L 1 U 3130/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 11 U 1274/11
Datum
02.07.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 1 U 3130/13
Datum
14.07.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung des Klägers wird die Beklagte unter Abänderung des Urteils des Sozialgerichts Konstanz vom 02.07.2013 und des Bescheides der Beklagten vom 26.03.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.06.2009 verurteilt, eine posttraumatische Arthrose mit Kraftminderung und Bewegungseinschränkungen an der linken Schulter als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 02.05.1996 anzuerkennen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte hat 1/5 der außergerichtlichen Kosten des Klägers beider Rechtszüge zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 02.05.1996. Er hat mit Schreiben vom 09.08.2007 einen Überprüfungsantrag samt gleichzeitigem Verschlimmerungsantrag gestellt und vertritt die Auffassung, es seien weitere Unfallfolgen anzuerkennen und mit den bereits anerkannten Unfallfolgen mit einem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 25 v.H. zu bemessen.

Der am 06.07.1937 geborene Kläger, zum Unfallzeitpunkt Verkaufsleiter der Firma W.AG, D., erlitt am 02.05.1996 um etwa 12.40 Uhr auf dem Weg zum Friseurbetrieb eines Kunden als Fahrer eines PKW-Mercedes einen Verkehrsunfall, bei dem er sich eine Schulterverletzung links und eine Knieverletzung rechts zuzog. Im Durchgangsarztbericht vom 20.05.1996 beschrieb der Chirurg Dr. W. im Bereich des Kniegelenks rechts einen leichten Bewegungs-, Belastungs- und Druckschmerz ohne äußere Verletzungszeichen bei peripher intakter Durchblutung, Motorik und Sensibilität. Bei stabilem Bandapparat bestünden weder Bursabeteiligung, noch Meniskuszeichen. Im Bereich der linken Schulter beschrieb er das Fehlen äußerer Verletzungszeichen, zudem bestehe keine Schwellung oder Fehlstellung. Die Haut sei intakt, die Beweglichkeit in allen Ebenen schmerzbedingt aufgehoben bei peripher intakter Durchblutung, Motorik und Sensibilität. Auf dem Röntgenbild der linken Schulter fand er keine Luxationszeichen und keinen Anhalt für eine frische knöcherne Verletzung, auf dem des rechten Knies keinen Anhalt für frische knöcherne Verletzung. Es bestehe eine alte abgeheilte Patellafraktur. Er diagnostizierte eine Schulterprellung links und eine Knieprellung rechts. Der Kläger wurde stationär in das Städtische Krankenhaus Pfullendorf aufgenommen. Oberarzt Dr. A. beschrieb als Vertreter des Chefarztes Dr. W. im Zwischenbericht vom 13.05.1996 eine leichte Subluxationsstellung des linken Schultergelenkes mit Verdacht auf Läsion der Rotatorenmanschette. In der Röntgenaufnahme des rechten Kniegelenks fand er am oberen rechten Patellapol eine ca. 1 cm mal 2 cm große knöcherne abgerundete Struktur und interpretierte diese als Hinweis auf eine alte Patellafraktur. Dem Kläger selbst sei kein Trauma in diesem Bereich erinnerlich. Im Befund beschrieb er eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit im Bereich des linken Schultergelenks bei intakter peripherer Neurologie und Durchblutung sowie einen Druckschmerz präpatellar rechts am oberen äußeren Pol. Im Übrigen bestünden keine weiteren äußeren Verletzungszeichen. Er diagnostizierte eine Subluxation der linken Schulter, eine Knieprellung rechts und einen Zustand nach alter Patellafraktur rechts. Am 03.05.1996 wurde der Kläger aus dem Krankenhaus entlassen.

Die ambulant weiterbehandelnden Chirurgen Dres. K./H. beschrieben in ihrem Nachschaubericht vom 06.05.1996 (Bl. 5 Verwaltungsakte der Beklagten - VA) im Bereich des rechten Knies eine diskrete Kapselschwellung bei freier Beweglichkeit und stabilem Bandapparat. Nach Abnahme des Gilchrist-Verbandes an der linken Schulter sei die aktive Schulterbeweglichkeit dort fast vollständig aufgehoben; passiv seien 90 ° Beweglichkeit möglich gewesen.

Am 13.05.1996 beschrieb der Radiologe Privatdozent Dr. Dr. J. (Bl. 25 Verwaltungsakte der Beklagten - VA) im MRT-Befund der linken Schulter eine weitgehende Kontinuitätsunterbrechung der Sehnen des Musculus supraspinatus, infraspinatus und subscapularis. Es bestehe eine Einengung des subacromialen Raumes durch konsekutiven Humeruskopfhochstand und im Liegen zusätzlich eine Subluxation des

Humeruskopfes nach dorsal. In den gelenknahen Bursen beschrieb er deutliche Flüssigkeitsansammlungen bei regelrechtem Befund des Labrum glenoidale. Die Darstellung der langen Bizepssehne im Sulcus fehle. Er beschrieb darüber hinaus einen ausgedehnten Gelenkerguss und eine mäßige degenerative Auftreibung des AC-Gelenks und beurteilte dies als ausgedehnte Rotatorenmanschettenruptur mit weitgehendem Abriss der Sehnen von Musculus supraspinatus, infraspinatus und subscapularis und als Abriss der langen Bizepssehne.

In der Sportklinik S., wo der Kläger vom 29.05. bis zum 10.06.1996 in stationärer Behandlung war, wurde am 30.05.1996 unter der Diagnose einer traumatischen hinteren Schultersubluxation mit kompletter Rotatorenmanschettenzerreißung, einer dorsalen Kapselruptur und traumatischen Bizespssehnenluxation links eine Schulteroperation durchgeführt (OP-Bericht vom 31.05.1996, Bl. 30 VA). Neben einer diagnostischen Arthroskopie wurde eine offene hintere Kapselnaht, eine transossäre Rekonstruktion der Rotatorenmanschette sowie eine Bizepssehnentenodese durchgeführt.

Anschließend befand sich der Kläger vom 11.06. bis zum 25.06.1996 und dann wieder vom 10.07. bis zum 23.07.1996 zur Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme in stationärer Behandlung in der Rehabilitationsklinik S ... Im Untersuchungsbefund vom 26.06.1996 (Bl. 33 VA) wurde eine freie Beweglichkeit der unteren Extremitäten bis auf eine leichte Innenrotationseinschränkung des linken Hüftgelenkes beschrieben; im Untersuchungsbefund vom 09.07.1996 (Bl. 66 f. VA) sind keine Angaben über Beschwerden der unteren Extremitäten enthalten. Allerdings hat der Kläger im April 2002 eine ärztliche Bescheinigung der Rehabilitationsklinik S. vom 30.04.2001 zur Akte des SG-Verfahrens S 6 U 1766/99 (dort Bl. 245) gereicht, wonach während des stationären Aufenthalts vom 11.06. bis zum 25.06.1996 wegen rechtsseitiger Kniegelenksbeschwerden ab dem 14.06.1996 tägliche Okklussionsverbände mit Voltaren Emulgel durchgeführt worden seien.

Weder im Nachschaubericht des Dr. H. vom 26.07.1996 noch in dessen Zwischenbericht vom 14.08.1996 (Bl. 101 VA) noch im Zwischenbericht der Sportklinik vom 21.08.1996 (Bl. 112 VA) kamen Kniegelenksbeschwerden rechts zur Darstellung.

Mit Bescheid vom 26.09.1996 gewährte die Beklagte dem Kläger Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. als vorläufige Rente in Form einer Gesamtvergütung für den Zeitraum vom 02.09.1996 bis zum 28.02.1997. Als Folgen des Arbeitsunfalls vom 02.05.1996 erkannte sie einen durch offene hintere Kapselnaht versorgten rückwärtigen Kapselriss, eine über den Knochen rekonstruierte Rotatorenmanschette und eine knöchern fixierte Bizepssehne nach traumatischer hinterer Schulterteilausrenkung mit kompletter Rotatorenmanschettenzerreißung und Abriss der langen Bizepssehne links an (Bl. 128 VA) und lehnte die Anerkennung eines Zustandes nach Kniescheibenmehrfachbruch rechts ab.

Am 01.10.1996 erstattete der Chirurg Dr. H. ein Erstes Rentengutachten und berichtete, der Kläger habe über eine über den Tag zunehmende Schmerzsymptomatik im Bereich der linken Schulter, vorwiegend nach körperlicher Belastung, geklagt. Er sei auf eine regelmäßige Einnahme von Schmerzmedikamenten nicht angewiesen. Unfallfolgen seien eine konsolidierte traumatische hintere Schultersubluxation links mit kompletter Rotatorenmanschettenzerreißung, dorsaler Kapselruptur und einer traumatischen Bizepssehnenluxation links, eine funktionelle Einschränkung des aktiven und passiven Bewegungsumfanges der linken Schulter, eine reizfreie Operationsnarbe an der linken Schulter, eine Minderung der groben Kraft an der linken Schulter sowie glaubhafte subjektive Beschwerden und die röntgenologisch beschriebenen Veränderungen. Die MdE schätzte er mit 20 v.H. seit Wiederaufnahme der Arbeit am 01.09.1996 bis zum 01.03.1997 ein, danach mit 10 v.H.

Am 26.01.1997 erlitt der Kläger einen privaten Skiunfall mit Sturz auf die rechte Schulter und traumatischer Schulterluxationsfraktur rechts mit knöcherner Aussprengung des vorderen unteren Pfannenrandes (Bankart-Fraktur), wie er unter dem 19.03.2002 im SG-Verfahren S 6 U 1766/99 berichtete.

Am 26.02.1997 beantragte der Kläger die Weitergewährung der Rente mit der Begründung, es bestehe weiterhin eine entschädigungspflichtige MdE. Mit Nachschaubericht vom 03.04.1997 teilte Dr. H. mit, der Kläger habe beim Unfall vom 02.05.1996 u.a. ein Kniegelenkstrauma rechts erlitten. Es seien konservative Behandlungsmaßnahmen erfolgt. Zwischenzeitlich habe weitgehende Beschwerdefreiheit bestanden. Jetzt bestünden seit einer Woche akut Schmerzen und eine Weichteilschwellung. Röntgenologisch bestünden fraglich Hinweise auf eine alte Fraktur. Unfallunabhängig bestünden degenerative Veränderungen, vorwiegend am medialen Gelenkspalt. Im MRT-Befund vom 15.04.1997 berichtete der Radiologe Privatdozent Dr. Dr. J. (Bl. 194 VA) von deutlichen zentralen Degenerationen von Pars intermedia und Innenmeniskushinterhorn mit komplexen Ausläufern in die Gelenkflächen. Die Ausdehnung der degenerativen Rupturen betrage ca. 25 mm. Innenmeniskus-Vorderhorn und Außenmeniskus seien intakt. Er beurteilte den erhobenen Befund als eine hochgradige Verschmächtigung und Elongation des vorderen Kreuzbandes bei Zustand nach alter Teilruptur. Ferner bestünden ausgeprägte degenerative Einrisse von Pars intermedia und Hinterhorn des Innenmeniskus mit medialer Begleitsynovitis, zudem eine umschriebene laterale Chondropathie Grad III bis IV.

