

L 8 U 1212/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8

1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 1 U 1112/16

Datum
24.02.2017

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 1212/17

Datum
18.05.2018

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung des Klägers werden das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 24.02.2017 sowie der Bescheid der Beklagten vom 13.01.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.03.2016 abgeändert.

Es wird festgestellt, dass eine Ruptur der Rotatorenmanschette links mit Verletzung der Supraspinatus-, Infraspinatus- und Subscapularissehnen Folgen des Arbeitsunfalls am 18.08.2015 sind.

Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. für den Zeitraum vom 18.04.2016 bis 13.09.2016 zu gewähren.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen und die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger seine außergerichtlichen Kosten in beiden Instanzen i.H.v. 60 % zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger wegen seines Arbeitsunfalls am 18.08.2015 Verletztenrente zusteht und eine Rotatorenmanschettenläsion Unfallfolge ist.

Der 1960 geborene Kläger ist bei der A. Deutschland AG als Kfz-Sachverständiger beschäftigt. Am 18.08.2015 ist er während der Arbeit bei der Besichtigung eines Kraftfahrzeugs gestürzt. Er suchte am Unfalltag den Durchgangsarzt Dr. N. auf, der nach angegebenem Sturz auf die linke Hand eine Schulterzerrung links bei massiv eingeschränkter Schulterbeweglichkeit links diagnostizierte (Durchgangsarztbericht vom 19.08.2015). Die Magnetresonanztomographie (MRT) vom 26.08.2015 ergab eine komplette Ruptur der Rotatorenmanschette links mit ausgedehntem lokalen Weichteilödem. Die Supraspinatussehne und die Infraspinatussehne zeigten sich ruptiert (Befundbericht des Radiologen Dr. K. vom 27.08.2015). Während der stationären Behandlung vom 12.11.2015 bis 15.11.2015 in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. (BG-Klinik) wurde in der arthroskopischen Operation am 12.11.2015 eine Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion der linken Schulter vorgenommen (Bericht der BG-Klinik vom 13.11.2015 und OP-Bericht vom 12.11.2015, Bl. 97 ff und 121 der BG-Akte). Bei der unter fortbestehender Arbeitsunfähigkeit erfolgten Kontrolluntersuchung am 29.03.2016 in der BG-Klinik fand sich eine noch eingeschränkte Schulterbeweglichkeit mit Abduktion bis 90° und Anteversion bis knapp 100°. Der Eintritt der Arbeitsfähigkeit als Kfz-Gutachter wurde bis 18.04.2016 als möglich erachtet (Bericht der BG-Klinik vom 01.04.2016, Bl. 24/25 der SG-Akte). Arbeitsunfähigkeit bestand vom Unfallzeitpunkt bis 17.04.2016 (Vorerkrankungsverzeichnis der kaufmännischen Krankenkasse, H. , vom 01.06.2016 und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung der BG-Klinik vom 29.03.2016, Bl. 32 und 41 der SG-Akte).

In dem von der Beklagten eingeleiteten Feststellungsverfahren zog sie medizinische Untersuchungsberichte bei und veranlasste die Unfallanzeige des Arbeitgebers vom 03.09.2015 (Bl. 31 der BG-Akte), in der als Unfallhergang angegeben worden war, dass der Kläger bei Besichtigung eines Kfz beim Rückwärtsgehen an einem Gartenzaunpfosten hängen geblieben und auf die linke Schulter gefallen sei. Im Vordruck der Beklagten führte der Kläger unter dem 09.09.2015 aus, er sei mit nach vorne gestrecktem Arm direkt auf die linke Schulter und nicht direkt auf den linken Ellenbogen gestürzt. Es sei ihm nicht möglich gewesen, den Sturz zu verhindern. Er habe eine handgroße blaue Verfärbung (Bluterguss) gehabt.

In der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. T. vom 06.11.2015 wurde der Einschätzung der Beklagten zugestimmt, dass nach dem angegebenen Unfallhergang und den im MRT-Befund beschriebenen Veränderungen der Schulter nur von einer Prellung mit einer Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit von max. 4 Wochen als Folge des Unfalls auszugehen sei. Die intraartikulären Veränderungen der Schulter seien unfallunabhängig. Mit Bescheid vom 13.01.2016 wurde das Ereignis vom 18.08.2015 als Arbeitsunfall anerkannt. Die Gewährung einer Rente wurde abgelehnt. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit wurde bis zum

12.09.2015 anerkannt.

