L 3 U 4757/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 10 U 224/11
Datum
13.09.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 U 4757/13
Datum
21.01.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 13. September 2013 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Klägers sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung streitig.

Der am 24.08.1946 geborene Kläger verunfallte am 08.10.2009 während seiner beruflichen Tätigkeit als Monteur, indem er aus circa acht Metern Höhe auf den Boden einer Reitanlage stürzte. Nach dem ärztlichen Entlassungsbericht des Dr. A., Leiter der Chirurgischen Ambulanz des Universitätsklinikums B., vom 12.10.2009 wurde der Kläger wegen einer Fraktur des Ramus Ossis pubis links und einer Schulterprellung links vom 08.10.2009 bis zum 12.10.2009 stationär behandelt. Am 28.10.2009 wurde durch den Radiologen Dr. C. eine Magnetresonanztomographie der linken Schulter durchgeführt. In dem daraufhin erstellten undatierten Arztbrief wurde eine Ruptur der Supraspinatussehne sowie eine "wahrscheinlich" traumatisch bedingte Läsion der Insertion der Infraspinatussehne ohne Nachweis einer vollständigen Ruptur beziehungsweise eines Abrisses beschrieben. Differentialdiagnostisch wurden eine traumatische Prellung beziehungsweise eine aktivierte Arthrose des Schultergelenkes (AC-Gelenk) beschrieben. Ferner wurde von einer deutlichen Einengung des subacromialen Raumes bei caudalen Anbaureaktionen ausgegangen. Sodann erfolgte ausweislich des Zwischenberichts des Dr. D., Chefarzt der Unfallchirurgie des E.Krankenhauses und der St. F.-Klinik B., vom 23.11.2009 im Rahmen einer stationären Maßnahme vom 20.11.2009 bis zum 23.11.2009 eine Arthroskopie des linken Schultergelenkes mit offener Rotatorenmanschettenrekonstruktion. Diagnostiziert wurde eine frische Rotatorenmanschettenruptur links. Es erfolgte am 01.02.2010 erneut eine Magnetresonanztomographie der linken Schulter. Dr. C. führte in seinem Arztbrief vom 02.02.2010 aus, es sei eine erhaltene Kontinuität der refixierten Supraspinatussehne anzunehmen, wobei sich einzelne gelenkseitige Defektbildungen der Sehne zeigten. Es hätten sich erhebliche umgebende entzündliche Veränderungen im subacromialen Raum, im Bereich des AC-Gelenkes im Sinne einer aktivierten Arthrose sowie im Weichteilgewebe oberhalb des M. deltoideus gezeigt. Zusätzlich bestehe ein deutliches Knochenmarködem des Tuberculum majus als Reizzeichen der knöchernen Strukturen. Die Weiterbehandlung erfolgte in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen. Sodann erfolgte im ASR-Rehabilitationszentrum Mannheim eine arbeitsplatzspezifische Rehabilitationsmaßnahme vom 24.06.2010 bis zum 30.07.2010. In dem Testbericht vom 24.06.2010 wurde unter anderem ausgeführt, der Kläger sei dreimal sechs Sprossen einer Leiter auf- und wieder abgestiegen, das freie Stehen auf dem letzten Holm sei möglich gewesen. Im ASR-Abschlussbericht vom 30.07.2010 wurde unter Beifügung von Fotos ausgeführt, der Kläger habe beim Modul "Dach" mehrmals eine Dachschräge besteigen und beim Modul "Leiter" mehrmals auf eine Leiter, dreimal sechs Sprossen, steigen können. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in rentenberechtigendem Maße verbleibe nicht. Daraufhin führte die Beklagte mit Bescheid vom 25.08.2010 aus, Verletztenrenten werde bis zum 30.08.2010 gewährt. Am 14.09.2010 erfolgte eine erneute Magnetresonanztomographie des linken Schultergelenkes. Der Radiologe Dr. G. führte in seinem Arztbrief vom 17.09.2010 aus, hauptbefundlich liege eine ausgeprägte narbig adhäsive infraacromiale Weichteilveränderung bei Tendinose der Supraspinatussehne und eine im Ansatzbereich diskrete oberflächliche Reizung vor.

Der Neurologe, Psychiater und Psychotherapeut Dr. H. führte in seinem Befundbericht vom 10.09.2010 aus, beim Kläger liege eine spezifische (isolierte) Phobie in Form einer Höhenangst sowie eine Anpassungsstörung mit leicht depressiver Reaktion vor. Aus psychiatrischer Sicht sei die Höhenangst durchaus gut als Folge des Dachsturzes erklär- beziehungsweise verstehbar. Daraufhin erfolgte am

