

L 3 U 267/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 10 U 1316/12
Datum
04.12.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 U 267/14
Datum
30.09.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

1. Auf die Berufung der Beklagten werden das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 4. Dezember 2013 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

2. Außergerichtliche Kosten sind in beiden Instanzen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beklagte wendet sich mit ihrer Berufung gegen eine Verurteilung zur Zahlung einer Verletztenrente auf Dauer infolge eines Arbeitsunfalls vom 14.02.2009.

Der 1956 geborene Kläger war zum Unfallzeitpunkt als selbstständiger Weinhändler tätig und als Unternehmer selbst bei der beklagten Berufsgenossenschaft unfallversichert.

Am 14.02.2009 gegen 13.30 Uhr rutschte er auf dem Weg von seiner Betriebsstätte nach Hause nach dem Abstellen des Autos auf Glatteis aus und stürzte. Am 15.02.2009 begab er sich in ärztliche Behandlung. In dem Durchgangsarztbericht vom 16.02.2009 teilte Prof. Dr. A. mit, der Kläger habe angegeben, auf die rechte Schulter gefallen zu sein. Es beständen starke Schmerzen bei aktiver Bewegung der rechten Schulter, die Beweglichkeit sei erheblich eingeschränkt. Das Röntgen habe keine Hinweise auf eine Fraktur ergeben. Als Diagnose wurde eine Prellung angegeben. Nach einer Wiedervorstellung des Klägers am 23.02.2009 bei einer "seit Erstvorstellung zunehmenden Symptomatik mit komplettem Verlust der Armhebung über 30°" und einem Druckschmerz über der Supraspinatussehne äußerte Prof. Dr. A. in dem D-Bericht vom 25.02.2009 nach einer Sonografie den Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur. Der Kläger erstattete der Beklagten am selben Tage Unfallanzeige. Prof. Dr. A. teilte der Beklagten unter dem 02.03.2009 mit, der Verdacht auf eine Supraspinatussehnenruptur habe sich durch eine am 26.02.2009 durchgeführte Kernspintomografie bestätigt.

Der Kläger begab sich in die Behandlung von Prof. Dr. B. von der Orthopädischen Universitätsklinik C ... Dieser empfahl unter dem 12.03.2009 eine arthroskopische Rotatorenmanschettennaht.

Der Kläger machte unter dem 15.03.2009 Angaben zum Unfallhergang.

Am 21.04.2009 wurde er - erstmals - in der Orthopädischen Universitätsklinik bei Dr. D. operiert (offen chirurgische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Naht rechts; Bizepssehnen-Tenotomie, perkutan, rechts; arthroskopische subacromiale Dekompression am Schultergelenk rechts). Dem entsprechenden fachärztlichen Bericht vom 04.05.2009 war eine Befundung der bereits erwähnten kernspintomografischen Bilder des Klägers vom 26.02.2009 beigefügt. Darin hatte Dr. E. ausgeführt, es sei eine Ruptur der Supraspinatussehne () mglw. bei vorbestehendem Impingement bzw. Periarthritis humeroscapularis zu erkennen. Einzelne Signalauslösungen im Ansatzbereich der Sehne könnten zarten Verkalkungen entsprechen. Es bestehe eine ausgeprägte KM-Affinität (Kontrastmittel) im Sinne eines entzündlichen Reizzustandes. Eine geringe Flüssigkeitskollektion in der Bursa subacromialis sei Zeichen einer leichtgradigen AC-Gelenksarthrose. Der Subacromialraum sei grenzwertig weit. Erst später gelangte auch der OP-Bericht von Dr. D. vom 13.07.2009 über die Operation vom 21.04.2009 zur Akte; danach waren u.a. eine riesige Rotatorenmanschettenruptur mit einer Retraktion (Zurückbildung) der Sehnenenden, aber keine Zeichen einer Einblutung festgestellt worden.

Nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme durch Dr. F. vom 23.04.2009 lehnte die Beklagte zunächst mit Bescheid vom 19.5.2009 die Gewährung von Verletzengeld nach Ablauf der Karenzzeit ab, da ein Unfallzusammenhang nicht gegeben sei. Insoweit legte

der Kläger am 02.06.2009 Widerspruch ein. Dagegen bewilligte ihm die Beklagte mehrfach eine Haushaltshilfe, darunter mit Bescheid vom 27.05.2009 bis zum 05.05.2009.

Während des weiteren Verfahrens erfuhr die Beklagte, dass der Kläger am 07.05.2009 in der Universitätsklinik wegen eines Wundinfekts und wegen therapieresistenter Beschwerden erneut operiert worden war. Nach dem fachärztlichen Bericht von Prof. Dr. B. vom 10.05.2009 waren ein offen chirurgisches Debridement des rechten Schultergelenks und - nach arthroskopischer Diagnostik - eine partielle Synovektomie durchgeführt worden. Nach dem beigefügten OP-Bericht von Dr. G. vom 29.05.2009 wurden die bei der ersten Operation gesetzten Nähte entfernt, da diese die Sehne nicht mehr zusammen hielten. Eine (erneute) Rekonstruktion der Rotatorenmanschette war nicht möglich.

Die Beklagte zog das Vorerkrankungsverzeichnis der Techniker-Krankenkasse (TKK) bei, bei welcher der Kläger seit dem 20.10.1982 versichert ist. Es wies für die Zeit vor dem Unfall keine Einträge auf. Prof. Dr. H. übersandte den Bericht über die histologische Untersuchung des am 21.04.2009 entnommenen Sehngewebes, wonach - im Einzelnen beschriebene - Zeichen einer degenerativen Vorschädigung bestanden hätten.

Unter dem 26.06.2009 berichtete Dr. I. über die weitere Behandlung und teilte mit, nach der arthroskopisch festgestellten SLAP-Läsion und der fehlgeschlagenen Rekonstruktion der Rotatorenmanschette zeige sich nunmehr der eindeutige Hinweis auf eine Massenruptur der Rotatorenmanschette mit Bizepssehnenluxation und Tendinitis. Ein MRT vom 30.09.2009 bei Dr. Werner im Auftrag von Prof. Dr. B. bestätigte den Verdacht einer "Re-Ruptur der Supraspinatussehne mit Retraktion, Distanz zum Ansatz 3 cm" und nannte außerdem eine AC-Gelenksarthrose.

Im Auftrag der Beklagten erstattete unter dem 14.12.2009 Prof. Dr. K. ein Zusammenhangsgutachten. Er bestätigte auf Grund des Befunds von Dr. I. vom 26.09.2009 die - erneute - Ruptur, die bereits auf Grund des intraoperativen Befunds bei der Revision vermutet worden sei. Infolge des Manschettendefekts sei nunmehr die Bizepssehne ausgerenkt. Zum Unfallzusammenhang führte Prof. Dr. K. aus, dass das geschilderte Unfallereignis nicht geeignet sei, eine Ruptur der Rotatorenmanschette zu verursachen. Ferner spreche der vom Kläger geschilderte weitere Ablauf - er sei nach dem Unfall nach Hause gegangen, habe gegessen, sei um 17.00 Uhr joggen gewesen und habe sich am nächsten Tag, nachdem die Schmerzen nachts schlimmer geworden seien, beim D-Arzt vorgestellt - gegen eine massive Verletzung. Insgesamt, so Prof. Dr. K., sei der Schaden an der Rotatorenmanschette als vorbestehend anzusehen. Allerdings sei es infolge des Infektes nach der ersten Operation zu einer deutlichen Verschlimmerung der schmerzhaften Bewegungseinschränkungen gekommen. Er schätzte die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) mit 20 v.H. ein und ging davon aus, dass ab der Begutachtung mit gewissen Einschränkungen Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestanden habe.