Am 18.01.2016 legte der Kläger hiergegen Widerspruch ein (Bl. 151 der BG-Akte) und führte hierzu aus (Schreiben vom 02.02.2016, Bl. 161ff der BG-Akte), er habe am Unfalltag die bei der Besichtigung des Kfz ermittelten Daten direkt in sein Pad, welches er in der linken Hand gehalten und mit der rechten Hand bedient habe, eingegeben. Um das Pad vor einer Zerstörung beim Sturz zu schützen, sei ihm ein reflexartiges Abfangen des Sturzes mit der linken Hand nicht möglich gewesen. Er sei deshalb mit der vollen Wucht seines Körpergewichts auf die linke Schulter geprallt. Er habe nach dem Sturz ein unbeschädigtes Pad in der Hand gehalten. Es seien sofort unerträgliche Schmerzen aufgetreten. Beim Aufstehen sei er fast kollabiert und hätte etwa 30 Minuten ruhen müssen, bis sich sein Kreislauf stabilisiert hatte. Mit Widerspruchsbescheid vom 21.03.2016 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

Am 04.04.2016 erhob der Kläger vor dem Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage mit dem Begehren, eine Rotatorenmanschettenläsion links als Unfallfolge festzustellen und ab 09.01.2016 Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 20 v.H. zu gewähren.

Das SG zog medizinische Unterlagen und das Vorerkrankungsverzeichnis der Kaufmännischen Krankenkasse H. vom 01.06.2016 bei. Außerdem holte das SG von Prof. Dr. L. das orthopädisch/unfallchirurgische Gutachten vom 28.10.2016 ein, in dem dieser eine Läsion der Rotatorenmanschette links mit Narbenbildung, Muskelminderung, Kraftminderung, endgradige Bewegungseinschränkung auf das Unfallereignis vom 18.08.2015 zurückführte. Inwieweit eine Vorschädigung der Rotatorenmanschette, insbesondere der Supraspinatussehne bereits vorgelegen habe, sei nicht sicher abgrenzbar. Doch die Gesundheitsstörungen seien zumindest im wesentlichen Umfang auf den Unfall zurückzuführen. Dem Geschehen komme zumindest die Bedeutung einer richtungsweisenden Verschlimmerung zu.

Mit Urteil vom 24.07.2017 wies das SG die Klage ab. Ein für die Ruptur der Sehnen der Rotatorenmanschette geeigneter Unfallhergang habe nach dem Vorbringen des Klägers nicht stattgefunden. Ein direkter Sturz auf die Schulter verursache keine ausschließlich traumatische Ruptur der Supraspinatussehne. Zudem fehlten äußere Verletzungszeichen wie Schwellungen oder Bluterguss unmittelbar nach dem Unfall. Der radiologisch am 26.08.2015 objektivierte Humeruskopfhochstand spreche ebenfalls gegen eine erst am 18.08.2015 eingetretene Ruptur. Nachgewiesen sei auch eine degenerative Veränderung des Schultergelenks mit anlagebedingtem Knochensporn als Schadensanlage für eine Rotatorenmanschettenläsion. Der Beurteilung des Sachverständigen könne sich das Gericht daher nicht anschließen.

Gegen das dem Klägerbevollmächtigten am 02.03.2017 zugestellte Urteil hat der Kläger am 28.03.2017 Berufung eingelegt und sich zur Begründung auf das Gutachten von Prof. Dr. L. berufen. Der Sachverständige habe auf die Bedeutung eines Oberarmkopfhochstandes anhand des MRT-Befundes hingewiesen, diesen aus ärztlicher Sicht jedoch nicht mehr thematisiert, weshalb davon auszugehen sei, dass kein gravierender Oberarmkopfhochstand vorgelegen habe. Ein Impingementsyndrom habe der Sachverständige unter Hinweis auf die Ausführungen im OP-Bericht, dass der subacromiale Raum ausreichend Platz geboten habe, verneint.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 24.07.2017 aufzuheben und den Bescheid der Beklagten vom 13.01.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.03.2016 abzuändern, eine Rotatorenmanschettenläsion links als Unfallfolge festzustellen sowie die Beklagte zu verurteilen, ihm ab 09.01.2016 Verletztenrente nach einer MdE um wenigstens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie bezieht sich zur Begründung auf die Ausführungen im angefochtenen Urteil. Soweit der Kläger auf ein im Durchgangsarztbericht nicht erwähntes Hämatom abstellt, sei dies erstmals bei der Untersuchung durch Prof. Dr. L. vom Kläger angegeben worden, weshalb sich dies nicht feststellen lasse. Eine Einblutung hätte auch in der MRT-Aufnahme vom 26.08.2015 erkennbar sein müssen. Eine typische Pseudoparalyse des linken Arms unmittelbar nach dem Unfall könne den Unterlagen nicht entnommen werden. Das Sozialgericht habe zutreffend ausgeführt, dass selbst unter der Annahme, dass die Rotatorenmanschette bei dem Unfall vollständig ruptiert wäre, der Sturz auf die Schulter nur als Gelegenheitsursache anzusehen wäre.