22.09.2010 eine Vorstellung beim Psychologischen Dienst der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen. Dipl.-Psych. Q. führte in dem Befundbericht vom 04.10.2010 aus, nach Genesung sei es dem Kläger wieder möglich gewesen, auf eine Leiter zu steigen. Im Prinzip sei er arbeitsfähig, solange er nicht auf einem Dach arbeiten müsse. Es wurde dargelegt, es liege eine zum depressiven Pol hin verschobene emotionale Stimmungsfähigkeit vor. Im Mittelpunkt stehe eine phobische Reaktion in Form einer singulären Phobie, hier Höhenangst vor dem Laufen auf einem Dach. Die Evaluation in der Ergotherapie habe erbracht, dass der Kläger ohne Weiteres eine siebenstössige Leiter besteigen können und dort auch in der Höhe mit beiden Armen bis zur Decke greifen können, ohne dass eine innere Unruhe sichtbar geworden sei. Aus psychiatrischer Sicht sei der Kläger nur auf dem Boden einsetzbar. Es werde vorgeschlagen, mit dem Berufshelfer zum Arbeitgeber zu fahren, um auf diversen Flachdächern in einer Höhe von circa sechs Metern die Höhenangst stärker zu spezifizieren und dementsprechend therapeutische Maßnahmen abzuleiten. Mit diesem Vorschlag erklärte sich der Kläger auf telefonische Anfrage der Beklagten vom 07.10.2010 nicht einverstanden. Im weiteren Verlauf führte Dr. H. unter dem 18.10.2010 aus, der Kläger erlebe sich immer deprimierter und herabgestimmter. Im psychologischen Querschnittsbefund habe sich ein insgesamt mittelschweres depressives Erleben, am ehesten als Ausdruck einer Anpassungsstörung, gezeigt.

Mit Bescheid vom 21.10.2010 führte die Beklagte aus, der Kläger habe keinen Anspruch auf eine Rente. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit werde bis zum 30.08.2010 anerkannt. Als Unfallfolgen wurden "nach Bruch des linken Schambeines und Abriss der Sehne unterhalb der linken Schulterblattgräte: Bewegungseinschränkung und belastungsabhängige Beschwerden im Bereich der Schulter" festgestellt. Ferner wurde ausgeführt, der Schambeinbruch sei ohne wesentliche Folgen verheilt. Unfallunabhängig bestünden degenerative Veränderungen im Bereich der linken Schulter.

Hiergegen legte der Kläger am 27.10.2010 Widerspruch ein. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 16.12.2010 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 20.01.2011 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben.

Das SG hat zunächst die den Kläger behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen gehört.

Der Orthopäde und Unfallchirurg Dr. K. hat unter dem 19.08.2011 ausgeführt, die Supraspinatusruptur könne unter bestimmten Bedingungen durchaus durch den Arbeitsunfall bedingt sein.

Dr. H. hat mit Schreiben vom 06.09.2011 dargelegt, der Kläger habe angegeben, dass sich nach dem Arbeitsunfall eine erhebliche, für ihn gänzlich untypische Höhenangst entwickelt habe. Mit Entwicklung dieser Ängste sei es zudem zum Auftreten einer allgemeinen Herabgestimmtheit, einer affektiven (emotionalen) Unausgeglichenheit und zu deutlichen Schlafstörungen gekommen. Bedingt durch diese Höhenangst habe sich ein insgesamt leicht depressives Erleben entwickelt, welches als Ausdruck einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion zu bewerten gewesen sei. Aufgrund der Höhenangst sei der Kläger nicht mehr in der Lage gewesen, in größeren Höhen zu arbeiten. Beim Vorstellungstermin am 17.01.2011 habe der Kläger angegeben, es gehe ihm insgesamt besser, insbesondere habe die psychotherapeutische Behandlung bei Dipl.-Psych. L. sehr gut geholfen. Die Höhenangst habe sich zwar gebessert, sei allerdings immer noch vorhanden. Bei der Vorstellung am 23.08.2011 habe der Kläger angegeben, die Höhenangst habe sich inzwischen deutlich gebessert. Er könne geringere Höhen durchaus wieder tolerieren und gehe wieder einer vollzeitigen Beschäftigung nach. Hinsichtlich der Höhenangst habe die psychotherapeutische Behandlung gut geholfen. Die Stimmung habe sich in den vergangenen Monaten eher wieder verschlechtert. Er fühle sich insgesamt unausgeglichener, teilweise angespannt und auch häufig gereizt. Das Schlafen habe sich wieder etwas verschlechtert. Als möglichen Auslöser habe der Kläger das unklare weitere Vorgehen bezüglich seiner Schulterproblematik genannt. Dr. H. ist zu der Einschätzung gelangt, eine MdE um 20 vom Hundert (v. H.) habe aufgrund der unfallbedingten Höhenangst von circa September 2010 bis circa Januar 2011 vorgelegen. Durch die deutliche Besserung der Symptomatik unter der entsprechenden psychotherapeutischen Behandlung bestehe aktuell noch eine MdE von unter 10 v. H. Die Anpassungsstörungen mit jeweils depressiver Reaktion bedingten keine MdE.

Der Chirurg Dr. Bornemann hat in seiner Auskunft vom 19.09.2011 unter Vorlage diverser ärztlicher Befundberichte dargelegt, der Kläger leide an chronischen Belastungsschmerzen der linken Schulter, einer unüberwindbaren Höhenangst und einer depressiven Reaktion.

Dr. C. hat unter dem 13.01.2012 ausgeführt, die stattgehabte Ruptur der Rotatorenmanschettensehnen sei wohl traumatischer Genese. Daneben liege eine mittelgradige Arthrose des Schultergelenks mit aktivierten Reizzeichen sowie eine Peritendinitis der proximalen Bizepssehne ohne Hinweis auf eine Läsion der Sehne selbst vor.