Am 29.04.1997 teilte Dr. K. (Bl. 202 VA) den Befund der am 29.04.1997 vorgenommenen Arthroskopie des rechten Kniegelenkes mit. Das vordere Kreuzband habe weitgehend vollständig gefehlt. Es müsse sich um eine alte Ruptur mit Reduktion des Bandes handeln. Das hintere Kreuzband sei stabil gewesen. Am Innenmeniskus hätten eine erhebliche Degeneration, Maceration und tiefe Einrisse bestanden. Auch der Außenmeniskus sei degenerativ verändert gewesen. Es sei eine subtotale Innenmeniskusresektion durchgeführt worden. Aufgrund des arthroskopischen Befundes sei ein Unfallzusammenhang mit dem Arbeitsunfall vom Mai 1996 nicht wahrscheinlich. Der Operationsbericht vom 29.04.1997 (Bl. 89 der SG-Akte S 6 U 1766/99) nennt die Diagnosen "Innenmeniskusdegeneration rechts; Gonarthrose" und beschreibt medial eine beginnende Degeneration des Knorpels ohne klinische Relevanz. Im Histologiebefund des Dr. M. vom 02.05.1997 (a.a.O. Bl. 88) wird ausgeführt, die mechanisch-traumatisch bedingten bis mäßiggradigen meniskusmantelkantenbetonten degenerativen Parenchymveränderungen würden auf ein länger andauerndes chronisches Trauma hinweisen, ohne dass Anhaltspunkte für eine mäßiggradige, floride, spezifische oder rheumatoide Entzündung, eine Stoffwechselerkrankung oder malignes Wachstum bestanden hätten. Es bestünden deutliche mantelkantenbetonte Einrisse und Auffassungen neben dem Bild einer asbestartigen Faserung sowie einer herdförmigen, mucoiden Degeneration.

Im Rentengutachten vom 15.07.1997 teilte der Chirurg und Chefarzt Dr. W. mit, der Kläger habe über eine deutliche Kraftminderung im Bereich der linken Schulter berichtet. Die Schmerzbeschwerden, welche sonst nur bei extremer Belastung aufträten, nähmen im Laufe des Arbeitstages zu. Er beschrieb einen flüssigen Gang des Klägers. Die Schultermuskulatur links sei im Vergleich zur rechten Seite geringfügig verringert. Nach der Schulteroperation bestünden eine aktive und passive Bewegungseinschränkung, eine reizlose Operationsnarbe und

eine Verminderung der groben Kraft an der linken Schulter mit glaubhaften Beschwerden. Unfallfolgen seien auch im Röntgenbefund beschriebene degenerative Veränderungen im Sinne einer Periarthritis humero-scapularis links. Die MdE schätzte er vom 01.03. bis zum 12.06.1997 mit 20 v.H. und darüber hinaus mit 15 v.H. ein.

Mit Bescheid vom 27.10.1997 anerkannte die Beklagte als Folge des Arbeitsunfalls an der linken Schulter die Verschmächtigung der Schultergürtelmuskulatur, eine endgradige Einschränkung der Schultergelenksbeweglichkeit, eine Verkalkungskonfiguration in Projektion auf den großen Höcker des Oberarmkopfes und einen geringen Hochstand des Oberarmkopfes und gewährte die Rente nach der MdE um 20 v.H. weiter bis zum 30.06.1997. Nicht anerkannt wurden ein Zustand nach Kniescheibenmehrfachbruch rechts und degenerative Veränderungen im Bereich des rechten Kniegelenkes sowie eine Schulteroperation rechts.

Dagegen erhob der Kläger Widerspruch mit dem Begehren, die Rente über den Wegfallzeitpunkt hinaus weiter zu gewähren sowie die bisher unbeachtet gebliebenen Kniebeschwerden weiter zu überprüfen und als Unfallfolge anzuerkennen.

Dr. P. teilte der Beklagten mit Stellungnahme vom 24.03.1998 mit, der Kläger habe ihm gegenüber angegeben, am 02.05.1996 einen Autounfall erlitten zu haben, bei welchem er sich eine Schulterverletzung der linken Schulter und eine Distorsion des rechten Knies zugezogen habe. Er habe seit April 1997 nach Belastungen Schmerzen und eine Schwellungsneigung im rechten Knie, danach sei auch ein Instabilitätsgefühl aufgetreten. Am 29.04.1997 sei eine Meniskusteilresektion durchgeführt worden. Dr. P. kam zu dem Ergebnis, der Unfall sei geeignet gewesen, ein vorderes Kreuzband zu zerreißen, sodass es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um die Folge des Arbeitsunfalls handle. Weitere Arbeitsunfallfolgen seien die vordere Instabilität des rechten Knies mit medialem Meniskusschaden und retropatellarer Chondropathie und eine Schulterverletzung links. Am 02.02.1998 sei eine Arthroskopie und vordere Kreuzbandersatzplastik am rechten Knie durchgeführt worden.

Zu der Schulterverletzung äußerte sich auf Veranlassung der Beklagten der behandelnde Chirurg/Unfallchirurg Prof Dr. H.mit gutachterlicher Stellungnahme vom 20.05.1998 dahingehend, dass die MdE seit 30. Juli 1996 20 v.H. betrage und von einem Endzustand auszugehen sei. Die Beklagte zog das Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse bei. Der Kläger reichte ein ärztliches Attest des vorbehandelnden Chirurgen Dr. K. vom 09.10.1998 zur Beklagtenakte (Bl. 286 VA), wonach die rechtsseitige Kniegelenksverletzung wegen einer schweren Schultergelenksverletzung links nicht weiterverfolgt worden sei, zumal die klinische Symptomatik an diesem Gelenk diskret gewesen sei. Es sei möglich, dass im Rahmen des doch erheblichen Verkehrsunfalls die Kreuzbandverletzung entstanden sein könne. Erfahrungsgemäß könnten auch frische Kreuzbandverletzungen sehr diskret verlaufen und klinisch zunächst nicht auffällig in Erscheinung treten.

Die Beklagte veranlasste hierauf eine beratungsärztliche Stellungnahme durch Prof. Dr. W., Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik T., welche dieser am 14.04.1999 und 26.07.1999 erstattete. Er sah eine Verletzung des rechten Kniegelenks, insbesondere eine Ruptur des vorderen Kreuzbands, im Rahmen des Unfalls zwar nicht als sehr wahrscheinlich an, weil äußere Prellmarken am rechten Kniegelenk nicht hätten festgestellt werden können und die Verletzung soweit ausgeheilt sei, dass der Kläger im Januar 1997 wieder Ski fahren konnte und sich hierbei ein Skiunfall mit Verletzung der Schulter zugezogen habe. Dessen Angaben hinsichtlich der Instabilität am rechten Kniegelenk seien jedoch schlüssig, der Innenmeniskusschaden könne als Folge der bestehenden Instabilität des rechten Kniegelenks angesehen werden, die auch bei der klinischen Untersuchung nachzuvollziehen sei. Eine Ruptur des vorderen Kreuzbands durch das Unfallereignis sei nicht auszuschließen. Nachdem eine vordere Kreuzbandverletzung bei einem Pkw-Unfall grundsätzlich möglich sei und laut Arthroskopiebericht von Dr. P. eine ältere vordere Kreuzbandruptur bestanden habe, erscheine es ihm nicht anders möglich, als dem Gutachten von Dr. P. hinsichtlich der Anerkennung des vorderen Kreuzbandrisses am rechten Knie als Unfallfolge zu folgen. In der Gesamtschau mit der Verletzung im Bereich der linken Schulter schätzte er die MdE auf 15 v.H.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30.08.1999 (Bl. 352 VA) gab die Beklagte dem Widerspruch teilweise statt und änderte den Bescheid vom 27.10.1997 insoweit ab, als sie den Riss des vorderen Kreuzbandes am rechten Knie als zusätzliche Unfallfolge anerkannte. Im Übrigen wies sie den Widerspruch mit der Begründung zurück, auch unter Berücksichtigung der weiteren Unfallfolge bestehe über den 30.06.1997 hinaus keine MdE in einem rentenberechtigenden Grade mehr.