In der nicht-öffentlichen Sitzung am 13.04.2018 ist der Rechtsstreit mit den Beteiligten erörtert worden; seitens des Beklagtenvertreters ist die Beendigung des Rechtsstreits durch Vergleich über eine Rente als Gesamtvergütung nach einer MdE um 20 v.H. für zweieinhalb Monate abgelehnt worden. Im Termin haben sich die Beteiligten mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Der Senat hat die Verwaltungsakte der Beklagten und die Akte des SG beigezogen. Auf diese sowie auf die vor dem Senat angefallene Akte wird wegen weiterer Einzelheiten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig und teilweise begründet. Der streitgegenständliche Bescheid des Beklagten vom 13.01.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.03.2016 ist rechtswidrig soweit eine Ruptur der Rotatorenmanschette links mit Verletzung der Supraspinatus-, Infrapinatus- und Subscapularissehnen als Unfallfolge verneint und befristete Verletztenrente abgelehnt wurden. In diesem Umfang ist der Kläger in seinen Rechten verletzt, weshalb der angefochtene Bescheid und das Urteil des SG insoweit aufzuheben waren. Der Kläger hat einen Anspruch auf die begehrte Feststellung (unten 1.) und auf die begehrte Verletztenrente im tenorierten Umfang (unten 2.). Dagegen ist die Berufung unbegründet, soweit darüberhinausgehend Verletztenrente auf unbestimmte Zeit ab Januar 2016 begehrt worden ist.

Soweit der Kläger die Feststellung der Sehnenrisse als Folgen des Unfalls vom 18.08.2015 begehrt, ist richtige Klageart die kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage gemäß [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) oder nach Wahl des Versicherten kombiniert mit der Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) (vgl. BSG 05.07.2011 - [B 2 U 17/10 R](#) -, [BSGE 108, 274](#) und BSG 27.04.2010 - [B 2 U 23/09 R](#) -). Bei dem Klageantrag handelt es sich um eine nach [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) zulässige Anfechtungs- und Feststellungsklage auf Feststellung der Unfallfolgen. Mit dem angefochtenen Bescheiden vom 13.01.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.03.2016 hat die Beklagte den vom Kläger als

Unfallfolge geltend gemachten Gesundheitsschaden "Rotatorenmanschettenruptur" ausdrücklich als Unfallfolgen abgelehnt. Es besteht auch ein Feststellungsinteresse nach [§ 55 Abs. 1 SGG](#). Aus der Feststellung der Rotatorenmanschettenruptur als Unfallfolge können konkrete Leistungsansprüche abgeleitet werden, die der Kläger mit weiterem Antrag auf Gewährung von Verletztenrente auch geltend macht, worüber die Beklagte im streitgegenständlichen Bescheid ebenfalls ablehnend entschieden hat. Dieses Begehren hat der Kläger im Berufungsverfahren mit der zulässigen Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1, Abs. 4 SGG](#)) geltend gemacht.

1. Die beim Kläger diagnostizierte Rotatorenmanschettenruptur links mit Verletzung der Supraspinatus-, Infraspinatus- und Subscapularissehnen ist Folge des Unfalls am 18.08.2015. Der Senat ist zu der Feststellung gelangt, dass der Unfall wesentliche Ursache für die eingetretenen Sehnenrupturen war.