Zu dem Gutachten holte die Beklagte eine beratungsärztliche Stellungnahme durch Dr. F. vom 26.01.2010 ein. Dieser wies daraufhin, dass die Schätzung der MdE hinsichtlich der aktuellen Einschränkungen zutrefte, unter Berücksichtigung ausschließlich der Unfallfolgen jedoch nicht. Er wies auf ein Telefonat mit Prof. Dr. K. hin und stellte dessen Sichtweise so dar, dass dieser davon ausgegangen sei, dass der Kläger sich bei dem strittigen Unfallereignis eine Prellung des rechten Schultergelenkes zugezogen habe. Deswegen sei im weiteren Verlauf zunächst eine konservative Behandlung erfolgt und, nachdem keine Besserung der Beschwerden eingetreten sei, zur weiteren Diagnostik und Abklärung des Ursachenzusammenhangs die Arthroskopie und letztlich die Rotatorenmanschettenrekonstruktion. Im weiteren Verlauf habe sich dann der Infekt mit den Funktionseinschränkungen ergeben. Dr. F. wies darauf hin, dass er diese Einschätzung nicht teile. Aus seiner Sicht komme ein wesentlicher Anteil an der Indikation für die operativen Maßnahmen der unfallunabhängig bestehenden Rotatorenmanschettendegeneration zu.

Auf dieser Grundlage gelangte die Beklagte zu der Einschätzung, dass der infolge der Arthroskopie entstandene Infekt und die daraus folgenden schmerzhaften Bewegungseinschränkungen als (mittelbar) unfallbedingt anzusehen seien. Daraufhin bewilligte sie dem Kläger zum einen mit Abhilfebescheid vom 26.02.2010 Verletztengeld bis zum 20.10.2009. Mit weiterem Bescheid (Erstbescheid) vom 15.03.2010 gewährte sie ferner eine Rente als vorläufige Entschädigung nach einer MdE um 20 v.H. ab dem 21.10.2009. In diesem Bescheid erkannte sie ferner eine Bewegungseinschränkung und eine Muskelminderung des rechten Arms nach Prellung der rechten Schulter mit Infektverlauf nach diagnostischer Arthroskopie als Unfallfolgen an, stufte jedoch ausdrücklich das Impingementsyndrom, die Schulterreckgelenksarthrose und den Rotatorenmanschettenschaden als unfallunabhängig ein.

Auch gegen diese Entscheidungen - sowie gegen die Ablehnung weiterer Leistungen für eine Haushaltshilfe - erhob der Kläger - am 22.03.2010 und am 31.03.2010 - Widersprüche. Die Beklagte fasste die Verfahren zusammen und erließ den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 21.09.2010. Hiergegen erhob der Kläger am 25.10.2010 Klage (S 1 U 3791/10) zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhobene Klage. In jenem Verfahren wurde er in einem Erörterungstermin richterlich angehört. Wegen seiner Angaben zum konkreten Hergang des Unfalls am 14.02.2009 wird auf das Protokoll der nichtöffentlichen Sitzung des SG vom 28.02.2011 Bezug genommen. Im Nachgang zu diesem Verfahren bewilligte die Beklagte noch Haushaltshilfe bis zum 30.09.2009. Seine Klage nahm der Kläger am 28.03.2011 zurück.

In dem weiter geführten Verwaltungsverfahren wegen einer endgültigen Rentenbewilligung ließ sich der Kläger weiterhin anwaltlich vertreten, was der Beklagten bekannt war. Im Auftrag der Beklagten erstattete Prof. Dr. K. das Zweite Rentengutachten vom 30.11.2011. Darin gelangte er zu der Einschätzung, dass die MdE ab dem Untersuchungstag, dem 29.11.2011, nur noch 10 v.H. betrage. Als Folgen des Unfalls beschrieb der Gutachter die Narbenverhältnisse, eine Bewegungseinschränkung der rechten Schulter (u.a. Armhebung seit-/körperwärts aktiv 105/0/30°, passiv 115/0/30°), eine Umfangsminderung des rechten Oberarms (31 cm statt 32 cm links) und radiologische Veränderungen.

Die Beklagte hörte den Kläger - direkt - mit Schreiben vom 13.12.2011 zu einer Entziehung der Rente als vorläufige Entschädigung an und setzte Frist zur Stellungnahme binnen 17 Tagen ab Zugang des Anhörungsschreibens. Dieses Schreiben wurde dem Kläger am 14.12.2011 zugestellt.

Mit Bescheid vom 27.12.2011 entzog die Beklagte dem Kläger die bisher als vorläufige Entschädigung bewilligte Rente mit Ablauf des Januar 2012. Zur Begründung verwies sie im Wesentlichen darauf, dass der Rotatorenmanschettenschaden nicht als Unfallfolge anzusehen sei.

Dieser Bescheid wurde wiederum dem Kläger direkt zugestellt, und zwar am 10.01.2012.

Am 16.01.2012 legte der Kläger Widerspruch ein. Sein Verfahrensbevollmächtigter rügte, die Beklagte habe die selbst gesetzte Stellungnahmefrist nicht abgewartet und außerdem den Entziehungsbescheid dem Kläger direkt bekanntgegeben, obwohl sie gewusst habe, dass er anwaltlich vertreten sei. In der Sache ließ der Kläger ausführen, dass die Beschwerden unverändert fortbeständen. Außerdem bezog er sich auf ein Gutachten, das Prof. Dr. K. unter dem 24.05.2011 für den privaten Unfallversicherer des Klägers, die L. Versicherung, erstattet hatte und in dem ausgeführt war, dass die Funktionsfähigkeit des Armes um "2/7 Armwert" gemindert sei und dem Unfall daran ein Mitwirkungsanteil von 50 % zukomme. Aus jenem Gutachten wurde bekannt, dass der Kläger am 28.04.2011 mit dem Fahrrad gestürzt und auf die rechte Schulter, das rechte Knie und den rechten Arm gefallen war. Prof. Dr. K. teilte mit, dass bei einer Röntgenaufnahme am 05.05.2011 keine Hinweise auf eine frische oder stattgehabte knöcherne Verletzung hätten gefunden werden können.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20.03.2012 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung verwies sie auf Prof. K.s Gutachten vom 30.11.2011, das nach den Kriterien der gesetzlichen Unfallversicherung erstattet worden sei. Mit der Funktionsbeeinträchtigung um "2/7 Armwert" nach privatem Unfallversicherungsrecht sei nichts zur Schätzung der MdE gesagt, für die ausschließlich die Unfallfolgen maßgeblich seien. Ausführungen zur formellen Rechtmäßigkeit des Entziehungsbescheids machte die Beklagte nicht.

Am 23.04.2012 hat der Kläger Klage zum SG erhoben. Er hat ergänzend vorgetragen, auch bei der Untersuchung bei Prof. Dr. K. am 05.05.2011 habe sich keine Besserung feststellen lassen. Es sei daher nicht nachvollziehbar, wie der Gutachter zu der neuerlichen Auffassung gelangt sei, dass die MdE nur noch 10 v.H. betrage.

Das SG hat Beweis erhoben zunächst durch Einholung eines fachorthopädisch-unfallchirurgischen Gutachtens durch den Arzt für Orthopädie Dr. M. ... In seinem Gutachten vom 03.12.2012 ist dieser Sachverständige zu der Einschätzung gelangt, dass beim Kläger von einem vorbestehenden Schaden an der Supraspinatussehne auszugehen sei. Dies ergebe sich aus dem OP-Bericht, in welchem die Rede davon gewesen sei, dass Einblutungen nicht erkennbar gewesen seien, sowie aus dem Bericht über die histologische Untersuchung des am 21.04.2009 entnommenen Materials, in welchem neben degenerativen Vorschäden auch "vereinzelt Siderophagen als Zeichen stattgehabter Einblutung" beschrieben würden. Ferner sei der vom Kläger beschriebene Hergang (Sturz direkt auf die Schulter bei angelegtem Arm) nicht geeignet gewesen, die Supraspinatussehne zu verletzen. Daher könne die unzweifelhaft nachgewiesene Rotatorenmanschettenruptur nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgeführt werden. Der Unfall sei daher in Bezug auf die aus der Ruptur resultierenden Funktionseinschränkungen der rechten Schulter allenfalls als Gelegenheitsursache anzusehen. Weder die erste noch die zweite Operation sei aufgrund des erlittenen Unfalls notwendig gewesen. Die Indikation dafür habe sich ausschließlich aus dem vorbestehenden Defekt an der Supraspinatussehne ergeben. Dr. M. hat auch auf weitere Röntgenaufnahmen vom 16.01.2011 und vom 25.01.2011 hingewiesen, die vermutlich auf Grund eines weiteren Unfalls, der ebenfalls die rechte Körperseite betroffen haben müsse, erstellt worden seien (S. 22 GA). Er hat die entsprechenden Befundberichte von Dr. N. seinem Gutachten beigelegt.