Dipl.-Psych. L. hat in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 13.03.2012 ausgeführt, der Kläger sei bei ihm seit 18.11.2010 anfangs wöchentlich, später zweiwöchentlich, in psychotherapeutischer Behandlung. Der Kläger leide an einer mittelschweren depressiven Episode und einer phobischen Störung. Er könne sich nicht mehr auf Dächern, speziell ohne äußere Begrenzung, aufhalten. Die depressive Reaktion sei im Zusammenhang mit der Schockwirkung des Arbeitsunfalls, den Schmerzen im Schulterbereich und gegebenenfalls einer anstehenden Operation sowie dem Verlust der Arbeit, finanziellen Problemen, dem Verlust der Tagesstrukturierung durch die Arbeit, Zukunftsängsten, Schlafstörungen und zwanghaftem Grübeln als begleitende Symptome entstanden. Der Kläger sei nach wie vor nicht in der Lage, anfallende Arbeiten auf dem Dach zu verrichten.

Wegen anhaltender Schulterbeschwerden hat sich der Kläger bei Prof. Dr. M. vorgestellt, der in seinem Durchgangsarztbericht vom 12.07.2012 im Bereich der linken Schulter eine nahezu freie Beweglichkeit mit leichtem Anteversions- und Abduktionsdefizit von circa 15 Grad befundet und wegen einer Entzündung der langen Bizepssehne eine Arthroskopie mit Tenodesse derselben vorgeschlagen hat. Sodann ist beim Kläger am 24.09.2012 in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums B. eine arthroskopische Bursektomie, subacromiale Dekompression und partielle Synovektomie am linken Schultergelenk, eine Tenotomie der linken Bizepssehne sowie eine Resektion von Osteophyten, Bandanteilen und Bandresten des linken Schultergelenks durchgeführt worden.

Das SG hat von Amts wegen das Gutachten des Orthopäden Dr. N. vom 21.01.2013 eingeholt. Der Sachverständige hat dargelegt, der Bruch des linken Schambeines sei ohne bedeutsamen Dauerschaden ausgeheilt. Unfallbedingt liege eine Teilerreißung der Rotatorenmanschette links in Verbindung mit einem nicht verschobenen Bruch durch die Basis des Tuberculum majus links vor. Die anhaltende schmerzhaft

Bewegungsstörung in der linken Schulter sei in wesentlicher Weise durch den Arbeitsunfall verursacht worden. Die MdE hierfür betrage 25 v. H. Die Vorhebung reiche bis 90 Grad. Dies werde mit einer MdE um 20 v. H. bewertet. Die weiteren Bewegungen seien aber zum Teil noch gravierender eingeschränkt. Eine konzentrische Bewegungseinschränkung um die Hälfte liege allerdings nicht vor. Diese noch ausgeprägtere Bewegungseinschränkung würde mit einer MdE um 30 v. H. bewertet werden. Es sei nun ein Dauerzustand eingetreten. Fiktive Arbeitsunfähigkeit habe bis zum 31.08.2010 bestanden.

Zum Gutachten des Dr. N. hat die Beklagte eingewandt, die Begutachtung habe bereits sieben Wochen nach arthroskopischer Revision des linken Schultergelenks stattgefunden. Es sei daher fraglich, ob nach dieser kurzen postoperativen Phase ohne Abschluss der Nachbehandlung in Form von Physiotherapie eine gesicherte und auf Dauer gerichtete Befunderhebung und MdE-Bewertung möglich sei. Daraufhin hat Dr. N. in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 03.04.2013 ausgeführt, nachdem sieben Wochen postoperativ keine eindeutige Besserung zu verzeichnen sei, sei die Wahrscheinlichkeit einer künftigen deutlichen Verbesserung gering. Die Wahrscheinlichkeit einer künftigen Verschlechterung aufgrund fortschreitender Verwachsungen und Vernarbungen sei mindestens gleich hoch. Dr. O. hat in der beratungsrätlichen Stellungnahme vom 03.05.2013 die Ansicht vertreten, die noch vorhandenen Beschwerden seien überwiegend durch unfallunabhängige Veränderungen bestimmt.

Sodann hat das SG von Amts wegen das Gutachten des Prof. Dr. P., Zentrum für Schulter- und Ellenbogenchirurgie, vom 10.07.2013 eingeholt. Der Sachverständige hat dargelegt, unfallbedingt liege eine Schambeinfraktur links und eine Läsion der Supraspinatussehne der Rotatorenmanschette links vor. Im Bereich der oberen Extremitäten sei jetzt noch eine Narbenbildung, eine Muskelminderung, eine endgradige aktive Bewegungseinschränkung und Kraftminderung der linken Schulter nach operativ versorgter Läsion der Rotatorenmanschette gegeben. Derzeit sei die unfallbedingte MdE durch die Gesundheitsstörungen im Bereich der linken Schulter mit 10 v. H. einzuschätzen. Es sei anzunehmen, dass für die drei Monate nach der Operation eine MdE um 30 v. H. und bis zum Ablauf von sechs Monaten nach dem Eingriff eine MdE um 20 v. H. nach einer operativen Rekonstruktion der Rotatorenmanschette eingetreten sei. Durch die Schulterverletzung allein sei eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit nach dem Eingriff an der Rotatorenmanschette maximal für sechs Monate zu begründen. Die darüber hinaus bestehende Arbeitsunfähigkeit sei auf die übrigen Verletzungen, nach den Aufzeichnungen in erster Linie auf eine Höhenphobie, die dem Kläger die vor der Verletzung ausgeführte Tätigkeit nicht mehr ermöglicht habe, zurückzuführen.