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (st. Rspr. vgl. stellvertretend BSG vom 12. April 2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - [BSGE 94, 269](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#), jeweils RdNr. 11). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden ([BSGE 1, 72, 76](#)).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. dazu nur Heinrichs in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 65. Aufl. 2006, Vorb. v. § 249 RdNr. 57 ff m. w. N. sowie zu den Unterschieden [BSGE 63, 277, 280](#) = [SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Bei mehreren Ursachen ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende (Mit-)Ursache auch wesentlich war, ist unerheblich. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (ständige Rechtsprechung; vgl. stellvertretend zum Vorstehenden insgesamt BSG, Urteile vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#), [SozR 4 2700 § 8 Nr. 17](#); [B 2 U 40/05 R](#), UV Recht Aktuell 2006, 419; [B 2 U 26/04 R](#), UV Recht Aktuell 2006, 497; alle auch veröffentlicht in Juris).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. [BSGE 19, 52](#) = [SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO](#); [BSGE 32, 203, 209](#) = [SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO](#); [BSGE 45, 285, 287](#) = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#), [BSGE 58, 80, 83](#) = [SozR 2200 § 555a Nr. 1](#)). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteile vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) und [B 2 U 26/04 R](#) - a.a.O. m.w.H.). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG [SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m. w. N.](#)).

Nach diesen Grundsätzen liegt zur Überzeugung des Senats eine unfallbedingte Kausalität für die geltend gemachte Gesundheitsstörung vor.

Dies entnimmt der Senat dem überzeugenden Gutachten von Prof. Dr. L. vom 28.10.2016. Danach spricht die MRT vom 28.08.2015 für eine frische Ruptur der Rotatorenmanschette. In der Aufnahme zeigte sich ein großflächiges Ödem der Supraspinatus- und Infraspinatussehne mit Ergussbildung im Sinne einer Einblutung, was den Einwand der Beklagten, eine Einblutung als Indiz für eine frische traumatisch bedingte Sehnenruptur sei nicht nachgewiesen, widerlegt. Eine Re-traktion der ebenfalls gerissenen Subscapularissehne mit Ödem im Sinne einer Einblutung lag zehn Tagen nach dem Unfall ausweislich der MRT-Aufnahme noch nicht vor, was nach Prof. Dr. L. wiederum für eine frische Ruptur der Sehne spricht. Ebenso ergeben sich aus der MRT keine Gewebeveränderungen des Muskelgewebes in Form einer fettigen Durchsetzung oder Zurückbildung des Muskelbauchs (Atrophie) mit Ausnahme des Supraspinatusmuskels, siehe unten -, wie sie bei einem länger zurückliegenden Sehnenriss zu erwarten wäre.

In Übereinstimmung hierzu steht nach Einschätzung des Sachverständigen der erhobene Primärbefund, der dem zu erwartenden Befund bei einer gewaltsamen Zerreißung einer oder mehrerer Sehnen der Rotatorenmanschette entsprach. Der durch ein Trauma verursachte Sehnenriss der Rotatorenmanschette führt zu einer akuten Bewegungseinschränkung des betroffenen Arms, so dass der Verletzte nicht in der Lage ist, den Arm aktiv nach vorn oder seitlich abzuspreizen. Bei einer passiven Anhebung des Arms auf Schulterhöhe kann der Betroffene nicht aus eigener Kraft den Arm in dieser Stellung halten und es kommt zum Herunterfallen des Arms (drop-arm-Zeichen, Pseudoparalyse), wie Prof. Dr. L. in Übereinstimmung mit der unfallmedizinischen Literatur die Erstsymptomatik bei traumatisch bedingtem Sehnenriss beschreibt. Dokumentiert ist im Durchgangsarztbericht von Dr. N. vom 19.08.2015, dass beim Kläger bei der eineinhalb Stunden nach dem Unfall vorgenommenen Untersuchung eine massiv eingeschränkte Schulterbeweglichkeit links vorlag. Bewegungsmaße werden zwar im Durchgangsarztbericht nicht mitgeteilt, doch ergibt der Beschwerdeverlauf den von Prof. Dr. L. angenommenen Erstbefund. Der Kläger gab hierzu bereits in seiner Widerspruchsbegründung vom 02.02.2016 an, unmittelbar nach dem Sturz unerträgliche Schmerzen in der linken Schulter verspürt zu haben und während der Untersuchung durch Dr. N. sei die passive sowie aktive Mobilisation der linken Schulter fast nicht möglich gewesen. Entgegen der Auffassung der Beklagten sind diese Angaben des Klägers nicht zielgerichtet