Der Kläger hat dem SG mitgeteilt, dass wegen vermeintlicher Fehler bei der Operation am 21.04.2009 ein zivilgerichtliches Verfahren vor dem Landgericht anhängig sei.

Nach Eingang einer Stellungnahme des Klägers hat das SG von Amts ein weiteres fachorthopädisch-unfallchirurgisches Sachverständigengutachten bei Prof. Dr. B. erhoben. Dieser Sachverständige hat in seinem schriftlichen Gutachten vom 03.05.2013 mitgeteilt, dass ein Vorschaden an der Rotatorenmanschette zum Zeitpunkt des Unfalls nicht wahrscheinlich zu machen sei. Dies könne ausschließlich auf die epidemiologische Wahrscheinlichkeit gestützt werden, welche jedoch nur bei 10 % liege. Die Beschwerdefreiheit vor dem Unfall und das Fehlen von Hinweisen auf eine dem Alter voraussetzende Verschleißveränderung der rechten Schulter sprächen gegen einen Vorschaden. Auch eine ausgeprägte Schadensanlage in Form einer Einengung unter dem Schulterdach sei auf späteren Aufnahmen nicht festzustellen. Außerdem spreche gegen einen länger bestehenden Schaden, dass sich bis zum Zeitpunkt eines MRT vom 26.02.2009 keine Rückbildung des Muskelbauches eingestellt habe und dass sich auf der Aufnahme als Hinweis auf eine frische Verletzung eine Ergussbildung in den das Schultergelenk umgebenden Schleimbeutel und nur eine geringe Retraktion des Sehnenrandes ergeben habe. Außerdem sei bereits im Durchgangsarztbericht und im ersten Nachschaubericht eine weitgehende Aufhebung der aktiven Beweglichkeit, die einer Pseudoparalyse entspreche, beschrieben. Im Hinblick auf die Eignung des Unfallmechanismus hat Prof. Dr. B. ausgeführt, dass ein direkter Anprall auf die Schulter der Lebenswahrscheinlichkeit widerspreche, weil der Kläger in diesem Falle zwangsläufig auch mit dem Kopf hätte aufschlagen müssen. Da es ohne das Ereignis nicht zur Notwendigkeit einer Operation und somit auch nicht zum Eintreten eines Schultergelenksinfektes gekommen wäre, sei der Gesamtschaden als Unfallfolge anzuerkennen. Aufgrund dieser Unfallfolgen sei die MdE mit 20 v.H. zu bewerten.

Mit Urteil auf Grund mündlicher Verhandlung vom 04.12.2013 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung des entgegenstehenden Bescheids vom 27.12.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20.03.2012 verurteilt, dem Kläger über den 31.01.2012 hinaus eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu zahlen. Es hat hierzu ausgeführt, es sei auf der Grundlage des Gutachtens von Prof. Dr. B. davon überzeugt, dass der Gesamtschaden an der rechten Schulter einschließlich des Defekts der Rotatorenmanschette mit hinreichender Wahrscheinlichkeit als Unfallfolge anzusehen sei und eine MdE um 20 v.H. bedinge.

Hierbei, so das SG, könne offen bleiben, welche der aktuellen Gesundheitsschäden primär auf den Unfall zurückzuführen seien und welche nur mittelbare Unfallfolgen seien, denn es lägen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Beteiligten die operative Instandsetzung nicht als unfallbedingt notwendig angesehen hätten. Insoweit reiche aus, dass dem Versicherten gegenüber der Anschein erweckt werde, die Operation sei zur Behandlung oder Aufklärung eines Versicherungsfalls notwendig (Verweis auf Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 15.05.2012, [B 2 U 31/11 R](#)). Daran bestehe hier schon wegen der Abrechnungsmodalitäten und der Gesamtumstände kein Zweifel.

Zur Frage des Zusammenhangs hat das SG ausgeführt: Im Einklang mit Prof. Dr. B. sprächen dafür die - durch das leere Vorerkrankungsverzeichnis belegte - Beschwerdefreiheit vor dem Unfall, der im Anschluss dokumentierte Beweglichkeitsverlust an der Schulter, die verletzungstypischen Veränderungen im Rahmen der MRT-Untersuchung und die bei der Erstuntersuchung dokumentierten Verletzungszeichen. Ein ungeeigneter Unfallhergang sei nicht zu berücksichtigen. Zwar treffe es zu, dass ein direkter Anprall auf die Schulter ungeeignet sei und ein gewichtiges Indiz gegen einen Zusammenhang darstelle. Ein solcher müsse jedoch sicher festgestellt werden. In diesem Rahmen seien die Ausführungen Prof. Dr. B.s, dass bei einem direkten Aufprall auf die Schulter auch ein Sturz auf den

Kopf zu erwarten sei, der hier fehle, plausibel. Dagegen seien Schilderungen über Unfallhergänge generell unzuverlässig (Verweis auf Landessozialgericht [LSG] Baden-Württemberg, Urteil vom 18.07.2013, [L 6 U 283/11](#)). Trotz der Beteuerungen des Klägers noch in der mündlichen Verhandlung, er sei direkt mit der Schulter aufgeschlagen, könne daher nicht von einem ungeeigneten Hergang ausgegangen werden. Genauso wenig habe sich das SG von einem Vorschaden an der Rotatorenmanschette überzeugen können. Soweit Dr. M., Prof. Dr. K. und Dr. F. aufgrund der histologischen Untersuchung und der bildgebenden Materialien einen degenerativen Vorschaden angenommen hätten, habe Prof. Dr. B. diese Annahme widerlegt. Er habe dazu ausgeführt, dass die (angegebene) Beschwerdefreiheit vor dem Unfall ein Argument gegen einen vorbestehenden Schaden liefere, dass kein Hinweis auf eine dem Alter vorausseilende Verschleißveränderung der rechten Schulter bestehe und dass sich aus dem MRT vom 26.02.2009 weitere Indizien gegen einen Vorschaden ergäben. Außerdem sei bereits im Durchgangsarztbericht und im ersten Nachschaubericht eine weitgehende Aufhebung der aktiven Beweglichkeit beschrieben worden, die einer Pseudoparalyse entspreche, deren Fehlen die Vorgutachter ebenfalls als Argument gegen eine Ursächlichkeit verwertet hätten. Letztlich spreche auch die epidemiologische (statistische) Wahrscheinlichkeit nicht für einen Vorschaden, da diese bei Personen in vergleichbarem Alter nur 10 % betrage.

Hinsichtlich der Schätzung der MdE, so das SG abschließend, sei den Ausführungen Prof. Dr. B.s zu folgen. Dieser habe sie unter Bezugnahme auf in der Literatur genannte Erfahrungswerte zu den Bewegungsmaßen schlüssig und nachvollziehbar mit 20 v.H. geschätzt.

Gegen dieses Urteil, das ihr in vollständiger Ausfertigung am 08.01.2014 zugestellt worden ist, hat die Beklagte am 20.01.2014 Berufung zum LSG Baden-Württemberg erhoben.

Auf tatsächlicher Ebene wendet sie ein, Prof. Dr. B. habe sich nicht mit dem weiteren Gerichtsgutachten von Dr. M. auseinandergesetzt, was im Hinblick auf seine eingehende Stellungnahme zu dem Behördengutachten von Prof. Dr. K. und der Stellungnahme des Beratungsarztes unverständlich sei. Ferner gehe Prof. Dr. B. nicht auf den Fahrradsturz im April 2011 ein, der zu einer schweren Verletzung des Schulterergelenks mit fortbestehender Instabilität geführt habe. Dies könne auch erklären, warum sich dieser Sachverständige mit der Einordnung der Schulterergelenksproblematik schwer getan habe. Aus demselben Grunde sei auch die Schätzung der MdE auf 20 v.H. mangels einer Differenzierung zwischen den Folgen der verschiedenen Unfälle nicht haltbar. Ferner, so die Beklagte, könne aus einem leeren Vorerkrankungsverzeichnis nicht im Vollbeweis auf Beschwerdefreiheit geschlossen werden. Außerdem könnten auch klinisch stumme Vorerkrankungen vorliegen. Zur Frage des Unfallhergangs sei auszuführen, dass der Kläger durchgängig, ansatzweise auch bei Prof. Dr. B., von einem Sturz auf die Schulter gesprochen habe. Der von Prof. Dr. B. hypothetisch in den Raum gestellte Ablauf sei daher erheblich zweifelhaft. Auch komme es bei einem Sturz auf die Schulter keineswegs immer auch zu einer Kopfverletzung, ferner habe der Kläger ein - ggfs. leichtes - Anschlagen gar nicht negiert.