Mit Urteil vom 13.09.2013 hat das SG die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 21.10.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.12.2010 verurteilt, dem Kläger für die Zeit vom 31.08.2010 bis zum 31.01.2011 Verletztenrente nach einer MdE um 20 v. H. zu gewähren, und hat die Klage im Übrigen abgewiesen. Es hat zur Begründung ausgeführt, in Bezug auf die Höhenangst sei der Auskunft des Dr. H. zu folgen. Insbesondere ergebe sich aus dem ASR-Bericht lediglich, dass der Kläger auf Leitern und an der Decke arbeiten können. Nach den für glaubhaft erachteten Ausführungen des Klägers in der mündlichen Verhandlung sei dort kein Test auf Dächern in realistischer Höhe unternommen worden. Bereits Dr. H. habe in seiner Auskunft beschrieben, dass der Kläger nicht in der Lage sei, in größeren Höhen zu arbeiten und dass sich die Angst bereits bei einer Höhe ab wenigen Metern gezeigt habe. Es sei nachvollziehbar, dass beim Besteigen einer Leiter mit sechs Stufen noch keine Ängste aufgetreten seien. Auch hinsichtlich der Besserung der Höhenangst ab Ende Januar 2011 sei der Auskunft des Dr. H. zu folgen. Da bis zum 30.08.2010 unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe, bestehe der Anspruch auf Verletztenrente erst ab 31.08.2010. Nach den Erfahrungswerten werde bei einer begrenzten und für die Arbeitswelt wenig bestimmenden isolierten Phobie eine MdE um 10 v. H. angenommen und wenn sich die Phobie auf zentrale Situationen der allgemeinen Arbeitswelt oder mehrere bedeutsame, begrenzte Arbeitssituationen auswirkten, mit bis zu 30 v. H. bewertet. Danach stoße es auf keine Bedenken, wenn eine Phobie vor dem Arbeiten auf höheren beziehungsweise schlecht einsehbaren Dächern mit einer MdE um 20 v. H. bewertet werde. Das Arbeiten in Höhen und auf Dächern komme auf dem Arbeitsmarkt nach allgemeiner Lebenserfahrung gerade in der Baubranche häufiger vor, so dass die MdE höher als bei einer Flugangst zu bewerten sei. Andererseits sei dem Kläger ausweislich des Berichts über die ASR-Maßnahme ein Arbeiten in geringer Höhe durchaus möglich gewesen, so dass der bis zu einer MdE um 30 v. H. reichende Spielraum nicht auszureizen sei. In Bezug auf die Schulterproblematik sei dem Gutachten des Prof. Dr. P. zu folgen. Dieser habe schlüssig und gut nachvollziehbar, gestützt auf die Bewegungsmaßnahme der Schulter und unter Bezugnahme auf die in der Gutachtensliteratur beschriebenen Erfahrungswerte, die zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung bestehende MdE mit 10 v. H. eingeschätzt. Für die Zeit ab 31.08.2009 habe keine MdE um mehr als 10 v. H. wegen der Schulterproblematik bestanden. Dies folge zunächst aus dem Bericht der ASR-Maßnahme, in welchem noch davon ausgegangen worden sei, dass keine MdE verbleiben werde und der Kläger in der Lage gewesen sei, die Schulter bei Hebewebewegungen einzusetzen. Für die Zeit nach dem 12.07.2012 habe zwar ein Zustand der Schulter vorgelegen, der eine MdE in rentenberechtigendem Bereich rechtfertigen würde. Darin sei Dr. N. zu folgen, welcher den Zustand der Schulter am 14.11.2012 begutachtet habe. Der Einschätzung des Dr. N., dass dieser Zustand bereits seit dem 01.09.2012 vorgelegen habe, sei nicht zu folgen. Zunächst sei die Auffassung von Dr. O. und Prof. Dr. P., dass kurze Zeit nach einer Operation noch kein Endzustand erreicht sei und vor dem Hintergrund des Berichts vom 12.07.2012 sogar zeitweise ein schlechterer Zustand als vorher vorgelegen habe, gut nachvollziehbar. Ebenso hätten Dr. O. und Prof. Dr. P. überzeugend dargelegt, dass die zweite Operation nicht aufgrund der Unfallfolgen erforderlich gewesen sei, da sich die bei der ersten Operation wieder hergestellte Sehne durchgängig intakt gezeigt habe. Diese Einschätzung werde gestützt durch die Ausführungen des Klägers in der mündlichen Verhandlung, dass die neuerliche Operation nach Auskunft seines Orthopäden aufgrund eines Engpasses in der Schulter erforderlich gewesen sei, welcher dazu geführt habe, dass die Sehne ständig durch Reibung gereizt worden sei. Mangels knöcherner Verletzungen sei es auszuschließen, dass dieser Engpass durch den Unfall entstanden sei. Daher könne die zwischenzeitlich erfolgte Verschlechterung nach der zweiten Operation, die wie von Dr. O. und Prof. Dr. P. angenommen nicht unfallbedingt notwendig gewesen sei, nicht auf den Erstschaaden oder die Unfallfolgen zurückgeführt werden.

Gegen das Urteil des SG, das der Beklagten am 07.10.2013 und dem Kläger am 09.10.2013 zugestellt worden ist, haben die Beklagte am 05.11.2013 und der Kläger am 06.11.2013 Berufung eingelegt.