nachträglich gemacht worden, sondern zur Überzeugung des Senats glaubhaft. Hierfür spricht zum einen, dass der Kläger seine Tätigkeit unmittelbar eingestellt und alsbald den Durchgangsarzt aufgesucht hat, was nach Prof. Dr. L. auf einen gravierenden Verletzungsbefund schließen lässt. Zum anderen ergibt sich eine gravierende Bewegungseinschränkung auch aus dem Beschwerdeverlauf. Denn bei vorausgegangener Ruhigstellung des Gelenks, anschließender Krankengymnastik und medikamentöser Therapie war noch vor der arthroskopischen Operation, die am 12.11.2015 in der BG-Klinik erfolgte, am 19.10.2015 eine deutlich eingeschränkte aktive Beweglichkeit mit 50° Anteversion, 40° Retroversion und 40° Adduktion bei negativem Horizontal-Adduktionstest zu erheben (Bericht der BG Klinik vom 21.10.2015, Bl. 79 f der BG-Akte). Nach dem Sachverständigen sind eine über sechs Wochen anhaltende hochgradige Bewegungseinschränkung oder gar eine persistierende Pseudoparalyse charakteristische Zeichen einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion. Die Beurteilung von Prof. Dr. L., ein typischer Primärbefund für ein erlittenes Trauma mit Sehnenruptur habe vorgelegen, ist für den Senat daher überzeugend.

Bei dieser Befundlage kann auch dahinstehen, ob am Oberarm ein Hämatom, das nach Prof. Dr. L. ein weiteres Indiz für ein frisches Trauma ist, unmittelbar nach dem Unfall vorlag, wobei der Senat die diesbezüglichen Angaben des Klägers entgegen der Einschätzung der Beklagten als glaubhaft erachtet. Die Befundangabe im Durchgangsarztbericht vom 19.08.2015 "Haut und DMS intak" ergibt nach dem Wortsinn lediglich den Hinweis auf fehlende Schürfwunden oder sonstige Oberflächenverletzungen der Haut, ob damit auch ein Hämatom ausgeschlossen wurde, ist zumindest zweifelhaft. Denkbar wäre, dass eineinhalb Stunden nach dem Trauma die Einblutung im Binnengelenk die äußere Hautschicht noch nicht erreicht hatte bzw. so geringfügig war, dass sie übersehen wurde oder auch, dass ein diagnostiziertes Hämatom nicht ausdrücklich im Durchgangsarztbericht erwähnt worden ist, was im Hinblick auf die auch nicht näher spezifizierten Angaben zum Ausmaß der Bewegungseinschränkung naheliegt. Jedenfalls hat der Kläger entgegen der Auffassung der Beklagten einen Bluterguss nicht erst bei der Untersuchung durch Prof. Dr. L. angegeben, sondern bereits frühzeitig im Verfahren im Fragebogenvordruck der Beklagten unter dem 09.09.2015 bei der Frage Nr. 3: "welche äußere Verletzungszeichen lagen vor?" einen solchen durch Ankreuzen mitgeteilt. Im angefochtenen Bescheid der Beklagten vom 13.01.2016 geht sie sogar selbst noch davon aus, dass als äußere Verletzungszeichen ein Bluterguss und eine Schwellung vorlagen.

Dass bereits vorbestehende Sehnenrupturen durch den Sturz lediglich aktiviert wurden und die Beschwerdesymptomatik letztlich auf unfallunabhängige, vorbestehende Einrisse zurückzuführen ist, kann nach Prof. Dr. L. nicht damit begründet werden, dass röntgenologisch keine Begleitverletzungen, wie z.B. ein "Bone bruise" (ein Knochenmarködem) gesichert wurde. Er verweist für den Senat überzeugend auf eigene Studien, wonach die in der Literatur angegebenen Verletzungsindikatoren auch bei frischen traumatischen Schäden nicht regelmäßig gefunden werden. Ein insoweit unauffälliger Befund ist daher aus Sicht des Senats kein sicheres Ausschlusskriterium, wenn hinreichende andere positive medizinische Anknüpfungstatsachen für eine frische traumatisch bedingte Sehnenruptur, wie vorliegend, gegeben sind.