In rechtlicher Hinsicht führt die Beklagte aus, mit der Anerkennung eines Rotatorenmanschettenschadens werde der weiterhin bindende und hier nicht streitgegenständliche Bescheid vom 15.03.2010 berührt. Ggfs. müsse zunächst dieser in einem Überprüfungsverfahren geändert werden. Dort sei die Rotatorenmanschettenruptur ausdrücklich nicht als Unfallfolge anerkannt worden. Dies habe das SG im Tatbestand des angegriffenen Urteils unrichtig dargestellt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 4. Dezember 2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Er trägt vor, es sei keineswegs unstrittig gewesen, dass der Rotatorenmanschettenschaden unfallunabhängig sei. Er bestätigt, dass er vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei. Er verweist auf die fortbestehende Beschwerdefreiheit an der linken Schulter. Zum Unfallhergang trägt er vor, er sei sehr schnell und ohne Vorwarnung auf eisglatter Straße ausgerutscht und ihm sei daher eine detaillierte objektive Rekonstruktion des Unfallgeschehens schwer möglich. Der Kläger verweist auch auf die massiven unmittelbar nach dem Unfall dokumentierten Beschwerden.

Einen Antrag der Beklagten, die Vollstreckung aus dem angegriffenen Urteil vorläufig auszusetzen, hat die Vorsitzende des erkennenden Senats mit Beschluss vom 17.03.2014 abgelehnt.

Auf Bitten des Senats hat Prof. Dr. B. die ergänzende Stellungnahme vom 01.04.2014 vorgelegt. Darin hat er ausgeführt, es treffe zu, dass er das Gutachten von Dr. M. offensichtlich übersehen oder es nicht vorgelegen habe. Ferner sei ihm tatsächlich der weitere Unfall mit Sturz auf die rechte Schulter mit Verletzung des Schulterergelenks im April 2011 nicht bekannt gewesen. Insofern sei nicht daran festzuhalten, dass auch der fortbestehende Hochstand des körperlernen Schlüsselbeins auf den Unfall aus dem Februar 2009 zurückzuführen sei. Dieser Schaden habe aber ohnehin eine untergeordnete Rolle gespielt. Die festgestellte MdE sei auf die Verletzung der Rotatorenmanschette zurückzuführen. Ferner treffe es zwar zu, dass Rotatorenmanschettenläsionen grundsätzlich anfangs stumm verlaufen könnten, aber daraus könne nicht geschlossen werden, dass Vorerkrankungen bestanden hätten. Auf den Röntgenbildern vom 15.02.2009 und dem MRT vom 26.02.2009 seien keine Schadensanlagen oder Vorschäden festzustellen gewesen, allerdings könne er - Prof. Dr. B. - als Orthopäde diese Bilder ebenso wenig rechtsverbindlich befunden wie der Vorgutachter. Zum Hergang hat der Sachverständige noch bekundet, nach seiner Ansicht sei ein Rotatorenmanschettenschaden auch bei einem direkten Sturz auf die Schulter nicht auszuschließen. Ferner sei daran festzuhalten, dass nach der Lebenserfahrung ein solcher Sturz überhaupt nicht möglich sei, weil der Ellenbogen immer weiter vom Körperzentrum entfernt sei als die Schulter und die angeborenen Reflexe des Menschen bei einem Sturz immer zum Abspreizen des Armes führen, um ein Aufschlagen des Kopfes zu verhindern. Abschließend hat der Sachverständige erneut auf die massive Beweglichkeitseinschränkung unmittelbar nach dem Unfall hingewiesen, die bei einem chronisch degenerativen Schaden nicht zu erwarten sei.

Der Berichterstatter des Senats hat den Kläger persönlich, vor allem zum Unfallhergang, angehört, und mit den Parteien erörtert, ob das Gutachten Prof. Dr. B.s aus formalen Gründen oder wegen seiner Vorbefassung als Behandler unmittelbar nach dem Unfall nicht oder

eingeschränkt verwertbar sei. Wegen der Einzelheiten wird auf das Protokoll der nichtöffentlichen Sitzung vom 04.06.2014 verwiesen.

Im Anschluss daran hat der Kläger medizinische Unterlagen zu dem weiteren Unfall vom 16.01.2011 vorgelegt, nach denen neben einer Prellung der rechten Schulter im Wesentlichen eine Verletzung des oberen Sprunggelenks rechts diagnostiziert worden war. Ferner hat er die MRT-Bilder vom 30.09.2009 vorgelegt, die Dr. M. bei seiner Begutachtung vorgelegen hatten, aber danach nicht zur Akte gelangt waren.

Im Auftrag des Senats hat sodann der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Prof. Dr. O. das Gutachten vom 16.01.2015 erstattet. Er hat darin bekundet, bei dem Kläger beständen aktuell eine Schulterreckgelenkssprengung rechts mit Schlüsselbeinhochstand im Sinne einer Tossy-III-Verletzung, eine Minderung der Schulterkappenmuskulatur, die komplette und retrahierte Ruptur der Rotatorenmanschette rechts, eine Bewegungseinschränkung der rechten Schulter ohne aktives Erreichen der Horizontalen seit- und vorwärts, die beschriebene Narbenbildung, degenerative Veränderungen am Schulterreckgelenk und der Oberarmkopfhochstand sowie eine angegebene Gefühlsstörung im Bereich des nervus axillaris (Achselnerv). Die Schulterreckgelenkssprengung sei auf den Unfall im Mai 2011 zurückzuführen. Auch die Rotatorenmanschettenruptur beruhe nicht mit Wahrscheinlichkeit auf dem angeschuldigten Unfall im Februar 2009. Insoweit komme er - Prof. Dr. O. - zu einer anderen Beurteilung als Prof. Dr. B. ... Der Unfallhergang könne nicht als Indiz für einen Zusammenhang angesehen werden. Bei einem Sturz auf den angelegten Arm komme es im Normalfall nicht zu einer Zerreißen der Rotatorenmanschette. Einen solchen Hergang habe der Kläger in sämtlichen Gutachten und auch schon im Verwaltungsverfahren angegeben. Der von Prof. Dr. B. angenommene Hergang - Sturz nach hinten auf den Ellenbogen - sei daher zwar geeignet, an einen solchen Hergang habe sich der Kläger aber nicht mehr erinnern können. Hinsichtlich der bildgebenden Befunde spreche der Gelenkserguss für einen unfallbedingten Riss, dieser sei jedoch unspezifisch. Gegen eine unfallbedingte Ruptur sprächen die fehlende Knochenkontusion, die Retraktion der Sehne und die im Ansatzbereich der Sehne liegenden zarten Verkalkungen. Entsprechend sei die Ruptur bei der Beurteilung des MRT als möglicherweise degenerativ beschrieben worden. Im Operationsbericht werde keine Aussage über die Genese der Rotatorenmanschettenruptur getroffen. Für eine frische Ruptur spreche die dort dargestellte vollständige Refixationsmöglichkeit. Dagegen sprächen der riesige Schaden und die Retraktion der Sehnenenden. Außerdem werde kein Hämatom beschrieben, Einblutungen seien nicht erkennbar gewesen. Der histologische Befund des Materials vom 21.04.2009 spreche gegen eine alleinige akute Schädigung der Rotatorenmanschette. Aus dem klinischen Befund ergebe sich nur für die Folgetage (Feststellungen im D-Arzt-Bericht) ein Zusammenhang. Dagegen spreche die Zeit unmittelbar nach dem Unfall, insbesondere das Verhalten des Klägers am Unfalltag (Gang nach Hause, Essen, Joggen), gegen einen Zusammenhang. Eine unfallbedingte Rotatorenmanschettenruptur stelle ein massives Ereignis dar. Es sei schwer vorstellbar, dass nach einer solchen Ruptur noch Joggen möglich sei. Auch habe der Kläger bei Prof. Dr. K. auch auf Nachfrage eine Paralyse oder Pseudoparalyse rechts am Unfalltag verneint. Ferner, so der Sachverständige abschließend, spreche vor allem die Retraktion der Sehne, die im OP-Bericht und auch im kernspintomografischen Befund dargestellt werde, klar für eine ältere Rotatorenmanschettenruptur. Die unfallbedingte MdE hat Prof. Dr. O. mit 0 v.H. geschätzt, dies habe auch schon für die Zeit der Begutachtung bei Prof. Dr. K. im Dezember 2009 gegolten.