Dagegen wandte sich der Kläger mit seiner am 27.09.1999 beim Sozialgericht Konstanz (SG) erhobenen Klage (S 6 U 1766/99), mit der er Verletztenrente nach einer MdE um wenigstens 20 v.H. über den 30.06.1997 hinaus begehrte. Die Beklagte trat der Klage entgegen und legte im Verlauf des Verfahrens Stellungnahmen ihres Beratungsarztes Prof. Dr. B., Arzt für Chirurgie, vom 22.03.2001, 16.12.2001, 06.07.2002 und 07.11.2002 vor. Das SG erhob ein Gutachten bei Prof. Dr. S., Unfallchirurg/Plastische Chirurgie, welches dieser am 18.02.2000 erstattete und in welchem er die MdE für die Schulterbeschwerden mit 10 v.H. bewertete. Danach holte es eine sachverständige Zeugenaussage des behandelnden Chirurgen Dr. K. vom 15.03.2000 ein, wonach der Kläger am 03.04.1997 von seit einer Woche bestehenden spontanen rechtsseitigen Kniegelenksbeschwerden mit Anlaufschmerzen und Schwellneigung berichtet habe. Bei der Erstbefundung am 03.05.1996 hätten sich äußerlich im Bereich des rechten Kniegelenks keine Verletzungszeichen gefunden. Es habe eine diskrete Kapselschwellung ohne Ergussbildung bestanden, ferner ein Überstreckungsschmerz und Druckschmerz des medialen Abschnittes, jedoch keine sichere Bandinstabilität. Am 10.05.1996 habe er eine Zunahme der Beschwerden im rechten Kniegelenk mit jetzt feststellbarem Hämatom der Kniekehle festgestellt, zudem eine leichte Weichteilschwellung medial. Über dem medialen und lateralen Gelenkabschnitt habe ein Druckschmerz bestanden, ferner eine fragliche leichte Instabilität. Danach sei eine Besserung der Kniebeschwerden ohne erneute Befunderhebung eingetreten. Am 03.04.1997 habe eine mäßige diffuse Kapselschwellung des rechten Kniegelenkes mit diskreter Ergussbildung ohne eindeutige Instabilität bestanden. Kernspintomographisch habe eine degenerative Innenmeniskopathie mit auch degenerativer Knorpelerkrankung festgestellt werden können, zudem eine alte Teilruptur des vorderen Kreuzbandes. Im Rahmen der Arthroskopie des rechten Kniegelenks am 29.04.1997 sei der Nachweis einer verschleißbedingten Zerreißung des Innenmeniskus, von mäßigen Verschleißveränderungen des Knorpels und der Nachweis eines fehlenden vorderen Kreuzbandes nach alter Ruptur erbracht werden können. Nach der Arthroskopie sei es im Verlauf zur zunehmenden Instabilität des rechten Kniegelenkes mit Durchführung einer vorderen Kreuzbandplastik im Februar 1998 auswärts gekommen. In Kenntnis dieser Ausführungen nahm Prof. Dr. S. am 03.04.2000 erneut Stellung und schätzte, nachdem bei der Untersuchung vom 18.02.2000 nur eine minimale Einschränkung der Kniegelenksbeweglichkeit für Beugung und Streckung von je 5 ° ohne Zeichen der Minderfunktion des rechten Beines wie Muskelverschmächtigung oder Herabsetzung der Fußsohlenbeschwielung nicht bestanden habe, die MdE auf unter 10 v.H. ein. Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erhob das SG hiernach das unfallchirurgisch-orthopädische Gutachten des Prof. Dr. P. vom 20.12.2000, dem das radiologische Zusatzgutachten des Prof. Dr. Brambs vom 29.06.2000 und das unfallchirurgische Zusatzgutachten

des Prof. Dr. H.vom 20.11.2000 zugrunde lagen. Er bewertete die Höhe der MdE im Hinblick auf die Unfallfolgen an der linken Schulter und dem rechten Kniegelenk mit insgesamt 20 v.H. und hielt daran auch im Rahmen seiner ergänzenden Stellungnahmen vom 16.10.2001 und 14.08.2002 fest. Bereits in dem vom Kläger vorgelegten ärztlichen Attest vom 08.05.2000 hatte er ausgeführt, dass die vordere Kreuzbandverletzung des Klägers mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 02.05.1996 zurückzuführen sei. Die Röntgenaufnahme vom Unfalltag habe trotz des Alters des Unfallverletzten ein völlig normales Gelenk ohne jegliche arthrotische Veränderungen gezeigt. Insbesondere hätten die Kreuzbandhöcker keine für ältere Kreuzbandverletzungen typische Verformungen gezeigt. Ein Jahr später sei wegen einer Innenmeniskussymptomatik eine Arthroskopie erforderlich geworden. Es sei charakteristisch, dass es nach einer vorderen Kreuzbandverletzung infolge der miteinhergehenden Instabilität zu einer Zermürbung des Innenmeniskushinterhorns mit nachfolgender Rissbildung komme. Die feingewebliche Untersuchung des entnommenen Meniskusgewebes habe gezeigt, dass die festgestellten Veränderungen als Folge eines früheren Traumas erklärt werden könnten. In seinem Gutachten vom 20.12.2000 beschrieb Dr. P. daran anknüpfend die natürliche Entwicklung eines vorderen Kreuzbandschadens ohne chirurgische Stabilisierung. Hiernach seien Knorpelschäden eine häufige und typische Begleiterscheinung nach chronischer vorderer Kreuzbandläsion. Deren Weiterentwicklung hänge vom Zustand der Menisken und von der ausgeübten Sportaktivität ab. Das vordere Kreuzband schütze die Menisken. Sein Verlust führe mit der Zeit zu einem Verlust der Menisken. Patienten mit einer Meniskektomie entwickelten früher und ausgeprägter eine Knorpeldegeneration (Chondromalazie). Das SG holte danach von Amts wegen noch ein Gutachten bei Prof. Dr. R. ein, der am 26.02.2002 im Bereich der linken Schulter eine leichte Instabilität und geringe Funktionsbehinderung beschrieb, die er mit einer MdE um 10 v.H. bewertete. Darüber hinaus erhob es das Gutachten des Orthopäden Dr. K. vom 14.01.2003 mit ergänzender Stellungnahme vom 24.02.2003. Dieser vertrat die Auffassung, der Kreuzband-/Meniskusschaden könne nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 02.05.1996 zurückgeführt werden. Auch die später durchgeführten Kreuzband- und Meniskusoperationen stünden nicht in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfall. Die MdE bezüglich der Schulterverletzung links schätzte er mit 10 v.H. ein. Nach Hinweis des SG auf die im Widerspruchsbescheid erfolgte Anerkennung des vorderen Kreuzbandrisses als Unfallfolge schätzte er die Gesamt-MdE ab dem 01.03.1997 unter Mitberücksichtigung der Funktionsbeeinträchtigung des rechten Kniegelenks mit guter Funktion und muskulär kompensierter anteromedialer Restinstabilität auf insgesamt 15 v.H. ein. Gegenüber Dr. K. hatte der Kläger angegeben, am 15.09.1998 auf der Insel Rügen beim Gehen bergab auf einem steinigen Weg ausgerutscht zu sein und sich dabei das rechte Knie verdreht zu haben. In dem daraufhin durchgeführten Kernspintomogramm des rechten Kniegelenks habe sich eine Ruptur der vorderen Kreuzbandersatzplastik gezeigt. Hierzu trug der Kläger gegenüber dem SG vor, es habe sich um einen öffentlichen unbefestigten Weg auf der Insel Rügen gehandelt. Er verwies auf den Operationsbericht vom 14.12.1998 (Bl. 370 ff. der SG-Akte), wonach das Transplantat nur noch an einem Faden gehangen und zu locker gewesen sei, weshalb es reseziert worden sei.

Schließlich holte das SG ein weiteres Gutachten gemäß § 109 SGG ein, welches Dr. B. am 07.01.2004 erstattete. Er bewertete die MdE vom 02.03.1997 bis zum 02.02.1998 mit 30 v.H. und anschließend auf Dauer mit 20 v.H. Das SG wies mit Urteil vom 22.06.2004 die Klage ab und stützte sich in den Gründen wesentlich auf die Beurteilung des Sachverständigen Dr. K ...

Im Verfahren über die von dem Kläger gegen das Urteil des SG erhobene Berufung (L 6 U 4732/04) legte der Kläger u.a. Befundberichte des Dr. S. vom 28.06.2004 über die am 24.06.2004 durchgeführte Kernspintomographie des rechten Kniegelenks und vom 09.03.2006 über das MRT der linken Schulter vom 15.02.2006 vor. Das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) holte ein Gutachten des Oberarztes der Klinik für Unfallchirurgie im Marienhospital Stuttgart, Dr. D., vom 17.07.2006 ein, in welchem dieser die unfallbedingte MdE seit dem 01.03.1997 mit weniger als 20 v.H. einschätzte. Das LSG wies die Berufung mit Urteil vom 16.02.2007 zurück und wies in den Entscheidungsgründen darauf hin, dass die Frage des Zusammenhangs des vorderen Kreuzbandrisses im Bereich des rechten Knies mit dem Unfallereignis vom 02.05.1996 nicht Gegenstand des Verfahrens gewesen sei, nachdem die Beklagte einen entsprechenden Zusammenhang bereits bejaht und den Riss des vorderen Kreuzbandes am rechten Knie mit dem angefochtenen Widerspruchsbescheid als weitere Unfallfolge anerkannt habe. Jedenfalls seit dem 01.07.1997 hätten die Beeinträchtigungen des Klägers von Seiten der linken Schulter und des rechten Kniegelenks nur noch eine MdE von weniger als 20 v.H. bedingt. Im Hinblick auf die Beeinträchtigungen von Seiten der linken Schulter bestehe unter den Sachverständigen Prof. Dr. S., Prof. Dr. R. und Dr. K. Einigkeit dahingehend, dass die erhobenen Befunde keine höhere MdE als 10 v.H. rechtfertigten. Beim Kläger bestehe jedenfalls seit Juli 1997 nur noch eine endgradige Bewegungseinschränkung im Bereich des linken Schultergelenks, wie die im Lauf des Verfahrens von den untersuchenden Ärzten dokumentierten Bewegungsmaße deutlich gemacht hätten. Die mit der Veränderung der Rotatorenmanschette einhergehende verminderte Kraft sei dabei berücksichtigt worden. Die Bewertung von Prof. Dr. H.und Prof. Dr. P., welche die MdE mit 20 v.H. beurteilt hätten, sei angesichts der erhobenen Bewegungsmaße mit den in Rechtsprechung und versicherungsmedizinischem Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätzen nicht vereinbar. Auch Dr. B. habe die MdE für die von ihm erhobene leichtgradig eingeschränkte Beweglichkeit des linken Schultergelenks mit geringfügiger Einschränkung der groben Kraft mit 10 v.H. eingeschätzt. Hinsichtlich der Bewertung der Beeinträchtigungen von Seiten des rechten Kniegelenks schloss sich der Senat der Beurteilung der Sachverständigen Prof. Dr. S., Dr. K. und Dr. D. an, welche die unfallbedingte MdE übereinstimmend mit weniger als 10 v.H. bewertet hätten. In Anbetracht der erhobenen nur unwesentlich eingeschränkten Beweglichkeit und der bestehenden klinischen Stabilität sah der Senat dies als schlüssig und nachvollziehbar an. Vor dem Hintergrund der beim Kläger fehlenden Instabilität und Minderbelastbarkeit sah er die Einschätzung durch Dr. B. als überhöht an. Schließlich sah sich das LSG mit der Zugrundelegung einer MdE von weniger als 10 v.H. im Einklang mit der Einschätzung des Prof. Dr. P., der die Gesamt-MdE ab August 1999 mit 20 v.H. bewertet, hierbei jedoch die Schulterverletzung mitberücksichtigt habe, die Prof. Dr. H.in seinem Zusatzgutachten bereits mit 20 v.H. eingeschätzt hatte. Hieraus sei zu schließen, dass auch Prof. Dr. P. die Funktionseinschränkung von Seiten des rechten Kniegelenks lediglich für geringfügig erachtet habe und für diese nur eine MdE von weniger als 10 v.H. berücksichtigt habe.