Aufgrund der Darlegungen des Sachverständigen geht der Senat zwar davon aus, dass die betroffene Rotatorenmanschette Vorschäden zum Unfallzeitpunkt aufwies, der Sachverständige hat dies als nicht ausgeschlossen beurteilt, jedoch konnte der Senat anhand des vom Sachverständigen dargelegten medizinischen Befunds feststellen, dass die Ausprägung der Vorschäden nicht so weit fortgeschritten war, dass bereits jede alltägliche Belastung ausgereicht hätte, den diagnostizierten gesundheitlichen Schaden ebenfalls auszulösen. Prof. Dr. L. geht nach konkludenter Unterstellung eines bis dahin klinisch beschwerdefreien Vorschadens von einer medizinisch gemeinten Verschlimmerung des Körperzustands durch den Unfall aus, was nach seinen Darlegungen als die Entstehung der Erstmanifestation einer Schadensanlage durch die Unfalleinwirkung als wesentliche Mitursache zu verstehen ist.

Für eine Vorschädigung der Rotatorenmanschette spricht zum einen, dass im linken Schultergelenk ein diskreter Acromionsporn bestand, wie der Sachverständige der MRT-Aufnahme vom 26.08.2015 entnommen hat. Nach seinen Ausführungen spricht dies dafür, dass die Supraspinatussehne durch die Ausbildung des Knochenzackens zunehmend mechanisch belastet war mit der Folge des Impingements mit initialer Durchblutungsstörung der Sehne und nachfolgenden rezidivierenden Entzündungen. Dieser Vorgang führte zur Ausdünnung des Sehnen Gewebes und schließlich zu strukturellen Läsionen in Ansatzbereich der Sehne, was die Elastizität und Funktionalität der Sehne beeinträchtigt. Dieser degenerative Vorgang ist für die Supraspinatussehne zur Überzeugung des Senats anzunehmen, denn dem MRT-Befund vom 26.08.2015 war bereits eine Muskelbauchminderung des Muskulus supraspinatus zu entnehmen. Die Supraspinatussehne war im Ansatzbereich etwas ausgedünnt und im Verlauf signalinhomogen. Auch die lange Bizepssehne zeigte sich durchgängig ohne Partialschädigung, war aber medial und nach vorne luxiert bzw. wies eine ausgeprägte Ergussbildung im Sinne einer Sehnenscheidenentzündung auf, was Prof. Dr. L. nicht auf die Unfalleinwirkung zurückführt. Dass insoweit bereits ein degenerativer Prozess im Gange war, zeigt auch der Umstand, dass die Ruptur der Bizepssehne in der fünf Monate später veranlassten MRT vom 07.03.2016 (Bl. 23 der SG Akte) als Verdachtsdiagnose gestellt wurde. Der im Befundbericht des Radiologen Dr. K. vom 26.08.2015 beschriebene Humeruskopfhochstand, den Prof. Dr. L. in seiner eigenen Auswertung dieses Bildbefundes mit hypertrophem AC-Gelenk umschrieben und somit entgegen der Beklagten durchaus zur Kenntnis genommen hat, mag auf diese degenerativen Vorschädigungen zurückzuführen sein. Weitere Erkenntnisse für das Ausmaß der Ausprägung der Vorschädigung können mit diesem Befund jedoch nicht gewonnen werden, weshalb der Sachverständige für den Senat nachvollziehbar hierauf nicht weiter abgehoben hat. Er hat vielmehr ausgeführt, dass die Hypertrophie des AC-Gelenks mit der anlagebedingten Knochenspornbildung des Schulterdaches keine umfassende Beeinträchtigung der Rotatorenmanschette dargestellt haben kann, weil der Operateur im OP Bericht vom 12.11.2015 angegeben hatte, dass der subacromiale Raum ausreichend viel Platz bot und keine subacromiale Dekompression erforderlich war.

Die ebenfalls gerissene Infraspinatus- und Subscapularissehne zeigten nach Prof. Dr. L. weder im sonographischen Befund vom 18.07.2016 noch in der MRT vom 26.08.2015 Veränderungen des Sehnen Gewebes. Aus diesem Befund und anhand des Operationsberichts vom November 2015 folgert der Sachverständige für den Senat überzeugend, dass eine fettige Durchsetzung und massive Atrophie des Muskulus supraspinatus, was einen schon längere Zeit bestehenden Vorschaden belegen würde, auch wegen der vollständigen spannungsfreien Rekonstruktion nicht anzunehmen sind und zur Überzeugung des Senats gegen eine degenerative Vorschädigung mit hohem verletzungsanfälligem Ausmaß spricht.