Zu diesem Gutachten hat der Kläger unter dem 23.02.2015 Stellung genommen. Im Tatsächlichen führt er dabei aus, er könne sich nicht mehr daran erinnern, auch am Unfalltag abends sein (volles) Lauf-Pensum absolviert zu haben, vielleicht habe er nur versucht zu joggen. Er habe sofort Schmerzen gehabt, diese aber zunächst durch Selbstmedikation behandelt.

Der Senat hat zunächst Prof. Dr. O. um eine ergänzende Stellungnahme gebeten. Dieser hat unter dem 24.03.2015 mitgeteilt, es könne zutreffen, dass eine stattgehabte Einblutung bei der Operation zwei Monate nach dem Unfall bereits abgebaut gewesen sein könne, normalerweise müssten aber in solchen Fällen noch Hämatomreste vorhanden sein. Das nach dem Unfall ärztlich vermerkte in den Oberarm auslaufende Hämatom sei kein Zeichen für eine Verletzung der Rotatorenmanschettenruptur. Nach dem radiologischen Befund vom 26.02.2009 sei der Erguss unspezifisch gewesen, also nicht sicher einem Hämatom zuzuordnen.

Ebenfalls von Amts wegen hat der Senat Prof. Dr. B. um eine Erwiderung gebeten. Dieser hat unter dem 19.05.2015 mitgeteilt, unter seiner Federführung sei jüngst eine klinische Studie durchgeführt und publiziert worden, die Kriterien für eine Unterscheidung zwischen traumatischen und degenerativen Läsionen der Rotatorenmanschette erarbeiten solle. Hierbei habe sich ergeben, dass eine Knochenkontusion ("bone bruise") für die Entstehungsbewertung überhaupt keine Bedeutung habe. Bei den Operationen der Vergleichsgruppen hätten sich bei über 2/3 der traumatischen Läsionen Einblutungen gefunden, jedoch bei keiner der degenerativen. Bei den histologischen Untersuchungen seien bei 63,6 % der traumatischen und 60,0 % der degenerativen Gruppe mutmaßliche degenerative Veränderungen beschrieben worden. Traumatische Veränderungen (Einblutungen, Siderophagen, Siderinablagerungen, fisurale Gewebeseinrisse) seien in 27,3 % der traumatischen und in 12,0 % der degenerativen Gruppe beschrieben worden. Dieser Unterschied sei statistisch nicht signifikant. Für die Beurteilung relevant seien daher nur die Einblutungen in den Sehnenrand. Diese seien jedoch regelmäßig nur bis zu 6 Wochen nach der Gewalteinwirkung feststellbar. Insofern spreche es nicht als ein eindeutiges Indiz gegen einen Unfallzusammenhang, dass bei dem Kläger bei der Operation keine Einblutung festgestellt worden sei. Zur Retraktion der Sehnen hat Prof. Dr. B. ausgeführt, eine solche habe auf den Bildern vom 26.02.2009 zwar festgestellt werden können, jedoch habe die genannte aktuelle Studie ergeben, dass nach den Kriterien Retraktionsgrad, Atrophie und Verfettung keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen traumatischer und degenerativer Gruppe beständen.

Beide Seiten haben zu den ergänzenden Stellungnahmen beider zuletzt gehörter Sachverständiger vorgetragen.

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

Entscheidungsgründe:

1. Die Berufung der Beklagten gegen das stattgebende Urteil des SG ist statthaft ([§ 143 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)), insbesondere nicht nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) ausgeschlossen, da laufende Sozialleistungen für mehr als ein Jahr in Streit stehen ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Die Berufung ist auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) erhoben.
2. Die Berufung ist auch begründet. Das SG hätte der Anfechtungs- und Leistungsklage des Klägers ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 Var. 1, Abs. 4 SGG](#)) auf Verurteilung zur Gewährung einer Rente dem Grunde nach ([§ 130 Abs. 1 SGG](#)) über den 31.01.2012 hinaus nicht stattgeben dürfen.

a) Allerdings war diese Klage statthaft und auch sonst zulässig.

aa) Zu Recht hat der Kläger in erster Instanz nicht nur den Bescheid vom 27.12.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20.03.2012 angefochten, sondern damit kombiniert - nach [§ 54 Abs. 4 SGG](#) - Leistungsklage erhoben. Auch dafür bestand ein ausreichendes Rechtsschutzbedürfnis:

Mit dem angegriffenen Bescheid hatte die Beklagte nicht nur die nach [§ 62 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) bereits gewährte Rente als vorläufige Entschädigung entzogen, sondern zugleich einen Anspruch auf eine Dauerrente verneint. Diese - einheitliche - Entscheidung kann nicht allein mit einer Anfechtungsklage überwunden werden.

Zwar wandelt sich der Charakter einer vorläufigen Rente in den Fällen des [§ 62 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) auch von allein (ipso iure) hin zu einer Dauerrente. Ist dies geschehen, kann der Unfallversicherungsträger eine spätere Änderung der Rente nur noch auf die allgemeinen Regelungen in [§ 48 Abs. 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) stützen (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urte. v. 16.06.2010, [B 2 U 2/09 R](#), Juris Rn. 19), sodass der Betroffene in der Folge nur noch Anfechtungsklage gegen den Aufhebungsbescheid erheben kann und muss. Diese Situation tritt aber erst nach Ablauf von drei Jahren nach dem Versicherungsfall ein ([§ 62 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Begehrt der Versicherte vor Ablauf dieser Zeit - erstmals - Dauerrente, so muss er diesen Anspruch mit einer Leistungsklage verfolgen. Diese Frist von drei Jahren wird gewährt durch die formale Bekanntgabe des Entziehungsbescheids, auch wenn die materiellen Rechtswirkungen erst später als nach drei Jahren eintreten sollen (BSG, Urte. v. 19.12.2013, [B 2 U 1/13 R](#), Juris Rn. 16 ff.). Hier nun datierte der Versicherungsfall auf den 14.02.2009. Der Entziehungsbescheid vom 27.12.2011 wurde dem Kläger am 10.01.2012 zugestellt, also noch vor Ablauf dreier Jahre. Die Bekanntgabe direkt gegenüber dem Kläger war auch wirksam, obwohl die Beklagte wusste, dass der Kläger schon im Verwaltungsverfahren anwaltlich vertreten war. An sich muss sich eine Behörde nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB X](#) im Verwaltungsverfahren an einen Bevollmächtigten wenden. Diese Regelung wird jedoch gerade für die Bekanntgabe von Verwaltungsakten durch die speziellere Vorschrift des [§ 37 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) verdrängt (v. Wulffen, SGB X, 6. Aufl. 2008, § 37 Rn. 10), die insoweit nur - ein freies - Ermessen vorsieht.

bb) Keinen Erfolg hat die Beklagte mit ihrem Einwand, bereits in dem Bescheid über die Rente als vorläufige Entschädigung vom 15.03.2010 habe sie die Anerkennung der Rotatorenmanschettenruptur als Unfallfolge abgelehnt und diese Ablehnung sei bindend. Insoweit kann sich die Beklagte nicht - insgesamt - auf die (materielle) Bestandskraft jenes Bescheids berufen. Der Kläger begehrt in diesem Verfahren eine Dauerrente nach einer MdE um 20 v.H. Der Bescheid vom 15.03.2010 betraf zunächst eine vorläufige Rente, also einen anderen Gegenstand als das jetzige Verfahren. Und selbst wenn die Ablehnung der Feststellung bestimmter Unfallfolgen in jenem Bescheid eine bestandskräftige Entscheidung war, so betrifft diese nur eine Vorfrage des jetzigen Verfahrens, hindert also nicht die Klage im Ganzen.

b) Die Klage ist aber nicht begründet, weil die angegriffenen Bescheide rechtmäßig waren ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)) und kein Anspruch auf eine Dauerrente aus [§ 56 Abs. 1 SGB VII](#), hier ggfs. i.V.m. [§ 62 Abs. 2 Satz 2 SGB VII](#), besteht.

aa) Fortwirkende relevante Verfahrensfehler bestehen nicht.