Die Nichtzulassungsbeschwerde des Klägers verwarf das Bundessozialgericht mit Beschluss vom 17.07.2007 (B 2 U 96/07 B) als unzulässig.

Mit bei der Beklagten am 14.08.2007 eingegangenem Schreiben vom 09.08.2007 stellte der Kläger einen Überprüfungsantrag nach § 44 SGB X verknüpft mit einem Verschlimmerungsantrag, Er begehrte die Gewährung von Verletztenrente und eine Neufeststellung der Unfallfolgen. Neben dem Abriss des Kreuzbandes seien auch eine aktivierte Arthrose/Synovitis, welche zumindest seit 2002 massive Probleme im Kniebereich verursache, eine Instabilität des Kniegelenkes, ein Kraftverlust und eine weitergehende Bewegungseinschränkung Unfallfolgen. Auch die Zerstörung des Meniskus sei unfallbedingt. An der linken Schulter sei die Kraftlosigkeit des Armes nicht ausreichend berücksichtigt worden. Der Gesundheitszustand des Klägers habe sich weiter verschlechtert. Der Kläger ergänzte seine Ausführungen mit Schreiben vom 07.02.2008 und führte aus, die Folgen seien schwerwiegender als von der Beklagten angenommen.

In seinen beratungsärztlichen Stellungnahmen vom 10.09.2007 und 21.03.2008 verwies der beratende Arzt der Beklagten, Prof. Dr. B., darauf, dass nach den Feststellungen von Dr. D. am linken Arm eine endgradige Funktionsbeeinträchtigung ohne Muskelminderung bestanden habe. Bezüglich der Befunde des rechten Kniegelenks habe der Kläger durch seinen Rechtsvertreter eine massive Beugebeeinträchtigung angegeben, wohingegen Dr. D. am 05.07.2006 noch eine regelhafte Beweglichkeit des rechten Kniegelenks ohne Muskelminderung in relevantem Umfang beschrieben habe. Die geltend gemachte erhebliche Einschränkung der Beugung nur rund ein Jahr nach dem Gutachten des Dr. D. sei nicht nachvollziehbar. Bezüglich der vom Kläger angeführten Zerstörung des Meniskus sei anzuführen, dass schon anlässlich der Arthroskopie vom 29.04.1997 dokumentiert worden sei, dass keine unfallbedingte Meniskusschädigung vorliege, sondern Befunde einer erheblichen Degeneration des Innenmeniskus bestanden hätten, weshalb damals unfallunabhängig eine Innenmeniskusteilresektion durchgeführt worden sei. Auch der Außenmeniskus habe damals degenerative Veränderungen gezeigt. Die beginnende Verschleißerkrankung des rechten Kniegelenks mit Betonung des medialen Kompartiments habe ihre Ursache in einem chronischen und unfallunabhängigen Innenmeniskusschaden. Nicht maßgeblich seien radiologische Befunde, sondern die klinischen Funktionen betroffener Gliedmaßen. Die Funktionswerte im Gutachten von Dr. D. hätten ein vorzügliches Operationsergebnis für beide Schultergelenke gezeigt.

Mit Schreiben vom 17.06.2008 regte der Kläger eine erneute Begutachtung an und benannte hierfür Dr. B. in A ... Die Beklagte zog hierauf verfügbare Befunde und Röntgenbilder bei, darunter auch den Kernspinbefund des Radiologen PD Dr. Dr. J. vom 15.04.1997 und einen weiteren von diesem angefertigten Kernspinbefund vom 27.10.1997 nach einer sechs Wochen vorher eingetretenen Distorsion, wo von einem Einriss im Hinterhorn des Innenmeniskus berichtet wurde, einer umschriebenen lateralen Chondropathie Grad II bis III und einem Zustand nach Ruptur des vorderen Kreuzbandes am tibialen Ansatz (Bl. 978 VA). In seinem Gutachten vom 01.12.2008 kam der Chirurg und Unfallchirurg Dr. B. zu dem Ergebnis, Unfallfolgen seien ein Zustand nach Schulterluxation rechts, eine mäßige Omarthrose rechts und eine AC-Gelenksarthrose rechts, zudem eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes am rechten Kniegelenk, eine mäßige laterale und mediale Gonarthrose rechts und eine leichte Retropatellararthrose rechts. Die MdE auf Seiten der linken Schulter schätzte er mit 20 v.H. ein, ebenfalls die MdE wegen der Folgen im Bereich des rechten Kniegelenks, und bildete daraus eine Gesamt-MdE von insgesamt 40 v.H. Hierzu holte die Beklagte bei Prof. Dr. B. eine weitere Stellungnahme ein, welcher unter dem 16.03.2009 ausführte, der chirurgischen Befunddokumentation könne zugestimmt werden, nicht aber der getroffenen Einschätzung der MdE. Beim Kläger seien an der linken Schulter und dem rechten Kniegelenk verschleißbedingte Strukturveränderungen eingetreten, bei denen es sich angesichts des Alters des Klägers und über zehn Jahre nach dem Unfall um verschleißbedingt seien und es sich nicht um posttraumatische Befunde handle. Weder bei den Unfallfolgen noch bei der Einschätzung der MdE seien Veränderungen vorzunehmen.

Mit Bescheid vom 26.03.2009 lehnte die Beklagte eine Neufeststellung der Rente ab und führte zur Begründung aus, die Unfallfolgen bedingten keine MdE von wenigstens 20 v.H. Die im Gutachten des Dr. B. dokumentierten Befunde könnten nicht kausal auf den Unfall vom 02.05.1996 zurückgeführt werden. In den im Urteil des LSG vom 05.03.2007 bestätigten Unfallfolgen sei keine wesentliche Änderung eingetreten.

Zur Begründung des hiergegen am 31.03.2009 erhobenen Widerspruchs führte der Kläger aus, die Veränderungen gingen wesentlich über das Alter hinaus und seien unfallbedingt. Ein Vorschaden sei, wie ein Bericht des Dr. P. vom 04.02.1998 ergebe, nicht dokumentiert, denn die Unfallaufnahmen zeigten ein unauffälliges Kniegelenk mit normal weitem Gelenkspalt ohne jegliche Arthrosezeichen. Auch die Kreuzbandhöcker seien unauffällig und nicht deformiert oder verplumpt. Lediglich die Patella habe eine Tripartitasituation gezeigt, welche aber unfallunabhängig sei und zu keinen Beschwerden geführt habe.

Mit Widerspruchsbescheid vom 17.06.2009 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Bis zum Gutachten von Dr. D. vom 17.07.2006 sei keine Verschlimmerung der Unfallfolgen eingetreten. Es könne deshalb nicht nachvollzogen werden, dass die im Gutachten des Dr. B. genannten Befunde auf eine Verschlimmerung der Unfallfolgen zurückzuführen seien. Es handle sich vielmehr um Folgen verschleißbedingter Strukturveränderungen, die altersgemäß zur Entwicklung gekommen seien.

Hiergegen hat der Kläger am 29.06.2009 Klage beim SG erhoben (S 11 U 1760/09, nach Ruhen und Wiederanrufung S 11 U 1274/11). Zur Begründung hat er ausgeführt, streitig sei, ob und inwieweit beim Kläger Folgen des Unfallereignisses vorlägen und wie diese zu bewerten seien. Allein der Kniegelenksbefund beim Kläger rechtfertige eine MdE von 20 v.H. Zumindest seit 2002 bestünden massive Probleme im Kniebereich mit Instabilität des Kniegelenks und schmerzhafter Arthrose. Letztere sei ebenfalls als Unfallfolge anzuerkennen. Dem Gutachten Dr. D. sei nicht zu entnehmen, dass unfallunabhängige Schäden am rechten Knie vorlägen. Im Bereich der linken Schulter seien sämtliche traumatische Veränderungen unfallbedingt. Bislang unberücksichtigt geblieben sei, dass auch die rechte Schulter operiert worden sei, weshalb beide Schultern funktionell eingeschränkt seien. Die Beklagte ist der Klage unter Berufung auf den Inhalt der angefochtenen Bescheide entgegengetreten.

Das SG hat ein Gutachten des Oberarztes der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wiederherstellungschirurgie des Marienhospitals Stuttgart, Dr. D., vom 10.05.2010 erhoben. Hiernach habe die Beweglichkeitsprüfung beider Schultergelenke eine im Vergleich zum Vorgutachten vom Juli 2006 eingeschränktere Beweglichkeit bei zwischenzeitlich linksseitig eingetretenem diskretem Oberarmkopfhochstand und einer vermehrten Degeneration der langen Bizepssehne gezeigt. Hierbei handele es sich um einen zwischenzeitlich eingetretenen zunehmenden unfallunabhängigen Verschleiß der Rotatorenmanschette, weshalb die seit der letzten Begutachtung im Juli 2006 aufgetretenen weitergehenden Bewegungseinschränkungen der Schulter links nicht als Unfallfolge gewertet werden könnten, so dass die MdE für die Unfallfolgen des linken Schultergelenks weiterhin 10 v.H. betrage (wie im Vorgutachten). Die Beweglichkeit im rechten Kniegelenk bei seitengleicher Stabilität beider Kniegelenke sei unverändert endgradig eingeschränkt. Die objektiven Untersuchungsbefunde einer gleichseitigen Muskelbemantelung beider unterer Extremitäten und einer seitengleich ausgeprägten Fußsohlenbeschwielung würden einer relevanten Minderbelastbarkeit der rechten unteren Extremität widersprechen. Verantwortlich für die endgradige Bewegungseinschränkung im Kniegelenk rechts sei eine innen gelegene Kniegelenksarthrose, welche nicht auf das Unfallereignis vom 02.05.1996 zurückzuführen sei. Zu der Entstehung der Arthrose im innen gelegenen Kniegelenkskompartiment habe die subtotale Innenmeniskusentfernung im April 1997 geführt. Die im Rahmen der Arthroskopie beschriebenen Verschleißerscheinungen des Innenmeniskus (erhebliche Degeneration, Mazeration und tiefe Einrisse) seien schicksalhaft entstanden, denn es entspreche der gesicherten unfallchirurgischen Erfahrung, dass eine vier- bis fünfmonatige bestimmungsgemäße Belastung des Kniegelenks bei vorderer Instabilität nicht zu diesen Verschleißerscheinungen des Innenmeniskus führe. Der Kläger habe im Rahmen des Vorgutachtens angegeben, nach dem Unfall ein halbes Jahr praktisch nur gelegen zu sein, weshalb die beschriebenen Befunde