Die Beklagte ist der Ansicht, für eine rentenberechtigende MdE wegen Höhenangst sei keine ausreichende Basis vorhanden. Die Diagnose einer Höhenangst beruhe ausschließlich auf subjektiven Angaben. Objektive Hinweise oder Ergebnisse hierzu fehlten. Der im Bericht vom 04.10.2010 vorgeschlagenen Verifizierung habe der Kläger nicht zugestimmt. Daher blieben die Angaben des Klägers ungeprüft so stehen. Im ASR-Bericht vom 24.06.2010 sei das freie Stehen auf dem letzten Holm einer Leiter möglich gewesen, was einer angegebenen Höhenangst schon bei geringer Höhe entgegen stehe. Ferner gebe der ASR-Bericht vom 30.07.2010 weitere Aufschlüsse. Danach habe das Modul "Dach" absolviert werden können, wobei die konkrete Dachhöhe aus dem beigefügten Foto nicht hervorgehe. Auch habe das Modul "Leitersteigen" mit dreimal sechs Sprossen bewältigt werden können, wobei auf dem beigefügten Foto eine mindestens 14-sprossige Leiter

zu sehen sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 13. September 2013 aufzuheben, die Klage abzuweisen und die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 13. September 2013 abzuändern, die Beklagte unter weiterer Abänderung des Bescheides vom 8. Oktober 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Dezember 2010 zu verurteilen, ihm Verletztenrente über den 31. Januar 2011 hinaus zu gewähren, und die Berufung der Beklagten zurückzuweisen, hilfsweise ein Gutachten einzuholen in Bezug auf die MdE des Klägers in Höhe von mindestens 20 v. H. durchgehend seit dem Unfall.

Der Kläger vertritt die Ansicht, die Schulterverletzungen seien mindestens mit einer MdE um 20 v. H. zu bewerten. Das SG habe völlig überraschend ausgeschlossen, dass der inzwischen eingetretene Engpass in der Schulter durch den Arbeitsunfall entstanden sei. Hierfür gebe es keine Grundlage.

Der Senat hat Dr. Bornemann unter dem 13.03.2014 schriftlich als sachverständigen Zeugen gehört. Dieser hat über die von ihm durchgeführte Behandlung berichtet.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß §§ 143 und 144 Sozialgericht (SGG) statthaften und nach [§ 151 Abs. 2 SGG](#) form- und fristgerechten Berufungen der Beteiligten sind auch im Übrigen zulässig. Jedoch ist nur die Berufung der Beklagten, nicht aber die Berufung des Klägers begründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist die Abänderung des Urteils des SG vom 13.09.2013, aus Sicht der Beklagten insoweit, als sie verurteilt worden ist, dem Kläger Verletztenrente für die Zeit vom 31.08.2010 bis zum 31.01.2011 zu gewähren, und aus Sicht des Klägers insoweit, als seine auch auf die Gewährung einer Verletztenrente über den 31.01.2011 hinaus und die dementsprechende Abänderung des Bescheides der Beklagten vom 08.10.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.12.2010 gerichtete kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1, Abs. 4 SGG](#) abgewiesen worden ist.

Rechtsgrundlage für die Gewährung einer Verletztenrente ist [§ 56](#) in Verbindung mit [§ 72](#) und [§ 8](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII).

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern ([§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#)). Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Bei Verlust der Erwerbsfähigkeit wird Vollrente geleistet; sie beträgt zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes ([§ 56 Abs. 3 Satz 1 SGB VII](#)). Bei einer MdE wird Teilrente geleistet; sie wird in der Höhe des Vomhundertsatzes der Vollrente festgesetzt, der dem Grad der MdE entspricht ([§ 56 Abs. 3 Satz 2 SGB VII](#)).

Renten werden an Versicherte von dem Tag an gezahlt, der auf den Tag folgt, an dem der Anspruch auf Verletzengeld endet oder, wenn kein Anspruch auf Verletzengeld entstanden ist, der Versicherungsfall eingetreten ist ([§ 72 Abs. 1 SGB VII](#)).

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit ([§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Versicherte Tätigkeiten sind auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit ([§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#)).

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ist für einen Arbeitsunfall im Regelfall erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls einer versicherten Tätigkeit zuzurechnen (innerer beziehungsweise sachlicher Zusammenhang) ist sowie diese Verrichtung wesentlich ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) verursacht (Unfallkausalität) und das Unfallereignis wesentlich einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht (haftungsbegründende Kausalität) hat (BSG, Urteil vom 31.01.2012 - [B 2 U 2/11 R](#) - juris Rz. 16 unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 29.11.2011 - [B 2 U 10/11 R](#) - juris; BSG, Urteil vom 18.01.2011 - [B 2 U 9/10 R](#) - juris; BSG Urteil vom 18.11.2008 - [B 2 U 27/07 R](#) - juris). Für die Gewährung einer Verletztenrente ist erforderlich, dass aufgrund des Gesundheitserstschadens länger andauernde und mit einer rentenberechtigenden MdE zu bewertende Unfallfolgen - Gesundheitsdauerschaden - entstanden sind (haftungsausfüllende Kausalität). Bei der Bemessung der MdE handelt es sich um eine tatsächliche Feststellung, die das Tatsachengericht nach [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSG, Urteil vom 23.04.1987 - [2 RU 42/86](#) - juris).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweismäßigkeit der Tatsacheninstanzen bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, die die Tatbestandsmerkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitsschaden" erfüllen sollen im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (BSG, Urteil vom 31.01.2012 - [B 2 U 2/11 R](#) - juris Rz. 17 unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 02.04.2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - juris). Es gelten die allgemeinen Regeln der materiellen Beweislast. Danach trägt derjenige, der ein Recht - hier Feststellung eines Arbeitsunfalls - für sich beansprucht, nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten der Ermittlung die materielle Beweislast für das Vorliegen der tatsächlichen Voraussetzungen dieses