Wie bereits ausgeführt, war die Zustellung des Entziehungsbescheids direkt beim Kläger im Ergebnis rechtmäßig. Außerdem wäre ein eventueller Zustellungsmangel geheilt, weil der Bescheid dem Bevollmächtigten des Klägers spätestens am 16.01.2012 bekannt war (vgl. [§ 8](#) Verwaltungszustellungsgesetz des Bundes [BVwZG], das hier nach [§ 65 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) anwendbar ist, da die Beklagte ein bundesunmittelbarer Unfallversicherungsträger ist).

Dass die Beklagte bei Erlass des Entziehungsbescheids die selbst gesetzte Anhörungsfrist (vgl. [§ 24 Abs. 1 SGB X](#)) nicht gewahrt hat, ist nach [§ 42 Satz 1 SGB X](#) unbeachtlich. [§ 42 Satz 2 SGB X](#) betrifft nur vollständig unterbliebene Anhörungen. Ggfs. wäre ein Mangel nach [§ 41 Abs. 1 Nr. 3 SGB X](#) im Widerspruchsverfahren geheilt worden.

cc) Für den hier maßgeblichen Zeitraum ab Erlass des Entziehungsbescheids (wobei hier auf die materielle Wirkung abzustellen ist, also die Zeit ab dem 01.02.2012), bedingen die Folgen des Arbeitsunfalls des Klägers vom 14.02.2009 nicht mindestens eine MdE um 20 v.H., die aber nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) für eine Rente notwendig wäre.

(1) Hinsichtlich der Höhe der MdE hat sich die Beklagte nicht nach [§ 77 SGG](#) durch die Gewährung einer Rente als vorläufiger Entschädigung gebunden. Wie bereits zu dem Bescheid vom 15.03.2010 im Ganzen ausgeführt (vgl. oben a) bb)), ist die Entscheidung über eine Dauerrente eine Erstentscheidung und nicht die Abänderung einer bereits laufenden Bewilligung, die nur unter den Voraussetzungen der [§§ 45 Abs. 1 oder 48 Abs. 1 SGB X](#) möglich wäre. Für die hier relevante MdE ergibt sich die Möglichkeit einer freien Neufestsetzung eindeutig aus [§ 62 Abs. 2 Satz 2 SGB VII](#).

(2) Ebenso besteht im Ergebnis auf Grund des Bescheids vom 15.03.2010 keine Bindung an bereits festgestellte Unfallfolgen.

Eine solche Bindung ist zwar grundsätzlich denkbar, auch wenn eine solche Feststellung nur Elemente eines - anderen - Anspruchs beträfe und Elementenfeststellungen grundsätzlich ausgeschlossen sind. Abweichend von diesem Grundsatz sind die Unfallversicherungsträger befugt, einzelne Gesundheitsschäden als Unfallfolgen bindend festzustellen (vgl. BSG, Urte. v. 22.06.2004, [B 2 U 36/03 R](#), Juris Rn. 19 m.w.N.). Diese Rechtsansicht wird bestätigt durch die im Ergebnis eindeutige Regelung für die gerichtliche Feststellung. Insoweit lässt [§ 55 Abs. 1 Halbsatz 1 Nr. 3 SGG](#) ausnahmsweise eine Feststellungsklage zu, die nach unbestrittener Ansicht in ein rechtskräftiges Urteil münden kann, das nach [§ 141 Abs. 1 SGG](#) Bindungswirkung entfaltet. Nichts anderes kann für die Bindungswirkung des [§ 77 SGG](#) für bestandskräftige Verwaltungsakte gelten.

Anders als bei der behördlichen Feststellung einer MdE im Rahmen einer vorläufigen Entschädigung kann ein Unfallversicherungsträger auch nicht ohne Weiteres neu entscheiden. [§ 62 Abs. 2 Satz 2 SGB VII](#) gilt hier nicht (BSG, Urte. v. 30.10.1962, [2 RU 225/59](#), Juris Rn. 27 zur sogar offener formulierten Vorläufernorm in § 1585 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 Reichsversicherungsordnung [RVO]). Es wären allein die allgemeinen Vorschriften anwendbar, wobei hier allein [§ 45 Abs. 1 SGB X](#) in Betracht kommen dürfte.

Eine solche Bindungswirkung kann die behördliche Feststellung von Unfallfolgen jedoch nur entfalten, wenn sie - aus der Sicht eines

verständigen Erklärungsempfängers - als Verfügungssatz ausgestaltet worden ist (BSG, Urt. v. 22.06.2004, [a.a.O.](#), Rn. 19). Eine solche Verfügung kann grundsätzlich auch im Rahmen der Begründung des Bescheids gegeben werden, wenn sie nur hinreichend deutlich wird. Bei der Auslegung eines Bescheids in diesem Bereich können eher Ausführungen zur MdE (und zum Jahresarbeitsverdienst) als weitere Verfügungssätze eingestuft werden, zumindest bei der Bewilligung einer Rente, weil diese Elemente die Rentenhöhe bestimmen (BSG, a.a.O., Rn. 18). Geht es dagegen um Ausführungen zu Unfallfolgen und sind diese nicht eindeutig als bindende Feststellung ausgestaltet, so sind sie im Zweifel nur als Begründungselement des Bescheids einzustufen.

Vor diesem Hintergrund wertet der Senat die Ausführungen zu den Unfallfolgen in dem Bescheid vom 15.03.2010, insbesondere die Ablehnung der Anerkennung der Rotatorenmanschettenruptur, nur als Begründung. Diese Ausführungen standen nach dem einleitenden Satz "Unsere Entscheidung begründen wir wie folgt". Auf die Unfallfolgen war die Beklagte in dem eindeutigen Verfügungssatz vor dieser Begründung auch nicht eingegangen, nicht einmal dem Ansatz nach, anders als auf die für die Entscheidung relevanten Elemente (MdE, Beginn der Rente, Höhe [aus dem JAV errechnet]). Es ist nicht zu erkennen, dass die Beklagte mit den Ausführungen zu den Unfallfolgen sich oder den Kläger binden wollte.

Daraus folgt, dass die Beklagte in dem hier angegriffenen Bescheid vom 27.12.2011 frei über die Unfallfolgen entscheiden konnte.

(3) Die Unfallfolgen bedingen indes keine rentenberechtigende MdE. Für die Bewertung der MdE nach einer Schulterverletzung wie jener des Klägers ist vor allem die Einschränkung der Beweglichkeit und ggfs. der Kraft maßgeblich. Die hierfür anerkannten Erfahrungswerte (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 523) gelten für die Folgen vieler Schulterverletzungen, auch für die Folgen von Verletzungen der Rotatorenmanschette (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 521, vgl. auch S. 409). Für eine Bewegungseinschränkung bei der Armhebung vorwärts bzw. seitwärts auf höchstens 90° (Waagerechte) bei freier Rotation ist insoweit eine MdE von 20 v.H. anzunehmen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 419, S. 523).

Bei dem Kläger nun würden die aktuellen Bewegungsausmaße eine solche MdE bedingen. Prof. Dr. O. hat (vgl. das Messblatt im Anhang) für die rechte Schulter eine Armhebung seitwärts/körperwärts von nur 90/0/30° gemessen, (links: 180/0/30°) und rückwärts/vorwärts eine solche von 40/0/70° (links: 40/0/160°). Die Armhebung war also in beiden Richtungen auf höchstens 90° eingeschränkt, während die Rotation frei war (beidseits 20/0/60° bei anliegendem Arm; dass die Rotation bei gestrecktem Arm als "nicht möglich" eingestuft wurde, dürfte darauf beruhen, dass schon die Streckung in die Horizontale ausgeschieden ist).

