursacht, unter anderem Stürze auf den nach hinten oder vorn ausgestreckten Arm sowie Hebel- und Drehbewegungen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 515 zur ventralen und S. 516 zur dorsalen Verrenkung). Hiernach kann nicht davon ausgegangen werden, dass die - geringen - traumatischen Schäden am AC-Gelenk eine Ursache für das später aufgetretene Impingement-Syndrom waren.

Hierauf deutet auch der zeitliche Ablauf hin. Unmittelbar nach dem Unfall war noch überhaupt kein Impingement-Syndrom zu erkennen, was darauf hindeutet, dass es erst im Laufe des Jahres 2007 auf Grund der degenerativen Vorschäden symptomatisch geworden ist und dann zu der OP im Januar 2008 geführt hat. Diesen Punkt hat insbesondere auch Dr. F. erwähnt; er hat darauf hingewiesen, nach dem Unfall sei der subacromiale Raum "nicht deutlich eingeengt" gewesen (S. 12 GA). Auf diesen Punkt weist - insoweit in Übereinstimmung mit dem Gutachten von Prof. Dr. I. vom 14.06.2008 - auch Prof. Dr. C. hin, wenn er ausführt, die bildgebenden Befunde unmittelbar nach dem Unfall hätten unter anderem keinen Humeruskopfhochstand ergeben; auch die Bilder aus der Zeit nach der OP zeigten einen solchen nicht und auch keinen Anhalt für die angeführte Impingement-Symptomatik (S. 9 GA). Der Senat weist wegen des zeitlichen Abstands zum Unfall auch darauf hin, dass die Behandlung des Klägers im Juni bzw. Juli 2007 durch Prof. Dr. C. beendet wurde, nachdem "allenfalls minimale" Restbeschwerden verblieben seien (diskrete Instabilität - nur - des rechten SC-Gelenks) und der Kläger im Anschluss in Urlaub war und mehrere Wochen wieder bei seinem Arbeitgeber beschäftigt war, bis er sich - etwa vier Monate später - Ende Oktober 2007 bei Prof. Dr. C. und Dr. F. vorstellte. Zwar gab der Kläger dort durchgehende Beschwerden an, aber eine Behandlung oder ärztliche Feststellung, dass diese Beschwerden zwischen Juni und Oktober 2007 tatsächlich bestanden haben, fehlt.

Aus diesen Gründen kann der Senat auch nicht dem Vorschlag von Dr. G. folgen, der Unfall sei auf eine "asymptomatische Schadensanlage" gestoßen und habe damit zu einer richtunggebenden Verschlimmerung geführt. Ein Unfallereignis kann als Ursache einer Verschlimmerung einer vorbestehenden Erkrankung zu werten sein. Voraussetzung ist jedoch, dass das Unfallereignis auf einen vorbestehenden Gesundheitsschaden einwirkt und diesen in eine geänderte Erscheinungsform bringt, wobei der gesamte Gesundheitsschaden rechtlich zerlegt wird in einen alleine vor dem Unfall bestehenden und den danach gegebenen und durch ihn wesentlich bedingten verschlimmerten Teil. Da nur der letztere Anteil der Verschlimmerung unfallversicherungsrechtlich relevant ist, muss er entsprechend abgrenzbar sein. Es

müsste nach den Grundsätzen der Kausalitätsnorm der rechtlich wesentlichen Ursache mit hinreichender Wahrscheinlichkeit belegbar sein, dass sowohl angesichts des Unfallmechanismus und des Krankheitsverlaufs sowie der übrigen oben benannten Kriterien insgesamt mehr für eine solche Verursachung spricht als dagegen (vgl. im Einzelnen Hessisches Landessozialgericht, Urt. v. 01.02.2013, [L 9 U 41/10](#), Juris Rn. 34). Dies kann hier nicht angenommen werden. Die weitere Entwicklung an der linken Schulter deutet stark darauf hin, dass die degenerativen Veränderungen rechts auch ohne den konkret angeschuldigten Unfall in absehbarer Zeit zu dem symptomatischen Impingement-Syndrom geführt hätten. Es lässt sich auch nicht mit der notwendigen überwiegenden Wahrscheinlichkeit sagen, dass der Unfall die Entwicklung rechts in relevantem Maße beschleunigt hat. Zwar sind die Schäden letztlich mehr als zwei Jahre früher aufgetreten als links. Insoweit hat jedoch die Beratungsärztin Dr. J. mehrfach darauf hingewiesen, dass der rechte Arm des Klägers der Gebrauchsarm ist. Zumindest ein Teil jener Ursachen, die in der medizinischen Literatur als Ursache eines (degenerativ bedingten) Impingements angegeben werden (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 522), hängen auch von der Belastung der jeweiligen Schulter ab (so z.B. der lang andauernde Umgang mit schweren Lasten über Schulterniveau).