vier bis fünf Monate nach einer üblichen Belastung des rechten Kniegelenks festgestellt worden seien. Dr. D. hat deshalb für die endgradige Bewegungseinschränkung im Kniegelenk keine MdE vorgeschlagen. Der Kläger hat hiergegen mit Schreiben vom 28.06.2010 Einwendungen erhoben und die Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens nach § 109 Abs. 1 SGG beantragt. Nach zwischenzeitlichem Ruhen des Verfahrens und Wiederaufnahme von Amts wegen hat der Orthopäde Dr. A. am 05.03.2012/11.04.2012 ein Gutachten über den Kläger erstattet. Er hat eine posttraumatische Arthrose des linken Schultergelenks als Unfallfolge angesehen, eine geringe Muskelminderung des linken Oberarms festgestellt, ebenso eine Kraftminderung der linken Schulter und eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung. Sämtliche von ihm festgestellten Auffälligkeiten im Bereich der linken Schulter hat er auf das Unfallereignis zurückgeführt und ist ausgehend davon zu dem Ergebnis gelangt, unter Einbeziehung der Kraftminderung der linken Schulter sei schon bezogen auf die Schulter eine Tendenz eher zu einer MdE von 20 hin begründet als in Richtung 10 v.H. Hinsichtlich der Gesundheitsschäden am rechten Knie sei der pathologische Einfluss der Kreuzbandinstabilität nach zwei Kreuzbandplastiken die wesentliche Ursache der nunmehr zu findenden Arthrose des verletzten Kniegelenkes. Die Meniskusschädigung und leichtgradige Knorpelschädigung, die schon bei der ersten Operation beschrieben worden sei, trete demgegenüber eher in den Hintergrund. Degenerative Innenmeniskusveränderungen und eine geringgradige Knorpelschädigung hätten bereits zum Zeitpunkt des Unfallereignisses bestanden, wesentliche Ursache der Arthrose sei aber die zweimalige Kreuzbandplastik. Die MdE nur für das rechte Knie hat er mit 15 v.H. eingeschätzt. Je nachdem, ob man seiner Argumentation folge, die posttraumatische Arthrose im Kniegelenk als wesentlich unfallbedingt anzusehen, ergebe sich eine Gesamt-MdE von 25 v.H. oder - ohne Berücksichtigung der Arthrose im Knie - von 20 v.H. (15 v.H. für die Schulter und 10 v.H. für eine muskulär kompensierte Instabilität des Kniegelenks nach zweimaliger Kreuzbandersatzplastik).

Die Beklagte hat hierzu eine kritische Stellungnahme von Prof. Dr. B. vom 19.11.2012 vorgelegt, welcher sich dem Gutachten des Dr. D. angeschlossen und mit dem Gutachten von Dr. A. kritisch auseinandergesetzt hat. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 08.04.2013 hat Dr. A. seien im Gutachten vertretenen Auffassungen und Schlussfolgerungen bestätigt.

Mit Urteil vom 02.07.2013 hat das SG die Klage abgewiesen. Streitgegenstand sei allein der Antrag auf Neufeststellung der Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 02.05.1996. Hierüber habe die Beklagte im angefochtenen Bescheid entschieden und nur dies könne zulässigerweise angegriffen werden. Für eine Überprüfung des Bescheides vom 27.10.1997 nach § 44 SGB X hat das SG keinen Raum gesehen, den Schlussfolgerungen des Sachverständigen Dr. A. hat es sich nicht anzuschließen vermocht. Die zunehmenden Bewegungseinschränkungen an der linken Schulter aufgrund Schulterverschleißes mit Schulterknorpelschäden seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass es allein aufgrund des Lebensalters des Klägers zu Verschleißerscheinungen an den Schultern komme und die Supraspinatussehne einem fortschreitenden Alterungsprozess unterliege, spreche gegen einen Zusammenhang, dass sich die Veränderungen erst mehr als zehn Jahre nach dem Unfall gezeigt hätten, und nicht in kontinuierlicher zeitlicher Folge nach dem Unfall, es mithin an Brückensymptomen fehle. Die Argumentation von Dr. A., gerade in der Kreuzbandruptur die Ursache für die Arthrose zu sehen, erscheine nicht tragfähig. Den Innenmeniskusschaden habe er selbst, anders als Professor Dr. P., der sich für einen Zusammenhang ausgesprochen hatte, als degenerativ angesehen, aber in seiner Bedeutung gegenüber dem Schaden am Kreuzband zurücktreten lassen. Dabei habe er die erheblichen Degenerationen des Innenmeniskus in ihrer Bedeutung nur unzureichend gewürdigt. Die MdE-Einschätzung habe er zu hoch angesetzt. Gestützt hat das SG seine Entscheidung im Ergebnis auf die Beurteilung von Dr. D ...

Hiergegen hat der Kläger am 31.07.2013 Berufung eingelegt und ausgeführt, Streitgegenstand sei sowohl die Rücknahme der früheren Entscheidung als auch ein Neufeststellungsantrag mit Schreiben vom 07.08.2007. In dem Überprüfungsantrag sei darauf hingewiesen worden, dass neben einem Abriss des Kreuzbandes am rechten Knie auch eine aktivierte Arthrose/Synovitis, eine Instabilität des Kniegelenks, ein Kraftverlust und eine weitergehende Bewegungseinschränkung Unfallfolgen seien. Auch die Zerstörung des Meniskus sei unfallbedingt. Ebenfalls habe das Landessozialgericht die Kraftlosigkeit an der linken Schulter nicht ausreichend berücksichtigt. Prof. Dr. P. habe eine Beweisführung vorgelegt, die beweise, dass beim Kläger ein Kreuzbandriss im rechten Knie durch das Unfallereignis eingetreten sein müsse. Im Vordergrund stehe in der ersten Zeit nach einer isolierten vorderen Kreuzbandruptur das Gefühl der Instabilität. Da der Kläger wegen der zusätzlichen Schulterverletzung kaum gelaufen sei und weitgehend bettlägerig gewesen sei, sei es verständlich, dass er keine nennenswerten Symptome gehabt habe. Weiter habe Professor Dr. P. in der Bescheinigung vom 08.05.2000 bestätigt, dass die Röntgenaufnahme vom Unfalltag ein völlig normales Gelenk ohne jegliche arthrotische Veränderung gezeigt habe, was bestätige, dass die mit der Kreuzbandverletzung einhergehende Instabilität zu einer Zermürbung des Innenmeniskushinterhorns mit nachfolgender Rissbildung geführt habe. Liege die Kreuzbandverletzung vor und entspreche der von Prof. Dr. P. erläuterte Mechanismus wissenschaftlichem Standard, sei die Arthrose im rechten Knie mit Wahrscheinlichkeit unfallbedingt. Insoweit sei das Gutachten Dr. D. unschlüssig. Dieser versuche, die Festschreibung der Kreuzbandverletzung dadurch zurückzudrehen, dass behauptet werde, diese anerkannte Unfallfolge widerspreche der wissenschaftlichen Erkenntnis. Dem Kläger sei nach der ersten Operation bei normalem Gehen auf unebenem Boden das rechte Knie wieder weggesackt. Da eine äußere Gewalteinwirkung gefehlt habe, habe es sich bei dem Zweitereignis um eine Gelegenheitsursache gehandelt, weshalb die zweite Kreuzbandplastik der bereits anerkannten vorderen Kreuzbandschädigung zuzurechnen sei. Dr. A. habe dargelegt, dass der pathologische Einfluss der Kreuzbandinstabilität nach zwei Kreuzbandplastiken die wesentliche Ursache der Arthrose des verletzten Kniegelenks sei. Die MdE für das Kniegelenk betrage 15 v.H., ebenso die MdE für die Schulterverletzung. Die Gesamt-MdE betrage 25 v. H. Das SG habe sich nicht ausreichend mit der Argumentation von Dr. A. auseinandergesetzt. Die zunehmenden Bewegungseinschränkungen der linken Schulter seien auf einen Schulterverschleiß zurückzuführen, welcher sich nicht aus endogener Ursache entwickelt habe. Unter Verweis auf den MRT-Bericht des PD Dr. Dr. J. vom 13.05.1996 hat er weiter ausgeführt, der Hochstand des Oberarmkopfes sei nicht zwingend Folge degenerativer Veränderungen, sondern überwiegend durch unfallbedingte Veränderungen verursacht.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 02.07.2013 und den Bescheid der Beklagten vom 26.03.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.06.2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, unter Abänderung des Bescheides vom 27.10.1997 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 30.08.1999 am rechten Knie einen Meniskusriss, eine aktivierte Arthrose/Synovitis, eine Instabilität des Kniegelenks, einen Kraftverlust und eine weitergehende Bewegungseinschränkung sowie an der linken Schulter eine posttraumatische Arthrose mit Kraftminderung und Bewegungseinschränkungen als weitere Unfallfolgen anzuerkennen und dem Kläger Verletztenrente nach einem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit um wenigstens 20 v.H. zu gewähren.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Es sei nicht ersichtlich, dass die Beurteilung der MdE durch das Landessozialgericht im Urteil vom 16.02.2007 unzutreffend gewesen sei. Ein Anspruch auf Rücknahme des Bescheides vom 27.10.1997 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 30.08.1999 sei nicht gegeben. Im Hinblick auf den Neufeststellungsantrag hat die Beklagte eine wesentliche Verschlimmerung in den Unfallfolgen als nicht nachgewiesen angesehen und sich auf die Gründe des angefochtenen Urteils berufen. Bei der Beurteilung der Unfallfolgen am linken Schultergelenk sei darauf hinzuweisen, dass es mit zunehmendem Lebensalter zu anlagebedingten degenerativen Veränderungen der Supraspinatussehne komme. Der bestehende Oberarmkopfhochstand sei eine typische Folge degenerativer Veränderungen der Rotatorenmanschette, nachdem es zumindest bis 2006 zu keiner Verschlimmerung der Unfallfolgen gekommen sei. Im Hinblick auf das rechte Kniegelenk sei die bereits 1997 festgestellte Degeneration des Innenmeniskus keine Unfallfolge. Die Bandlockerung als solche sei auch von Dr. A. lediglich als diskret festgestellt worden, weshalb eine MdE rentenberechtigenden Grades nicht resultiere.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten und der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten, die Prozessakten erster und zweiter Instanz des 2007 beendeten ersten Klageverfahrens und des vorliegenden Verfahrens Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den §§ 143, 144, 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft und zulässig, aber nur teilweise begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 09.09.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.01.2011 ist insoweit rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten, als die Beklagte die Feststellung hinzugetretener Unfallfolgen an der linken Schulter abgelehnt hat. Darüber hinausgehend sind weder weitere Unfallfolgen anzuerkennen, noch hat der Kläger Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente, nachdem die Unfallfolgen keine MdE rentenberechtigenden Grades von wenigstens 20 v.H. begründen.