Rechts (BSG, Urteil vom 31.01.2012 - [B 2 U 2/11 R](#) - juris Rz. 28 unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 18.11.2008 - [B 2 U 27/07 R](#) - juris; BSG, Urteil vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - juris).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze steht fest, dass die beim Kläger verbliebenen Unfallfolgen ab dem 31.08.2010 keine MdE um 20 v. H. bedingen und somit der Kläger keinen Anspruch auf die Gewährung von Verletztenrente hat.

Der Kläger hat zwar am 08.10.2009 einen Arbeitsunfall erlitten. Das Arbeiten auf dem Dach einer Reitanlage ist seiner versicherten Tätigkeit als Monteur zuzurechnen und hat seinen Aufprall aus circa acht Metern Höhe auf den Boden und damit ein zeitlich begrenztes, von außen auf seinen Körper einwirkendes Ereignis wesentlich verursacht, wodurch nach dem Gutachten des Prof. Dr. P. mit der Schambeinfraktur links und der Läsion der Supraspinatussehne der Rotatorenmanschette links ein Gesundheitserstschaden wesentlich verursacht worden ist. In wesentlich ursächlichem Zusammenhang hierzu stehen nach den Berichten des Dr. H., Dipl.-Psych. Q. und Dipl.-Psych. L. die sich im Anschluss an dieses Ereignis entwickelte Höhenangst und nach dem Gutachten des Prof. Dr. P. als Gesundheitsdauerschäden im Bereich der oberen Extremitäten eine Narbenbildung, eine Muskelminderung sowie eine endgradige aktive Bewegungseinschränkung und Kraftminderung der linken Schulter nach operativ versorgter Läsion der Rotatorenmanschette.

Die Höhenangst bedingt nach der Überzeugung des Senats nur eine MdE um 10 v. H. für die Zeit seit Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit am 31.08.2010 bis zum 31.01.2011.

Zwar ist es dem Kläger während der im ASR-Rehabilitationszentrum Mannheim vom 24.06.2010 bis zum 30.07.2010 absolvierten arbeitsplatzspezifischen Rehabilitationsmaßnahme nach dem ASR-Testbericht vom 24.06.2010 und dem ASR-Abschlussbericht vom 30.07.2010 möglich gewesen, dreimal sechs Sprossen einer Leiter auf- und wieder abzusteigen, frei auf dem letzten Holm zu stehen und mehrmals eine Dachschräge zu besteigen.

Dass sich aber die vom Kläger unfallbedingt entwickelte Höhenangst zum damaligen Zeitpunkt noch nicht folgenlos zurückgebildet hat, ergibt sich für den Senat aus den überzeugenden Ausführungen des den Kläger nervenärztlich behandelnden Dr. H. in seinem Befundbericht vom 10.09.2010, der immer noch von einer spezifischen (isolierten) Phobie in Form einer Höhenangst ausgegangen ist. Auch Dipl.-Psych. Q., bei dem sich der Kläger sodann vorgestellt hat, hat in dem Befundbericht vom 04.10.2010 ausgeführt, dass der Kläger zum damaligen Zeitpunkt nur unter der Bedingung, nicht auf einem Dach arbeiten zu müssen, arbeitsfähig gewesen ist. Auch nach seiner Auffassung hat damals noch eine phobische Reaktion in Form einer singulären Phobie, hier Höhenangst vor dem Laufen auf einem Dach, im Mittelpunkt gestanden. Trotz Kenntnis der Angaben in den ASR-Berichten hat auch Dipl.-Psych. Q. den Kläger aus psychiatrischer Sicht nur auf dem Boden für einsetzbar erachtet. Für überzeugend erachtet der Senat auch die Einschätzung des Dr. H. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 06.09.2011, wonach der Kläger nach dem Arbeitsunfall eine erhebliche, für ihn gänzlich untypische Höhenangst entwickelt hat, weswegen er nicht mehr in der Lage gewesen ist, in größeren Höhen zu arbeiten.

Dass sich diese Höhenangst im Laufe des Januars 2011 gebessert hat, entnimmt der Senat ebenfalls den Angaben des Dr. H. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 06.09.2011, wonach der Kläger beim Vorstellungstermin am 17.01.2011 angegeben hat, dass die psychotherapeutische Behandlung bei Dipl.-Psych. L. sehr gut geholfen und sich die Höhenangst gebessert hat. Beim Vorstellungstermin am 23.08.2011 hat der Kläger nach den Ausführungen des Dr. H. sogar angegeben, dass sich die Höhenangst inzwischen deutlich gebessert hat, so dass er geringere Höhen durchaus wieder tolerieren kann und wieder einer vollzeitigen Beschäftigung nachgeht. Auch der Kläger hat konstatiert, dass die psychotherapeutische Behandlung hinsichtlich der Höhenangst gut geholfen hat. Diese Angaben haben für den Senat mehr Gewicht als diejenigen des Dipl.-Psych. L., der in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 13.03.2012 ausgeführt hat, der Kläger sei wegen seiner phobischen Störung nach wie vor nicht in der Lage, anfallende Arbeiten auf dem Dach zu verrichten.