bb) Der Kläger macht ferner eine Auftreibung bzw. chronische Schwellung des SC-Gelenks ohne Druckschmerz als Unfallfolge geltend. Eine solche Gesundheitsbeeinträchtigung lag - nach Ausheilung der unmittelbaren, akuten Unfallfolgen - jedoch nicht vor, im Übrigen ist die Verletzung des SC-Gelenks im Bescheid anerkannt. Für die OP am 24.01.2008 waren vor allem die Beschwerden im AC-Gelenksbereich maßgeblich, Beschwerden am SC-Gelenk waren nur noch zeitweise aufgetreten (so Dr. G. in seinem OP-Bericht). In der Folgezeit wurde von Beeinträchtigungen des SC-Gelenks gar nicht mehr berichtet: So fand sich bei der Nachuntersuchung bei Prof. Dr. I. am 02.06.2008 nur noch im Bereich des AC-Gelenks eine "äußerst druckschmerzhaftige Schwellung". Prof. Dr. C. hat in seinem Gutachten (S. 5) berichtet, es bestehe - nur - ein "leichter Vorstand des SC-Gelenks, prominent palpabel. Keine Druckschmerzhaftigkeit". Auch die weiteren Gutachten gehen von einer vorübergehenden Beeinträchtigung am SC-Gelenk aus. Vor diesem Hintergrund muss davon ausgegangen werden, dass die dortigen Beschwerden spätestens nach der Operation im Januar 2008 ausgeheilt waren.

cc) Letztlich kann der Kläger auch nicht die Anerkennung einer "deutlichen Bewegungseinschränkung der rechten Schulter" erreichen, wie er es in der mündlichen Verhandlung vor dem SG beantragt hatte. Die Bewegungsmaße sind gut, die Beweglichkeit nicht eingeschränkt. Hier folgt der Senat den Messungen Dr. L.s im laufenden Jahr (Armhebung rechts seitwärts 160°, vorwärts 170°) und Dr. G.s im Jahre 2009 (Armhebung bis 170° seit- und bis 165° seitwärts). Warum Dr. F. zwischenzeitlich deutlich schlechtere Werte gemessen hatte, ist nicht erklärlich. Der Senat zweifelt daran, dass die Bewegungseinschränkungen des Klägers derart stark schwanken.

dd) Dagegen stuft der Senat die "reizlosen Narben", die bei dem Kläger auf Grund der Arthroskopie bei Dr. G. am 24.01.2008 entstanden sind, als mittelbare Unfallfolge nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 1](#), 3 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch [SGB VII] ein.

Nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 1](#) und 3 SGB VII sind Folgen eines Versicherungsfalles auch solche Gesundheitsschäden oder der Tod eines Versicherten, die durch die Durchführung einer Heilbehandlung nach dem SGB VII oder durch Maßnahmen wesentlich verursacht wurden, welche zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalles angeordnet wurden. Eine Zurechnung nach dieser Vorschrift ist auch dann geboten, wenn sich später herausstellt, dass in Wirklichkeit kein Versicherungsfall vorlag. In diesem Rahmen ist es jedoch nach der ständigen Rechtsprechung des BSG weiterhin vonnöten, dass der Träger oder seine Leistungserbringer gegenüber dem durch die Verrichtung einer bestimmten versicherten Tätigkeit Versicherten durch (festgestellte) Handlungen den Anschein begründet haben, die Behandlungs- oder Untersuchungsmaßnahme erfolge zur Behandlung von Unfallfolgen oder zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalles oder einer Unfallfolge. Zur Feststellung dieses Anscheins ist jedoch nicht auf den subjektiven Willen des Versicherungsträgers oder seiner Leistungserbringer abzustellen. Es ist auch nicht etwa eine ausdrückliche Erklärung eines Leistungserbringers gegenüber dem Versicherten über den Zweck der Behandlung oder gar die innere Intention des Leistungserbringers zu fordern. Vielmehr beurteilt sich die Frage, ob sich eine medizinische Maßnahme als Durchführung einer Heilbehandlung oder als Maßnahme zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalles durch den Versicherungsträger darstellt, danach, wie der Versicherte ein dem Träger zuzurechnendes Verhalten bei verständiger Würdigung der objektiven Gegebenheiten zum Zeitpunkt ihrer Durchführung verstehen kann und darf (vgl. zu allem Vorstehenden BSG, Urt. v. 15.05.2012, [B 2 U 31/11 R](#), Juris Rn. 24 ff., 29). Dieses Verständnis entspricht den allgemeinen Rechtsgrundsätzen über den Erklärungswert rechtserheblicher Handlungen, denen zufolge bei empfangsbedürftigen Erklärungen auf den objektiven Horizont des Empfängers abzustellen ist (vgl. [§ 157](#) Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]).