Zwar wurde im OP-Bericht nicht auf die Beschaffenheit des Sehnen Gewebes eingegangen, auch ein Histologiebefund wurde nicht erhoben. Jedoch verweist Prof. Dr. L. darauf, dass die komplette Rekonstruktion der Rotatorenmanschette unter Beteiligung der Supraspinatus-, Infraspinatus- und Subscapularissehne ohne Komplikation und erweiterte Maßnahmen möglich war. Die Rotatorenmanschette konnte laut OP-Bericht "harmonisch verschlossen" und die Sehnen "spannungsfrei" über den jeweiligen footprint adaptiert werden. Dies spricht nach dem Sachverständigen sowohl wiederum für eine frische Läsion, aber auch für eine nicht so weit fortgeschrittene Degeneration des

Sehnengewebe bzw. der Muskelanteile, da ein spannungsfreier Verschluss der Rotatorenmanschette auf diese Weise nicht möglich gewesen wäre. Diese Einschätzung des Sachverständigen hat für den Senat besonderes Gewicht, da Prof. Dr. L. dem Senat aus mehreren Verfahren als befähigter Sachverständiger bekannt ist und er auch über besondere Sachkunde zur Beurteilung von Rotatorenmanschettenschäden verfügt. Er ist Mitautor und Mitherausgeber des Standardwerks: "H., S. L., M. L., P. M., F. M., M. T (Hrsg): Schulterchirurgie. Elsevier Verlag München 5. Auflage 2017", Autor zahlreicher einschlägiger Veröffentlichungen (vgl. website <https://www.leading-medicine-guide.de/Experte-Schulterchirurgie-H.-Prof.-L.-Publikationen>) und ist verantwortlich beteiligt an Studien zu diesem Themenkreis, wie sich auch aus seinem Gutachten ergibt.

Dieser medizinische Befund wird zur Überzeugung des Senats nicht widerlegt durch die eigenen Angaben des Klägers zum Unfallhergang. Das beim SG vorgelegte Vorerkrankungsverzeichnis ist hinsichtlich Schulterbeschwerden ohne Einträge, sodass auch hieraus nicht auf einen erheblichen Vorschaden geschlossen werden kann.

Nach ständiger Rechtsprechung des Senats kommt Art und Intensität der unfallbedingten Einwirkung im Einzelfall eine Indizwirkung darüber zu, wie nach dem medizinischen Erfahrungswissen das Ausmaß des zu beurteilenden Vorschadens einzuschätzen ist. War die Unfalleinwirkung selbst ihrer Ausprägung und Art nach nicht besonders und unersetzlich, sondern erreichte nur die Intensität eines alltäglich vorkommenden Ereignisses, ist mit guten Recht anzunehmen, dass die degenerative Vorschädigung in ihrer Ausprägung bereits so leicht ansprechbar war, dass die Unfalleinwirkung keine rechtlich wesentliche Mitursache gegenüber der vorbestehenden Degeneration war. Bei dem Unfallgeschehen handelt es sich dann um eine bloße Gelegenheitsursache (Senatsurteil vom 18.03.2016 – [L 8 U 3578/15](#) –, juris, sozialgerichtsbarkeit.de, jeweils mit weiteren Nachweisen). Insoweit hat der Senat bereits mehrfach entschieden (vgl. stellvertretend Senatsurteil vom 23.10.2015 – [L 8 U 1345/14](#) –, juris, sozialgerichtsbarkeit.de), worauf das SG im angefochtenen Urteil auch zutreffend hingewiesen hat, dass der Sturz auf die Schulter nach Intensität der Einwirkung und Kraftrichtung auf die Rotatorenmanschette keine die Alltagsbelastung übersteigende Einwirkung auf das verletzte Organ darstellt. Prof. Dr. L. hat diese Bewertung in seinem Gutachten bestätigt. Die über den Muskelmantel der Schulter quer zur Verlaufsrichtung der betroffenen Sehnen einwirkende Kraft bei einer bloßen Schulterprellung kann nach den anatomischen Gegebenheiten keine Zugbelastung im relevanten Umfang für die Sehnen der Rotatorenmanschette begründen. Kommt es gleichwohl zu einem Riss oder zur Erweiterung eines vorbestehenden Risses kann der hierfür verantwortliche minimale Kraftimpuls bei vergleichender Betrachtung keine stärkere Belastung der Sehnen des Schultergelenks dargestellt haben, wie sie auch bei alltäglichen Hebevorgängen vorkommen. Diese Ausgangslage ist zwischen den Beteiligten auch nicht weiter streitig.