Diese Bewegungseinschränkung beruht ausschließlich auf der Rotatorenmanschettenruptur und nicht etwa auf den unstrittigen Unfallfolgen wie der Schulterprellung oder den mittelbaren Unfallfolgen, also den Folgen der zur Aufklärung oder Behebung der Unfallschäden durchgeführten Operationen bei Prof. Dr. B. einschließlich des nach der ersten OP aufgetretenen Wundinfekts (vgl. [§ 11 Abs. 1 SGB VII](#)). In diesem Punkt sind sich die Gutachter einig. Dr. M. hat hierzu (S. 23 seines Gutachtens) die Bewegungseinschränkungen als "entsprechend der nachgewiesenen Komplettruptur der Supraspinatussehne" beschrieben. Auch Prof. Dr. B., der im Übrigen zu anderen Einschätzungen gekommen ist, hat ausgeführt, dass der "erhebliche Funktionsverlust" ohne die - seiner Ansicht im Unfall liegende - "erhebliche Gewalteinwirkung" auf die Rotatorenmanschette nicht eingetreten wäre (S. 34 f. seines Gutachtens). Es sind auch keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Bewegungseinschränkung auf anderen Ursachen beruht. Die Verletzung des Schultergelenks stammt von dem dritten Unfall des Klägers im Mai 2011, die Bewegungseinschränkungen bestanden aber schon zuvor. Die weiteren Folgen des Unfalls vom 14.02.2009 sind zu geringfügig, um dauerhafte Bewegungseinschränkungen dieses Ausmaßes zu bedingen.

(4) Allerdings kann die Rotatorenmanschettenruptur nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich ursächlich auf den Unfall vom 14.02.2009 zurückgeführt werden.

(a) Die rechtlichen Voraussetzungen für die Annahme eines Ursachenzusammenhangs mit diesem Wahrscheinlichkeitsgrad hat das SG in dem angegriffenen Urteil zutreffend dargelegt. Darauf wird zur Vermeidung von Wiederholungen verwiesen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Es trifft insbesondere zu, dass ein Unfall, insbesondere bei einem vorbestehenden Schaden oder einer besonderen Schadensanlage, nur als Gelegenheitsursache und damit nicht als wesentliche Ursache eingestuft werden kann, wenn der Schaden auch bei anderen, ggfs. alltäglichen Einwirkungen im näheren zeitlichen Umfeld hätte auftreten können (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 24, 26). Ebenso ist es richtig, dass das Gericht im Rahmen seiner Überzeugungsbildung die relevanten Indizien für und gegen einen Zusammenhang ermitteln und im Einzelfall würdigen muss, ob und mit welchem Gewicht sie für oder gegen einen Zusammenhang sprechen. Hinzuweisen ist an dieser Stelle nur darauf, dass diese Indizien, also die für oder gegen einen Ursachenzusammenhang sprechenden Tatsachen, ihrerseits im Vollbeweis festgestellt werden müssen und das abgesenkte Beweismaß der hinreichenden Wahrscheinlichkeit erst für die Gesamtschau aller Indizien zur Feststellung des Zusammenhangs insgesamt gilt (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 47 f.; vgl. allgemein BSG, Urt. v. 30.04.1985, 2 RU 46/84, Juris Rn. 16). Es wäre eine zu weitgehende Beweiserleichterung für einen Versicherten, wenn auch noch die einzelnen Indizien, die dem relevanten Wahrscheinlichkeitsschluss zu Grunde gelegt werden, nur mit Wahrscheinlichkeit feststehen müssten. Gründe für eine so weitgehende Beweiserleichterung bestehen nicht, weil die fraglichen Indizien äußere, also unmittelbare Beweisen zugängliche Tatsachen sind. Ist ein Pro- oder Contra-Indiz daher nicht bewiesen, so ist dieser Punkt nicht zu berücksichtigen, natürlich erst recht nicht das Gegenteil.

(b) Der Senat schickt vorweg, dass er seiner Entscheidung im Rahmen seiner freien Überzeugung ([§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) neben den Akten und den medizinischen Einschätzungen der Beratungsärzte der Beklagten auch die Feststellungen und Schlussfolgerungen aller gehörten Gerichtssachverständigen zu Grunde gelegt hat. Auch das Gutachten von Prof. Dr. B. war weder aus formalen noch aus inhaltlichen Gründen außer Betracht zu lassen.

Ob die Tatsache, dass der Kläger nach dem Unfall bei Prof. Dr. B. in Behandlung war, einen Befangenheitsgrund nach [§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 406 Abs. 1](#) Zivilprozessordnung (ZPO) dargestellt hat (vgl. zur Besorgnis der Befangenheit bei einer medizinischen Behandlung einer Partei Thomas/Putzo, ZPO, 32. Aufl. 2011, § 406 Rn. 2 m.w.N.), lässt der Senat offen, da eine Befangenheit nur in einem Ablehnungsverfahren geltend gemacht werden kann, aber keine Partei Prof. Dr. B. (fristgerecht) abgelehnt hat (vgl. [§ 406 Abs. 2 Satz 1 ZPO](#)). Hinzuweisen ist zumindest darauf, dass Prof. Dr. B. nicht die Operation am 21.04.2009 durchgeführt hat, die unter Umständen zu einer Haftung der Beklagten nach [§ 11 Abs. 1 SGB VII](#) hätte führen können und die Gegenstand eines Arzthaftungsprozesses des Klägers vor den Zivilgerichten war.

Auch materiell war Prof. Dr. B.s Gutachten nicht ungenügend im Sinne von [§ 412 Abs. 1 ZPO](#). Zwar hatte dieser Sachverständige das Vorgutachten von Dr. M. übersehen und er wusste auch nichts von dem weiteren Unfall des Klägers im Mai 2011, was zu den von der Beklagten monierten Schwierigkeiten bei der Einordnung der Schäden am Schulterergelenk geführt hat. Aber diese Punkte wogen nicht so schwer, dass das Gutachten unverwertbar war, zumal Prof. Dr. B. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 01.04.2014 darauf eingegangen ist. Auch dass dieser Sachverständige zu anderen Einschätzungen kam als die anderen Gutachter, ist kein Mangel des Gutachtens, sondern richterlich zu würdigen. Entsprechend hat der Senat im Anschluss das Gutachten bei Prof. Dr. O. nicht nach [§ 412 Abs. 1 ZPO](#) erhoben, sondern als "Obergutachten" im Hinblick auf die widersprechenden Einschätzungen von Dr. M. und Prof. Dr. B. (vgl. im Einzelnen Thomas/Putzo, a.a.O., § 412 Rn. 1, 3).

(c) Auf dieser Basis hält es der Senat nicht für hinreichend wahrscheinlich, dass die Ruptur der Supraspinatussehne des Klägers auf den Unfall vom 14.02.2009 als wesentliche Ursache zurückzuführen ist. Deutlich mehr Indizien sprechen gegen einen solchen Verlauf als dafür:

Der Unfallhergang spricht gegen einen Ursachenzusammenhang. Der Senat ist davon überzeugt, dass der Kläger direkt auf die Schulter gefallen ist und nicht etwa primär auf den (insbesondere nach hinten) ausgestreckten Arm oder zumindest den Ellenbogen. Diesen Hergang hat der Kläger selbst von Anfang an so geschildert, erstmals bereits ausdrücklich in dem - zeitnah erhobenen - Unfallfragebogen vom 15.03.2009 und ebenfalls bei seinen beiden gerichtlichen Anhörungen am 28.02.2011 vor dem SG und am 04.06.2014 vor dem Berichterstatter des erkennenden Senats. Seine Einlassung wird gestützt durch weitere Indizien (Sekundärindizien), die aktenkundig sind. Im ersten Durchgangsarztbericht nach der Untersuchung am 15.02.2009 hat Prof. Dr. A. eine Prellung der rechten Schulter diagnostiziert, aber keine Verletzungen (z.B. Abschürfungen) an Händen oder Ellenbogen. Ein solcher Hergang, den der Kläger geschildert hat, ist ungeeignet, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen, gerade auch wenn die Ruptur ein so großes Ausmaß hatte wie es beim Kläger festgestellt worden ist (vgl. hierzu Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 412 f.). Demgegenüber kann der Senat den Ausführungen Prof. Dr. B.s nicht folgen, es müsse von einem Sturz auf den ausgestreckten Arm oder den angewinkelten Ellenbogen ausgegangen werden, weil Menschen bei einem Sturz typischerweise reflexartig versuchten, sich abzustützen. Diese Behauptung hat Prof. Dr. B. nicht näher belegt, sie erscheint auch selbst aus laienhafter Einschätzung nicht zwingend: z.B. wenn eine Last mit beiden Händen getragen wird, stützt man sich oft nicht ab, sondern hält weiter fest.