Der Senat geht hiernach davon aus, dass aus Sicht des Klägers die OP bei Dr. G. am 24.01.2008 der Behandlung oder der Aufklärung von Unfallfolgen diene. Der Kläger hatte sich ab Oktober 2007 wegen fortbestehender Beschwerden bei Prof. Dr. C., Dr. F. und Dr. M. vorgestellt, die er auf den Unfall zurückführte. Die Ärzte waren sich uneins darin, ob eine OP sinnvoll sei. Dass die Beschwerden eindeutig nicht auf den Unfall, sondern auf eine andere Ursache zurückzuführen seien, haben die Ärzte dem Kläger vor der OP nicht deutlich gemacht. Dr. G. selbst hat die OP - nach seiner zunächst inneren Einschätzung - auch in Bezug auf die Unfallfolgen durchgeführt. Dies hat er in seinem späteren Gutachten vom 16.09.2010 selbst deutlich gemacht, indem er dort ausgeführt hat, die OP sei "unfallbedingt unbedingt" notwendig gewesen. Diesen Punkt hat auch Dr. F. bestätigt, wenngleich er einzelne der operativen Maßnahmen kritisch sah. Im Übrigen wurde im MRT-Bericht von 17.04.2007 ein Labrumriss bei Z. n. Schulterluxation beschrieben, dessen Refixation von Prof. Dr. C. im Zwischenbericht vom 31.10.2007 angeregt wurde. Hinzuwiesen ist auch darauf, dass nach Aktenlage die Beklagte die Kosten der fraglichen OP getragen hat. Dies ergibt sich daraus, dass Dr. G. bzw. das N.-Krankenhaus am 30.01.2008 eine Aufnahmeanzeige und einen Kostenübernahmeantrag an die Beklagte gerichtet hatten und eine Ablehnungsentscheidung nicht vorliegt. Der Kläger bezog in jener Zeit noch Verletztengeld von der Beklagten bzw. befand sich anschließend zu deren Lasten in einer Belastungsproben. Dass sich - nach Ansicht des Senats - bei der OP des Klägers keine fortbestehenden Unfallfolge gezeigt haben, ändert an dieser Einstufung nichts.

ee) Weitergehende Gesundheitsbeeinträchtigungen auf Grund der zweiten Arthroskopie im Jahre 2009, so sie vorliegen, sind dagegen nicht mehr, auch nicht mittelbar, auf den Unfall zurückzuführen. Nach Aktenlage wurde diese OP nicht auf Veranlassung der Beklagten durchgeführt, auch hatte der Operateur Dr. E. davor keinen Kontakt zur Beklagten. Bei jener OP wurden dann auch ausschließlich die Folgen der fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen, insbesondere die Schädigung der Rotatorenmanschette bzw. ihrer Sehnen, behandelt.

c) Vor diesem Hintergrund kann der Kläger das erstinstanzliche Urteil nur insoweit verteidigen, als darin die reizlosen Narben als dauerhafte Unfallfolge anerkannt worden sind. Im Übrigen war der Berufung der Beklagten stattzugeben.

4. Entsprechend war die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

a) Da bei dem Kläger die vom SG zeitweise anerkannten Unfallfolgen gar nicht zuzusprechen sind, besteht auch kein Anspruch auf eine entsprechende Feststellung auf Dauer.

b) Eine Verletztenrente nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1, Satz 2 SGB VII](#) kann der Kläger nicht verlangen. Dies gilt unabhängig davon, ob weitere Unfallfolgen anzuerkennen sind. Selbst dann - und daher erst recht, wenn nur die Beeinträchtigungen unfallbedingt sind, die z.B. auch Dr. L. als fortbestehend eingestuft hat - beträgt die MdE des Klägers weniger als 10 v.H. und liegt daher deutlich niedriger als eine MdE von 20 v.H., die für einen Anspruch auf Verletztenrente erforderlich wäre. Maßgeblich sind insoweit die verbliebenen Bewegungsmaße. Bei dem Kläger liegen nach den Messungen bei Dr. G. und Dr. L., die der Senat zu Grunde legt, Restbeugefähigkeiten von deutlich mehr als 120° vor, sodass allein hieraus nicht einmal eine MdE von 10 v.H. abgeleitet werden könnte. Erst eine Bewegungseinschränkung vorwärts und seitwärts von 90° und weniger würde eine MdE von 20 v. H. bedingen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 523). Auch in der Zeit vor den Begutachtungen durch Dr. L. und Dr. G. war die Beweglichkeit der rechten Schulter jedenfalls nicht für einen längeren Zeitraum auf 90° oder weniger eingeschränkt. So wurden bei der Nachuntersuchung durch Dr. M. im November 2007 Bewegungsmaße von 180° bei Flexion und Abduktion gemessen. Im Anschluss an die Operation vom 24.01.2008 verschlechterte sich zwar die Beweglichkeit massiv, bildete sich jedoch bis zur Begutachtung durch Prof. Dr. C. im September 2008 zurück (vorwärts und seitwärts jeweils 160°).

5. Die Entscheidung über die Kosten beider Instanzen beruht auf [§ 193 SGG](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-10-27