Anders als das SG gemeint hat, ist Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens nicht nur der mit Schreiben vom 09.08.2007 geltend gemachte Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente wegen nach Auffassung des Klägers hinzugetretener bzw. verschlimmerter anerkannter Unfallfolgen. Streitgegenstand ist auch die Abänderung des Bescheides vom 27.10.1997 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 30.08.1999 im Wege des Überprüfungsverfahrens nach § 44 SGB X zugunsten des Klägers, der ebenfalls mit Schreiben vom 09.07.2007 einen Überprüfungsantrag gestellt und u.a. die Anerkennung des im April 1997 diagnostizierten und arthroskopisch behandelten Meniskusrisses als weitere Unfallfolge geltend gemacht hatte. Den angefochtenen Bescheiden kann eine Beschränkung der getroffenen Entscheidung auf nur einen Teil der im Schreiben vom 09.08.2007 gestellten und seither vom Kläger stets konsequent weiterverfolgten Anträge nicht entnommen werden. Allein aus der Verwendung des vom SG herangezogenen Wortes "Neufeststellung" in dem sehr knapp gehaltenen Bescheid vom 26.03.2009 kann eine Beschränkung der Entscheidung nach Auffassung des Senats nicht abgeleitet werden, zumal die Beklagte im Widerspruchsbescheid vom 17.06.2009, welcher dem Bescheid vom 26.03.2009 seine endgültige Gestalt gegeben hat, ausgeführt hat, die im Gutachten von Dr. B. dokumentierten Befunde könnten nicht auf den Unfall vom 02.05.1996 zurückgeführt werden. Hieraus leitet der Senat ab, dass die Beklagte eine umfassende Überprüfung der letztmals mit Bescheid vom 27.10.1997 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 30.08.1999 festgestellten Unfallfolgen unter Kausalitätsgesichtspunkten vorgenommen und über sämtliche Anträge des Klägers im Schreiben vom 09.07.2007 entschieden hat. Diese Auffassung vertritt offenbar auch die Beklagte, nachdem sie im Schriftsatz vom 17.12.2013 ausdrücklich Ausführungen auch zu Ansprüchen nach § 44 SGB X gemacht hat.

Rechtsgrundlage für die Feststellung von Unfallfolgen über die mit Bescheid vom 27.10.1997 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 30.08.1999 festgestellten Unfallfolgen hinaus, namentlich insbesondere des nach Auffassung des Klägers unfallbedingten, im Bescheid vom 27.10.1997 jedoch nicht berücksichtigten Meniskusrisses, und die Gewährung von Verletztenrente über den Wegfallzeitpunkt am 30.06.1997 hinaus, ist § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X. Hiernach ist ein Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass des Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht oder Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind. Ziel des § 44 SGB X ist es, die Konfliktsituation zwischen der Bindungswirkung eines rechtswidrigen Verwaltungsaktes und der materiellen Gerechtigkeit zu Gunsten letzterer aufzulösen (BSG, 04.02.1998 - B 9 V 16/96 R = SozR 3-1300 § 44 Nr. 24). Ist ein Verwaltungsakt rechtswidrig, hat der betroffene Bürger einen einklagbaren Anspruch auf Rücknahme des Verwaltungsaktes unabhängig davon, ob der Verwaltungsakt durch ein rechtskräftiges Urteil bestätigt wurde (BSG, 28.01.1981 - 9 RV 29/80 = BSGE 51, 139, 141 = SozR 3900 § 40 Nr. 5; BSG SozR 2200 § 1268 Nr. 29). Entsprechend dem Umfang des Vorbringens des Versicherten muss die Verwaltung in eine erneute Prüfung eintreten und den Antragsteller bescheiden (BSG, 25.09.2006 - B 2 U 24/05 R = BSGE 97, 54). Nach § 44 Abs. 4 SGB X sind, worauf das SG zutreffend hingewiesen hat, zu Unrecht nicht erbrachte Sozialleistungen längstens für einen Zeitraum bis zu vier Jahren vor der auf die Rücknahme gerichteten Antragstellung, d.h. ausgehend von dem im August 2007 gestellten Antrag frühestens ab dem 01.01.2003 zu erbringen, was nicht auf Einrede, sondern von Amts wegen zu berücksichtigen ist, weshalb Ansprüche auf Verletztenrente des Klägers vor dem 01.01.2003 von vornherein ausgeschlossen sind.

Richtige Klageart zur Erreichung des angestrebten Ziels ist die kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage nach § 54 Abs. 1 SGG und § 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG. Einer zusätzlichen Verpflichtungsklage, mit der die Beklagte verpflichtet werden soll, ihren früheren, dem geltend gemachten Anspruch entgegenstehenden Bescheid selbst aufzuheben, bedarf es in allen Gerichtsverfahren zur Überprüfung eines Verwaltungsaktes nach § 44 SGB X nicht. Mit der Anfechtungsklage gegen den eine Zugunstenentscheidung ablehnenden Bescheid kann zugleich die Aufhebung des früheren, dem Klageanspruch entgegenstehenden (Ausgangs-) Bescheides unmittelbar durch das Gericht verlangt werden (BSG, 05.09.2006 - B 2 U 24/05 R, a.a.O.).

Die vom Kläger erhobenen Ansprüche richten sich noch nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO), da der streitbefangenen Arbeitsunfall am 02.05.1996, und damit vor dem Inkrafttreten des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) am 01.01.1997 eingetreten ist (Art. 36 des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes, § 212 SGB VII), und Verletztenrente erstmals ebenfalls vor Inkrafttreten des SGB VII, gemäß Bescheid vom 26.09.1996 vom 02.09.1996 bis 28.02.1997, dann mit Bescheid vom 27.10.1997 verlängert bis 30.06.1997, festzusetzen war (§ 214 Abs. 3 SGB VII). Für die Frage einer wesentlichen Änderung findet gemäß § 214 Abs. 3 Satz 2 SGB

VII die Regelung des § 73 SGB VII auch im vorliegenden Fall Anwendung.

Rechtsgrundlage für den vom Kläger geltend gemachten Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente ist § 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO. Danach wird dem Verletzten als Verletztenrente der Teil der Vollrente (§ 581 Abs. 1 Nr. 1 RVO) gewährt, der dem Grade der MdE entspricht, solange seine Erwerbsfähigkeit infolge des Arbeitsunfalls um wenigstens 1/5 (20 v. H.) gemindert ist und dies über die 13. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus andauert (§ 580 Abs. 1 RVO).

Die Bemessung des Grades der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), also die aufgrund des § 581 Abs. 1 RVO durch eine Schätzung vorzunehmende Festlegung des konkreten Umfangs der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeit auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (zur neuen Rechtslage, die insoweit keine wesentliche Änderung gegenüber dem Recht der RVO begründet hat: § 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII; vgl. auch BSGE 63, 207, 209 = SozR 2200 § 581 Nr. 28 m.w.N., sowie BT-Drucks 13/2204 S. 90), ist nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesozialgerichts (BSG) eine tatsächliche Feststellung, die das Gericht gemäß § 128 Abs. 1 Satz. 1 SGG nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (vgl. etwa Urteil des BSG vom 18.03.2003, Az: B 2 U 31/02 R, zitiert nach juris, dort Randnr. 17). Die Bemessung der MdE hängt dabei von zwei Faktoren ab: den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten (BSGE 6, 267, 268 = SozR Nr. 25 zu § 128 SGG; SozR 2200 § 581 Nr. 6). Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind (BSG SozR 2200 § 581 Nr. 22, 23; BSGE 82, 212 = SozR 3-2200 § 581 Nr. 5 m.w.N.; Burchardt in: Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung, SGB VII Stand: Januar 2004, § 56 Rn. 67 ff). Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden (BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 8). Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (vgl. zum Ganzen Urteil des BSG vom 22.06.2004, Az. B 2 U 14/03 R, SozR 4-2700 § 56 Nr. 1 m.w.N.).

Nach der auf dem Gebiet der gesetzlichen Unfallversicherung anzuwendenden Kausalitätslehre von der wesentlichen Bedingung sind Ursache und Mitursache unter Abwägung ihres verschiedenen Wertes nur diejenigen Bedingungen im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Sind zwei oder mehr Ereignisse im gleichen Maße wesentlich für den Erfolg, dann sind sie alle wesentliche Bedingungen und damit Ursachen im Rechtssinne. Die untere Grenze der Wesentlichkeit einzelner Bedingungen im Vergleich zu anderen Mitbedingungen liegt dort, wo der Anteil der einzelnen entscheidenden Bedingung im Verhältnis zu dem Gesamtbündel der übrigen (nicht anspruchsbegründenden) Mitbedingungen nicht mehr als wesentlich bewertet werden kann (BSG, 12.02.1998, B 8 Kn 3/96 UR). Ein mitwirkender Faktor ist dann rechtlich unwesentlich, wenn er von der einen oder anderen Ursache ganz in den Hintergrund gedrängt wird. Unfallunabhängige Faktoren überwiegen an ursächlicher Bedeutung, wenn sie bei vernünftiger lebensnaher Betrachtung die tatsächlich und auch rechtlich allein wesentliche Bedingung für den Eintritt der Gesundheitsschadens darstellen, das Unfallereignis deshalb völlig zurückdrängen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 26).

Des vollen Beweises bedarf im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung der Sachverhalt, der gesetzliche Tatbestandsmerkmale verwirklichen soll; für den kausalen Zusammenhang zwischen Tatsachen genügt dagegen hinreichende Wahrscheinlichkeit. Hinreichende Wahrscheinlichkeit ist eine Wahrscheinlichkeit, nach der bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann (BSGE 32, 203, 209; 45, 1, 10; 45, 285, 286). Die "gute Möglichkeit" eines Zusammenhangs reicht nicht aus (BSG v. 24.02.1988, USK 8825, 113). Eine Möglichkeit verdichtet sich dann zur Wahrscheinlichkeit, wenn nach der geltenden ärztlich-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden (BSG 31.07.1962, Breithaupt 1963, 60, 61). Die Folgen der objektiven Beweislosigkeit oder des Nichtfestgestelltseins einer Tatsache sind von dem Beteiligten zu tragen, der aus dieser Tatsache ein Recht herleiten will (BSGE 30, 121, 123 m.w.N.). Hinsichtlich anspruchsbegründener Voraussetzungen trifft die Beweislosigkeit denjenigen, der Ansprüche geltend macht oder für den sie geltend gemacht werden. Zu den anspruchsbegründenden Tatsachen, für die ein Antragsteller die objektive Beweislast trägt, gehört auch die Kausalität zwischen Tatsachen, die den Anspruch im Übrigen begründen (st. Rechtspr., vgl. nur BSGE 30, 278, 281; 35, 216, 218).