Das Verhalten des Klägers nach dem Unfall wertet der Senat ebenfalls als Contra-Indiz. Wie Prof. Dr. O. in seinem Gutachten vom 16.01.2015 überzeugend dargelegt hat, hätte bei einer Zerreißung der Supraspinatussehne bei dem Unfall am 14.02.2009 sofort eine erhebliche Bewegungseinschränkung auftreten müssen; Joggen wäre seiner nachvollziehbaren Ansicht nach nicht mehr möglich gewesen. Diese Einschätzung deckt sich mit der medizinischen Literatur, wonach nicht nur eine Arbeitseinstellung und ein Arztbesuch am Unfalltag oder am folgenden Tag gefordert sind, sondern auch ein sofortiges Schmerzmaximum, das in den folgenden Wochen abklingt (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 415). Der Kläger konnte jedoch am Unfalltag noch joggen und selbst sein Essen richten und zu sich nehmen. Eine sofortige Bewegungsaufhebung war nicht zu verzeichnen und die Schmerzen sind nach seinen Bekundungen - erst - in der Nacht deutlich schlimmer geworden. Diesen Ablauf entnimmt der Senat den Angaben des Klägers bei der Begutachtung bei Prof. Dr. K. am 20.10.2009, wie sie in dem Gutachten vom 14.12.2009 wiedergegeben werden. Der Kläger hat diese seine Angaben später nicht bestritten, sondern sich eher auf Erinnerungslücken berufen, die aber bei einem längeren zeitlichen Ablauf wie hier nicht ungewöhnlich sind, sodass gerade auf die zeitnächsten Angaben abzustellen ist.

Auf organischem Gebiet sind die vorliegenden Indizien indifferent, sie sprechen weder für noch gegen einen Unfall am 14.02.2009 als wesentliche Ursache der Ruptur. Zwar sind - frische - Knochenkontusionen (bone bruise) oder Einblutungen im Schulterbereich Indizien für eine traumatische Genese (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 415). Das Fehlen solcher Merkmale schließt jedoch einen solchen Zusammenhang nicht aus. Dies gilt bei der Einblutung insbesondere dann, wenn die entsprechenden - negativen - Befunde erst längere Zeit nach dem angeschuldigten Ereignis erhoben werden, weil eine Einblutung in dieser Zeit abgebaut sein kann. Diese Punkte haben Prof. Dr. O. und auch Prof. Dr. B. in seiner Stellungnahme vom 19.05.2015 - insoweit übereinstimmend - dargelegt. Der Gelenkguss, der am 26.02.2009 kernspintomografisch festgestellt wurde, war als unspezifisch eingestuft worden, sodass nicht feststeht, dass er eine Einblutung war. Die Annahme Prof. Dr. O.s, bei einer derart großen Verletzung wie hier hätten auch bei der Operation, also nach sechs Wochen, noch Reste eines Hämatoms gefunden werden müssen, erscheint zwar zulässig, aber nicht aus ausreichend tragfähig, um daraus zu Lasten des Klägers ein Contra-Indiz gegen einen Unfallzusammenhang zu entnehmen.

Letztlich ebenfalls indifferent ist die Frage nach der Vorgeschichte zu beantworten. Der Senat ist weder von Vorschäden bzw. leicht ansprechenden Schadensanlagen überzeugt noch von ihrem Nichtvorliegen. Nach medizinischer Einschätzung sprechen das Fehlen von Vorerkrankungen und unauffällige Röntgenbilder (vor oder nach dem angeschuldigten Ereignis, bezogen auf degenerative Veränderungen) für eine traumatische Genese. Leichte Beschwerden bzw. kleinere degenerative Veränderungen allein sind allerdings noch kein Contra-Indiz. Veränderungen können noch altersgemäß sein. Aber auch wenn sie über das altersübliche Maß hinausgehen, kann es sein, dass sie keine Beschwerden auslösen und so geringfügig sind, dass nicht jede alltägliche Belastung in etwa zur Zeit des angeschuldigten Ereignisses ebenfalls zu einer Ruptur der Rotatorenmanschette geführt hätte. Eindeutige Contra-Indizien sind - nur - eine (nachgewiesene) Omarthrose, eine AC-Gelenksarthrose, ein Oberarmkopfhochstand oder frühere Luxationen oder andere Traumen der Schulter (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 414). Solche erhebliche Vorschäden konnten bei dem Kläger nicht festgestellt werden. Das von der TKK beigezogene Vorerkrankungsverzeichnis war leer. Aber andererseits kann auch nicht von völlig unauffälligen intraoperativen und bildgebenden Befunden gesprochen werden, vielmehr lagen organische bzw. degenerative Veränderungen vor: Dr. H. hat bei der histologischen Untersuchung des am 21.04.2009 entnommenen Materials Zeichen einer degenerativen Vorschädigung in Form einer herdförmig akzentuierten Myxofibrose mit chondroider Metaplasie und winzigen intratendinösen Spaltbildungen sowie Gefäßinsprossungen vom Granulationstyp und vereinzelte Siderophagen als Zeichen - mehrerer - stattgehabter Einblutungen festgestellt. Gestützt auf diesen Befund hat Prof. Dr. O. überzeugend ausgeführt, der histologische Befund spreche gegen eine alleinige akute Schädigung. Bei der MRT-Untersuchung vom 26.02.2009 wurden nach den Ausführungen von Dr. E. Hinweise auf "zarte Verkalkungen" gefunden, ebenso Zeichen für eine leichtgradige AC-Gelenksarthrose, außerdem war der Subacromialraum grenzwertig weit. Bei der OP am 21.04.2009 selbst letztlich wurde nach dem Bericht von Dr. D. eine Retraktion der Sehnenenden festgestellt. Diese bildgebenden Befunde sprechen nach Prof. Dr. O.s überzeugender Einschätzung gegen eine vollständige Schadensfreiheit vor dem Unfall. Diese Einschätzung konnte auch Prof. Dr. B. in der Stellungnahme vom 19.05.2015 mit seinen Ausführungen zu der von ihm durchgeführten Studie nicht erschüttern. Wenn alle solche Symptome (bone bruise, histologische und bildgebende Anzeichen für Degeneration - mit Ausnahme von Einblutungen - bei degenerativen und traumatischen Rupturen der Rotatorenmanschette nahezu gleichermaßen oft vorkommen, so zeigt dies nur, dass diese Indizien weder

für noch gegen einen Unfallzusammenhang gewertet werden können.

Unter Berücksichtigung all dieser Gesichtspunkte spricht nicht mehr für als gegen einen wesentlich ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und der die Bewegungseinschränkungen des Klägers bedingenden Veränderung der Supraspinatussehne.

(5) Die weiteren Unfallfolgen für sich genommen bedingen keine MdE von wenigstens 20 v.H. Dies gilt auch für die Folgen der Operation am 21.04.2009, die nach [§ 11 Abs. 1 SGB VII](#) eventuell der Beklagten zuzurechnen sind. Insoweit handelt es sich im Wesentlichen um einen Wundinfekt, also eine vorübergehende Schädigung. Dass bei der Operation am 21.04.2009 Schäden verursacht worden sind, die ihrerseits maßgeblich zu den - im Vordergrund stehenden - Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter des Klägers beigetragen hätten, ist nicht ersichtlich.

c) Nach alledem waren auf den Antrag der Beklagten hin das angegriffene Urteil aufzuheben und die Klage abzuweisen.

3. Demnach war - gestützt auf [§ 193 SGG](#) - über die Kosten beider Instanzen zu entscheiden.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-10-09