Diese Höhenangst hat aber nach der Überzeugung des Senats entgegen der Ansicht des SG nur eine MdE um 10 v. H. bedingt. Unter Heranziehung der unfallmedizinischen Fachliteratur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Nr. 5.1.16, S. 158) handelt es sich bei der Höhenangst des Klägers noch nicht um eine mit einer MdE bis 30 v. H. zu bewertende Phobie bei zentralen Situationen der allgemeinen Arbeitswelt oder mehreren bedeutsamen, begrenzten Arbeitssituationen, sondern nur um eine mit einer MdE bis 10 v. H. zu bewertende Phobie bei eng begrenzten und für die Arbeitswelt wenig bestimmenden Situationen. Denn dem Kläger ist trotz seiner Angststörung das Besteigen von Leitern zumutbar und auch möglich gewesen. Eine Beeinträchtigung durch die Angststörung in Bezug auf die Arbeitswelt des Klägers hat also lediglich insofern bestanden, als er nicht in der Lage gewesen ist, auf Dächer zu steigen und dort zu arbeiten. Diese Einschränkung ist daher aus Sicht des Senats mit einer MdE um 10 v. H. - und nicht wie von Dr. H. vorgeschlagen mit einer MdE um 20 v. H. - zu bewerten. Die Begründung des SG, darauf anzustellen, dass das Arbeiten in Höhen und auf Dächern auf dem Arbeitsmarkt nach allgemeiner Lebenserfahrung gerade in der Baubranche häufiger vorkomme, so dass die MdE höher als bei einer Flugangst zu bewerten sei, folgt der Senat schon deshalb nicht, da es eben gerade nicht auf die spezielle berufliche Tätigkeit des Klägers, sondern auf seine Einschränkung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ankommt.

Über die Höhenangst hinaus liegt auf psychiatrischem Fachgebiet kein weiterer wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführender rentenberechtigender Gesundheitsdauerschaden vor.

Zwar haben Dr. H. in seinem Befundbericht vom 10.09.2010 eine Anpassungsstörung mit leicht depressiver Reaktion und Dipl.-Psych. Q. in dem Befundbericht vom 04.10.2010 eine zum depressiven Pol hin verschobene emotionale Stimmungsfähigkeit beschrieben. Ferner haben Dr. H. unter dem 18.10.2010 ein insgesamt mittelschweres depressives Erleben sowie in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 06.09.2011 die Entwicklung eines leichten depressiven Erlebens in Form einer allgemeinen Herabgestimmtheit, einer affektiven (emotionalen) Unausgeglichenheit und deutlicher Schlafstörungen und Dipl.-Psych. L. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 13.03.2012 eine mittelschwere depressive Episode beschrieben.

Selbst wenn man aber die Ansicht vertreten wollte, diese depressive Entwicklung stehe mit dem Arbeitsunfall in einem wesentlich ursächlichen Zusammenhang - wogegen aber schon die Ausführungen des Dipl.-Psych. L. sprechen, wonach die depressive Reaktion auch im Zusammenhang mit der anstehenden Operation sowie dem Verlust der Arbeit, finanziellen Problemen, dem Verlust der Tagesstrukturierung durch die fehlende Arbeit, Zukunftsängsten, Schlafstörungen und zwanghaftem Grübeln als begleitende Symptome zu sehen ist - so resultiert hieraus jedenfalls keine relevante Funktionsbeeinträchtigung, so dass die auf psychiatrischem Fachgebiet

bestehende MdE um 10 v. H. nicht zu erhöhen wäre. Auch Dr. H. ist zu der Ansicht gelangt, dass die Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion keine MdE bedingt. Dem folgt der Senat. Im Übrigen sind Teile dieses Erkrankungsbildes der bereits mit einer MdE um 10 v. H. zu bewertenden Höhenangst zuzurechnen.

Die Bewegungseinschränkungen in der linken Schulter bedingen nach der Überzeugung des Senats seit Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit am 31.08.2010 ebenfalls nur eine MdE um 10 v. H.