Legt man diese rechtlichen Grundsätze zugrunde, war weder die Aufzählung der Unfallfolgen im Bescheid vom 27.10.1997 unvollständig, noch handelt es sich bei den danach hinzugetretenen Befunden am rechten Knie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um Arbeitsunfallfolgen. Zwar sind seit 2006 im Bereich der linken Schulter weitere gesundheitliche Folgen des Arbeitsunfalls hinzugetreten, jedoch begründen diese auch bei Berücksichtigung der bereits bestandskräftig anerkannten Unfallfolgen weiterhin keine rentenberechtigende MdE von 20 v.H., weshalb der Kläger keinen Anspruch auf Verletztenrente hat.

Wesentliche Ursache des im April 1997 diagnostizierte Innenmeniskusrisses, den Dr. K. am 29.04.1997 mittels subtotaler Innenmeniskusresektion operativ versorgt hat, ist nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit der am 02.05.1996 erlittene Verkehrsunfall gewesen. Die Beklagte hat deshalb im Bescheid vom 27.10.1997 einen Meniskusriss zu Recht nicht als Unfallfolge aufgeführt. Der Senat stützt sich hierfür, ebenso wie das SG, auf die schlüssigen Darlegungen von Dr. D. in seinem Gutachten vom 10.05.2010, wohingegen die Darlegungen im Gutachten des Prof. Dr. P. vom 20.12.2000, auf welches der Kläger sich beruft und das der Senat im Urkundsbeweis verwertet hat, nicht geeignet sind, einen Unfallzusammenhang schlüssig zu begründen. Letzterer hat ausgeführt, dass charakteristische Folge der vorderen Kreuzbandzerreißung das Auftreten einer Instabilität ist. Nachdem das vordere Kreuzband die Menisken schützt, führt dessen Verlust mit der Zeit zu einem Verlust der Menisken. Als dafür maßgeblichen Mechanismus hat Prof. Dr. P. eine Verschiebung der Tibia nach vorne über das natürliche Limit hinaus beschrieben, wodurch das Hinterhorn vor allem des Innenmeniskus jedes Mal über die

Hinterkante des Schienbeinkopfplateaus gequetscht wird. Dies führt nach Prof. Dr. P. allmählich zur Zermürbung des Hinterhorns mit der Folge einer Längsrissbildung und Riss des Meniskus bis zum Vorderhorn. Hieraus ist zu folgern, dass der Verlust der Menisken wesentlich davon abhängt, wie lange bzw. wie oft dieser Mechanismus ausgelöst worden ist. Im vorliegenden Fall ist, worauf Dr. D. in seinem Gutachten vom 10.05.2010 zu Recht hingewiesen hat, dieser Mechanismus zwischen dem Unfall vom 02.05.1996 und der Arthroskopie am 29.04.1997 nicht lange und oft genug ausgelöst worden, um den von Dr. K. im Zwischenbericht über die Arthroskopie vom 29.04.1997 berichteten massiven Befund einer erheblichen Degeneration und Mazeration mit tiefen Einrissen des Innenmeniskus zu erklären. Normal belastet hat der Kläger sein Knie, legt man seine eigenen Angaben zugrunde, nur für 4-5 Monate. Gegenüber Dr. D., dessen Gutachten vom 17.07.2006 der Senat im Urkundsbeweis verwertet hat, hat der Kläger angegeben, nach dem Unfall vom 02.05.1996 "ein halbes Jahr praktisch nur gelegen und in Reha gewesen" zu sein. Dies bestätigt der Kläger nochmals durch sein Vorbringen im Berufungsverfahren, wonach er wegen der zusätzlichen Schulterverletzung kaum gelaufen und weitgehend bettlägerig gewesen ist. Zwar ist er im Januar 1997 in Skiurlaub gefahren, jedoch hat er am 26.01.1997 (vgl. Schriftsatz vom 19.03.2002, Akte S U 1766/99, Bl. 232 ff.) ausweislich seiner Darlegungen gegenüber Dr. D. bereits bei der ersten Abfahrt nach 200 Metern einen neuerlichen Unfall (traumatische Schulterluxationsfraktur rechts - Bankart-Fraktur) erlitten, so dass hieraus keine erheblichen Belastungen resultiert haben können, zumal er nach eigenen Angaben "vorsichtig und bedachtsam" Ski gefahren ist. Danach ist der Kläger in seiner Aktivität erneut von einer Schulterverletzung – diesmal rechts – eingeschränkt gewesen. Zudem ist bis April 1997 die Instabilität des Kniegelenks gering gewesen. Am 03.05.1996 haben Dres. Held/Küppers den Befund "keine sichere Bandinstabilität" erhoben, am 10.05.1996 den einer fraglichen leichten Instabilität. Ausweislich der Zeugenaussage von Dr. K. im SG-Verfahren S 6 U 1766/99, welche der Senat im Urkundsbeweis verwertet hat, ist danach eine Besserung der Kniebeschwerden eingetreten. Auch am 03.04.1997 hat Dr. K. keine eindeutige Instabilität festzustellen vermocht. Waren vom 14.06. bis 25.06.1996 noch regelmäßige Salbenverbände erforderlich (Bericht der Rehabilitationsklinik S. vom 30.04.2001, Bl. 245 SG-Akte S 6 U 1766/99), ist dies für den erneuten Aufenthalt im Juli 1996 nicht belegt und hat der Kläger gegenüber Dr. H. (Gutachten vom 01.10.1996) angegeben, nicht auf die regelmäßige Einnahme von Schmerzmedikamenten angewiesen zu sein. Auch der histologische und intraarthroskopische Befund vom 29.04.1997 deuten, worauf Dr. A. in seinem Gutachten ausdrücklich hinweist, auf eine degenerative Ursache des Meniskusschadens hin. Dies hat auch Prof. Dr. B. in seiner Stellungnahme vom 06.07.2002 schlüssig dargelegt, indem er darauf hingewiesen hat, dass die in der Befundbeurteilung verwendete Formulierung "länger andauerndes chronisches Trauma" eine chronische traumatische Belastung im Sinne von Mikrotraumen, wie sie z.B. bei sportlichen Belastungen vorkommen, bedeutet.

Ist hiernach der Meniskusschaden am rechten Knie nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Unfallfolge, gilt dies auch für die Knorpelschäden und die hieraus resultierende schmerzhafte Bewegungseinschränkung (Arthrose/Synovitis) mit einhergehendem Kraftverlust, denn hierfür ist wiederum der Meniskusschaden und die infolge dessen durchgeführte subtotale Innenmeniskusresektion die wesentliche Ursache, wie von Dr. D. im Gutachten vom 10.05.2010 dargelegt. Dessen Äußerung, dass es der gesicherten unfallchirurgischen Erfahrung entspricht, dass eine subtotale Innenmeniskusentfernung zu einer entsprechenden Arthrose im innen gelegenen Kniegelenkskompartiment führt, die beim Kläger eingetreten ist, findet Bestätigung in den Ausführungen im Gutachten von Prof. Dr. P. vom 20.12.2000. Dieser hat darauf hingewiesen, dass laut einer von ihm herangezogenen Studie von Dupont Patienten nach einer Meniskektomie früher und ausgeprägter eine Knorpeldegeneration (Chondromalazie) gegenüber Patienten entwickelt haben, bei denen ein solcher Eingriff nicht durchgeführt worden ist (Bl. 138 SG-Akte, Band I, S 6 U 1766/99). Einen initialen traumatischen Knorpelschaden, der sich nach seinen Angaben in Form einer Knorpelfraktur bei etwa 20 % aller Akutarthroskopien findet, hat er selbst beim Kläger ausgeschlossen, indem er in seiner Bescheinigung vom 08.05.2000 – worauf sich der Kläger ausdrücklich beruft – bestätigt hat, dass ausweislich der Röntgenaufnahme vom Unfalltag das rechte Kniegelenk am Unfalltag trotz des Alters des Klägers ohne jegliche arthrotische Veränderungen gewesen ist. Hiernach ist schon der im Rahmen der Arthroskopie vom 29.04.1997 festgestellte geringgradige degenerative Knorpelschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des unfallunabhängig entstandenen Meniskusschadens gewesen, während die nachfolgend ausgebildeten weiteren arthrotischen Veränderungen ihre wesentliche Ursache in der subtotalen Innenmeniskusresektion haben. Diese wiederum sind, und auch insoweit stützt der Senat seine Überzeugung auf das Gutachten des Dr. D., für die Bewegungseinschränkungen verantwortlich, die zum Untersuchungszeitpunkt am 19.04.2010 nur endgradig bestanden haben, und sich zu den von Dr. A. festgestellten eingeschränkten Bewegungsmaßen hin weiter verschlimmert haben.

Dr. A. hat seine Auffassung, dass wesentliche Ursache für den Knorpelschaden eine nach zwei Kreuzbandplastiken bestehende Kreuzbandinstabilität sei, nicht schlüssig begründet. Einem guten Operationsergebnis nach Riss des vorderen Kreuzbandes mit allenfalls marginalen funktionellen Einschränkungen des rechten Kniegelenks steht eine nachgewiesene Entfernung weiter Teile des Innenmeniskus gegenüber: Der Riss des vorderen Kreuzbandes des Klägers, welcher unabhängig von der aktenkundigen kontroversen medizinischen Diskussion um den Ursachenzusammenhang jedenfalls kraft bestandskräftiger Anerkennung mit Widerspruchsbescheid vom 30.08.1999 Unfallfolge ist, wurde mittels Kreuzbandersatzplastik durch Prof. Dr. P. am 02.02.1998 versorgt. Nach Reruptur vom 15.09.1998 wurde am 14.12.1998 in Österreich (Praxis Dr. Sch. in S.) eine erneute Versorgung durch Kreuzbandersatzplastik vorgenommen. Im Falle des Klägers ist, worauf Prof. Dr. B. in seiner Stellungnahme vom 19.11.2012 hingewiesen hat, auch nach der zweiten Operation ein gutes postoperatives Ergebnis erzielt worden. Keiner der nachfolgend mit der Sache befassten Gutachter hat eine mehr als leichtgradige Instabilität des rechten Kniegelenks beschrieben, das Bewegungsausmaß haben sämtliche Gutachter bis zur Begutachtung durch Dr. A. als nur endgradig eingeschränkt angegeben. Dr. S. hat am 03.04.2000 betont, dass keine Zeichen einer Minderfunktion des rechten Beines bestanden haben, etwa eine Muskelverschmächtigung oder Herabsetzung der Fußsohlenbeschwielung rechts. In seinem Gutachten vom 17.07.2006 hat Dr. D. eine seitengleiche Bemuskelung beider Beine beschrieben, ebenso in seinem Gutachten vom 10.05.2010 (dort zugleich eine seitengleiche Schuhsohlenabnutzung und Fußsohlenbeschwielung).