Der Senat stützt sich dabei für die Zeit bis zu der durch Dr. N. am 14.11.2012 erfolgten gutachterlichen Untersuchung auf den ASR-Abschlussbericht vom 30.07.2010, in dem dargelegt worden ist, dass der Kläger in der Lage gewesen ist, die Schulter bei Hebebewegungen einzusetzen, so dass keine MdE verbleiben werde. Auch Prof. Dr. M. hat bei seiner Nachuntersuchung am 12.07.2012 eine nahezu freie Beweglichkeit der linken Schulter mit nur leichtem Abduktions- und Anteversionsdefizit von 15 Grad bei gut ausgebildeter schulterstabilisierender Muskulatur beschrieben. Für die Zeit ab dem 14.11.2012 sind zwar in dem Gutachten des Dr. N. rentenberechtigende Bewegungsmaße dokumentiert. Der von ihm erhobene Zustand der Schulter ist aber nicht wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall, sondern auf die am 24.09.2012 stattgehabte Arthroskopie, die ihrerseits nicht wegen der Folgen des Arbeitsunfalls, sondern wegen degenerativer Schäden durchgeführt worden ist, zurückzuführen. Dies haben Dr. O. und Prof. Dr. P. überzeugend dargelegt, indem sie darauf hingewiesen haben, dass sich die beim Arbeitsunfall gerissene und durch die erste Operation wieder hergestellte Sehne bei der Arthroskopie durchgängig intakt gezeigt hat. Dass diese Arthroskopie auch nicht zur Abklärung von Folgen des Arbeitsunfalls durchgeführt worden ist, ergibt sich aus den Angaben des Klägers in der mündlichen Verhandlung des SG, wonach diese Arthroskopie nach Auskunft seines Orthopäden aufgrund eines - mangels knöcherner Verletzungen seinerseits nicht als unfallbedingt anzusehenden - Engpasses in der Schulter erforderlich gewesen ist. Dass die Einengung des subacromialen Raumes unfallunabhängig ist, wird durch den knapp drei Wochen nach dem Arbeitsunfall erhobenen magnetresonanztomographischen Befund, der den Engpass schon damals beschrieben hat, belegt. Ferner ergeben sich weder aus dem von Prof. Dr. M. am 13.07.2012 erhobenen Befund noch aus dem Operationsbericht vom 02.10.2012 Anhaltspunkte für ein operatives Vorgehen im Zusammenhang mit den Unfallfolgen. Diagnose und Therapie haben sich vielmehr auf unfallunabhängige Gesundheitsstörungen bezogen. Daher sind für die MdE-Bewertung seit Eintritt der Arbeitsfähigkeit nicht die von Dr. N., sondern die von Prof. Dr. P. erhobenen Bewegungsmaße heranzuziehen. Die in dem überzeugenden Gutachten des Prof. Dr. P. sorgfältig erhobenen Befunde, insbesondere die von ihm mit einem Rück-/Vorführen und einem An-/Abspreizen von passiv bis 180 Grad und aktiv 160 beziehungsweise 150 Grad dokumentierten Bewegungsmaße, rechtfertigen aber unter Heranziehung der in der unfallmedizinischen Fachliteratur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Nr. 8.4.7, S. 523) dargelegten Erfahrungswerte allenfalls unter zusätzlicher Berücksichtigung der geklagten Schmerzen eine MdE um 10 v. H.

Unter Berücksichtigung der Einzel-MdE um 10 v. H. für die Höhenangst und der Einzel-MdE um 10 v. H. für die Bewegungseinschränkungen in der linken Schulter lässt sich nach Ansicht des Senats keine rentenberechtigende Gesamt-MdE um mindestens 20 v. H. rechtfertigen. Diese beiden Einzel-MdE-Werte sind nicht zu addieren. Vielmehr ist das Gesamtbild aller Funktionseinschränkungen mit einem MdE-Wert im Ganzen zu würdigen, wobei die Einzel-MdE-Werte nicht schematisch zusammengerechnet werden dürfen. Entscheidend ist eine integrierende Gesamtschau der Gesamteinwirkungen aller Funktionseinschränkungen auf die Erwerbsfähigkeit (BSG, Urteil vom 15.03.1979 - [9 RVs 6/77](#) - juris). In aller Regel ist die Gesamt-MdE niedriger als die Summe aller Einzel-MdE-Werte (zum Ganzen: Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, § 56, Rz. 10.6; Ricke in Kasseler Kommentar, Stand Mai 2014, [§ 56 SGB VII](#), Rz. 23; Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Nr. 3.6.3, S. 103; Benz in SGB 2009, S. 699). Anhaltspunkte dafür, ausnahmsweise eine Addition vorzunehmen, sieht der Senat vorliegend nicht, zumal die mit einer MdE um jeweils 10 v. H. zu bewertenden Funktionseinschränkungen recht gering sind und es sich auch nicht um sich gegenseitig verstärkende Gesundheitsstörungen handelt (vergleiche BSG, Urteil vom 13.12.2000 - [B 9 V 8/00 R](#) - juris).

Mithin hat der Kläger keinen Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente.

Nach alledem war auf die Berufung der Beklagten das Urteil des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen sowie die Berufung des Klägers zurückzuweisen. Auch dem Hilfsantrag des Klägers, ein weiteres Gutachten einzuholen, musste der Erfolg versagt bleiben. Der Kläger hat bereits keinen prozessordnungsgemäßen Beweisantrag gestellt. Zu den Mindestvoraussetzungen zählen u.a. die Benennung der Tatsachen, die bewiesen werden sollen (Beweisthema) und die Formulierung des Beweisergebnisses (BSG, Beschluss vom 30.08.2002 - [B 13 Rj 125/02 B](#) - juris). Der Kläger hat schon ein Beweisthema nicht benannt. Weder wurde ausgeführt, auf welchem Fachgebiet ein Gutachten eingeholt werden soll, noch wurde angegeben, zum Beweis welcher Gesundheitsstörungen und daraus resultierender Funktionsbeeinträchtigungen eine Begutachtung für erforderlich gehalten wird. Damit ist der Hilfsantrag bereits unzulässig. Im Übrigen hat die Aktenlage dem Senat eine ausreichende Basis für die MdE-Beurteilung geboten. Ein Gutachten auf psychiatrischem Fachgebiet wäre, da sich die Höhenangst schon im Januar 2011 gebessert hat, nicht zielführend. Auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet liegen bereits die Gutachten von Dr. N. und Prof. Dr. P. und damit ausreichende Befunde vor. Weitere Ermittlungen sind daher nicht erforderlich.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-01-31