Schließlich sieht der Senat nicht als überwiegend wahrscheinlich an, dass es sich bei der leichten Instabilität im rechten Kniegelenk um einen Gesundheitsschaden als Folge des mit Kreuzbandersatzplastik versorgten Risses des vorderen Kreuzbandes handelt. Messwerte der unteren Extremitäten sind nicht isoliert zu bewerten, sondern stets im Zusammenhang mit den Werten der gesunden Seite (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, Seite 653). Dr. D. hat sowohl in seinem Gutachten vom 17.07.2006 als auch im Gutachten vom 10.05.2010 zwar eine geringfügige Laxität des rechten vorderen Kreuzbandes festgestellt, jedoch ebenfalls ausgeführt, dass diese praktisch seitengleich auch am linken Kniegelenk bestanden hat. Dies hat er im Gutachten vom 17.07.2006 noch eingehend röntgenologisch begründet. Hiernach ist es nach zweimaliger Kreuzbandersatzplastik gelungen, im rechten Kniegelenk im Vergleich zum gesunden linken Kniegelenk vergleichbare Bandverhältnisse herzustellen, weshalb eine Anerkennung als weitere Unfallfolge ausscheidet. Hiermit setzt sich Dr. A. nicht hinreichend auseinander, wenn er behauptet, nach zweimaliger Kreuzbandersatzplastik sei eine Instabilität verblieben, die nirgends in Zweifel gezogen worden sei. Dr. D. hat eine solche weder im Gutachten vom Juli 2006 noch in seinem Gutachten vom 10.05.2010 zur Anerkennung vorgeschlagen und dies eingehend und schlüssig begründet.

Hiernach sind über den bereits anerkannten und mit gutem Ergebnis operativ versorgten Riss des vorderen Kreuzbandes hinaus eine aktivierte Arthrose/Synovitis mit daraus resultierender zunehmender Bewegungseinschränkung und Kraftverlust ebenso wenig als weitere Unfallfolgen anzuerkennen wie eine Instabilität des Kniegelenks, weshalb eine MdE für das rechte Knie nicht besteht. Insoweit stützt der Senat seine Überzeugung auf das Gutachten des Dr. D. vom 10.05.2010, der schlüssig dargelegt hat, dass die endgradige Bewegungseinschränkung im rechten Kniegelenk auf unfallabhängigen Ursachen beruht.

Die erstmals im Jahr 2006 kernspintomographisch gesicherten Verschleißerscheinungen des linken Schultergelenks sowie die Zunahme der Bewegungseinschränkungen auf ein mehr als endgradiges Maß, die erstmals von Dr. B. im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung vom 21.11.2008 - wenn auch nicht mir von Dr. D. in 2010 reproduzierbaren Bewegungsmaßen - dokumentiert und von Dr. D. am 10.05.2010 grundsätzlich bestätigt worden ist, sind demgegenüber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folgen des Unfalls vom 02.05.1996.Diese nachträgliche Verschlimmerung in den Unfallfolgen berührt allerdings die Rechtmäßigkeit des Bescheides vom 27.10.1997, welcher in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.08.1999 sämtliche Unfallfolgen zunächst richtig und vollständig bezeichnet hatte, nicht. Im MRT-Befund vom 15.02.2006 (Bl. 34 f. der Akte S 11 U 1760/09) hat der Radiologe Dr. S. einen Humeruskopfhochstand und Einengung des subacromialen Raumes beschrieben, ferner eine Teilruptur der Supraspinatussehne mit Ausdünnung am Sehnenansatz und eine unregelmäßige Gelenkfläche des AC-Gelenks mit kleinem Erguss. Beurteilt hatte er dies als subacromiales Impingement bei Humeruskopfhochstand, Partialruptur der Supraspinatussehne und AC-Gelenksarthrose. Dr. A. hatte nach Untersuchung des Klägers über die bereits anerkannten Unfallfolgen im Bereich der linken Schulter hinaus im Wesentlichen eine posttraumatische Arthrose des linken Schultergelenks, eine zumindest partielle Ausdünnung der Rotatorenmanschette links sowie eine schmerzhafte – mehr als endgradige – Bewegungseinschränkung, Kraftminderung und geringe Muskelminderung der linken Schulter als weitere Unfallfolgen benannt. Nachdem über den allgemeinen Erfahrungssatz hinaus, das Verschleißerscheinungen im Schultergelenk im höheren Lebensalter erheblich zunehmen konkrete konkurrierende Ursachen nicht nachgewiesen sind, handelt es sich dabei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um posttraumatische Veränderungen. Indem Dr. D. in seinem Gutachten vom 10.05.2010 als Argument für eine schicksalhafte Entwicklung der Verschleißerscheinungen darauf abgestellt hat, dass "zwischenzeitlich" ein diskreter Oberarmkopfhochstand aufgetreten sei (Bl. 50, 54 der SG-Akte S 11 U 1760/09), hat er nicht ausreichend berücksichtigt, dass ein geringer Hochstand des Oberarmkopfes bereits mit Bescheid vom 27.10.1997 bestandskräftig als Unfallfolge anerkannt worden ist. Berücksichtigt man den schweren Schaden an der in der Sportklinik Stuttgart operativ versorgten Rotatorenmanschette und berücksichtigt man, dass bereits seit 1997 ein Oberarmkopfhochstand anerkannt ist, lässt sich die Schädigung der Supraspinatussehne (Ausdünnung der Rotatorenmanschette) ebenso mit Wahrscheinlichkeit als Unfallfolge ableiten wie die arthrotischen Gelenkveränderungen. Dies hat auch Prof. Dr. B. nicht hinreichend berücksichtigt, als er diesen in seiner Stellungnahme vom 19.11.2012 als ein maßgebliches Indiz für eine altersbedingte Entstehung von Texturstörungen der Rotatorenmanschette herangezogen hat. Anders als das SG gemeint hat, sind hinreichende Brückenbefunde dokumentiert. Nachgewiesen sind ein Teildefekt der Rotatorenmanschette im Sinne einer Ausdünnung des Sehnengewebes, zudem arthrotische Veränderungen. Über Schmerzen und Kraftverlust in der linken Schulter hatte der Kläger schon gegenüber Dr. W. (Gutachten vom 15.07.1997) geklagt, ebenso gegenüber Dr. S. im Februar 2000. Das Bewegungsmaß an der linken Schulter hat sich zwischen den beiden Begutachtungen des Klägers durch Dr. D. in 2006 und 2010 messbar verschlechtert. Eine weitere Verschlechterung zwischen der Untersuchung durch Dr. D. am 19.04.2010 und der erneuten Untersuchung durch Dr. A. am 02.03.2012 ist allerdings nicht nachgewiesen. Die Abweichung von 5° liegt im Bereich der Messtoleranz, welche selbst bei Verwendung eines Goniometers (Winkelmessers) 5° beträgt (Mehrhoff/Ekkernkamp/Wich, Unfallbegutachtung, 13. Auflage 2012, S. 129). Dabei stellt der Senat maßgeblich auf den von Dr. D. erstgenannten und nicht als "aktiv geführt" besonders gekennzeichneten Werte beim Vorheben (120° bei Dr. D. und 115° bei Dr. A.) und beim seitlichen Hochführen (105° bei Dr. D. und 100° bei Dr. A.) ab. Die Aufspaltung der Messwerte in eine "normalen" und einen mit "ag" (=aktiv geführt) gekennzeichneten Wert findet sich nur in den von Dr. D. erstatteten Gutachten. Der Kläger hat sich ausdrücklich über die massive Schmerzproblematik beklagt, die beim Messen der "aktiv geführten" Beweglichkeit durch Dr. D. aufgetreten ist. Vergleichbare Klagen sind hinsichtlich der Untersuchung durch Dr. A. nicht geäußert worden. Hiernach fehlt es dort an einer mit den "ag-Werten" vergleichbaren Erhebung, weshalb für einen Vergleich der Messwerte auf die von Dr. D. erstgenannten Werte (ohne Kennzeichnung mit "ag") abzustellen ist.

Nachvollziehbar hat Dr. A. dargelegt, dass für die Gesundheitsstörungen im Bereich der linken Schulter eine rentenberechtigende MdE von 20 v.H. nicht erreicht wird. Seine Bewertung mit 15 v.H. entspricht den Vorgaben der unfallmedizinischen Literatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 523; Mehrhoff u.a., a.a.O., S. 169). Nachdem die Gesundheitsstörungen im Bereich des rechten Knies keine MdE bedingen (s.o.), liegt auch die Gesamt-MdE unter 20 v.H., weshalb der Kläger keinen Anspruch auf Verletztenrente hat.

Soweit der Kläger in der mündlichen Verhandlung zuletzt noch angeregt hat, ein Obergutachten einzuholen, hat sich der Senat angesichts der Vielzahl der bereits vorliegenden Gutachten nicht gedrängt gesehen, dem nachzukommen. Auf die Einholung eines Obergutachtens besteht kein Anspruch (vgl. auch Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Sozialgerichtsgesetz, Kommentar, 10. Auflage 2012, § 103 Rn. 11b m.w.N.). Vielmehr gehört die Würdigung unterschiedlicher Gutachtensergebnisse oder unterschiedlicher ärztlicher Auffassungen wie die anderer sich widersprechender Beweisergebnisse zur Beweiswürdigung selbst. Selbst bei einander widersprechenden Gutachtensergebnissen besteht eine Verpflichtung zur Einholung eines weiteren Gutachtens im Allgemeinen nicht, vielmehr hat sich das Gericht im Rahmen der Beweiswürdigung mit den entgegenstehenden Ergebnissen inhaltlich auseinander zu setzen (Keller a.a.O., § 128 Rn. 7e, 7f), wie obenstehend erfolgt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für eine Zulassung der Revision bestehen nicht.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2014-07-29