Vorliegend hat der Senat nur einen Sturz mit nachfolgender Rotatorenmanschettenruptur als Unfallereignis, aber keinen konkreten Unfallmechanismus, insbesondere auch keinen Sturz mit alleinigem Anpralltrauma an der Schulter, feststellen können. Die Angaben des Klägers vom 09.09.2015 im Fragebogenvordruck der Beklagten sind für den Senat teilweise nicht nachvollziehbar. Sie stehen im Widerspruch zu dem vom Senat als nachgewiesen erachteten medizinischen Befund, dass die degenerative Vorschädigung der Rotatorenmanschette keine den gesetzlichen Unfallversicherungsschutz ausschließende Ausprägung hatte. Außerdem sind die Angaben des Klägers selbst nicht in allen Punkten stimmig, was auch im Termin zur Erörterung der Sach- und Rechtslage nicht weiter hat ausgeräumt werden können. Vielmehr hat der Klägerbevollmächtigte im Termin dargelegt, dass dem Kläger weitere Angaben nicht möglich sind. Ungereimt an dem vom Kläger geschilderten Unfallhergang erscheint dem Senat zunächst, dass der Kläger gegenüber dem Durchgangsarzt Dr. N. wohl angegeben hatte, auf die linke Hand gestürzt zu sein, was mit seinen späteren Angaben vom 09.09.2015 nicht zu vereinbaren ist. Außerdem ist der Kläger seinen durchgehenden Angaben zufolge beim Rückwärtsgehen gestolpert, was eher eine Sturzrichtung nach hinten als nach vorn oder direkt auf die linke Seite vermuten lässt. Dass der Kläger in Unkenntnis der medizinischen Erfordernisse bewusst, letztlich zu seinem Nachteil, unrichtige Angaben gemacht hat, kann der Senat aus dem Prozessverhalten des Klägers nicht folgern. Er hat an diesem Vorbringen auch nach Erlass des Bescheids vom 13.01.2016 in seiner Widerspruchsbegründung festgehalten und im weiteren Verlauf des Verfahrens diese Angaben nicht versucht anzupassen, worauf der Klägerbevollmächtigte im Erörterungstermin überzeugend hingewiesen hat. Aus der vom Kläger selbst verfassten Widerspruchsbegründung ist aus Sicht des Senats eher darauf zu schließen, dass die Angaben des Klägers zum Unfallhergang nicht auf sicherer Erinnerung beruhen, sondern das Ergebnis einer Rekonstruktion anhand von Teilerinnerungen und feststehenden sachlichen sowie örtlichen Gegebenheiten sind. Er hat nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass er beim Aufstehen gravierende Kreislaufprobleme hatte und erst für einige Zeit ruhen musste, was sich mit den seit 2011 bis 2015 durchgängig im beigezogenen Vorerkrankungsverzeichnis der KKH vom 01.06.2016 dokumentierten, mehrfach im Jahr erfolgten ärztlichen Behandlungen unter den Diagnosen einer Hypertonie, hypertensiven Herzkrankheit, cardialen Arrhythmie, essenzielle Hypertonie vereinbaren lässt und die später offengelegten Erinnerungslücken wegen der kreislaufbedingten Schwindelerscheinungen unmittelbar nach dem Sturz erklärt. In seiner Widerspruchsbegründung führte der Kläger aus, er habe das zur Datendokumentation benutzte Pad in der linken Hand gehalten und mit der rechten Hand bedient. Da er sein Pad während des Sturzes geschützt habe, sei ihm ein reflexartiges Abfangen des Sturzes mit der linken Hand nicht möglich gewesen. Denn er habe nach dem Sturz sein unbeschädigtes Pad weiter in der linken Hand gehalten. Dies spricht zur Überzeugung des Senats dafür, dass der Kläger in dem Bemühen um die Darstellung eines realistischen – auch wahren – Unfallhergangs den Unfallverlauf maßgeblich an dem unbeschädigt gebliebenen Pad festgemacht hat. Der Senat hält daher diese Schilderung des Unfallhergangs für nicht geeignet, sie der richterlichen Überzeugungsbildung als hinreichend sicher zugrunde zu legen. Denkbar wäre bei einem möglichen Sturz nach hinten bzw. seitwärts nach hinten, dass der Kläger zunächst mit dem Ellenbogen aufgekommen ist, wodurch eine doch relevante Dehnungsbelastung der Sehne auftrat, was auch erklären würde, weshalb das benutzte Pad nicht beschädigt wurde; bei einem mehraktigen Sturz könnte auch erst in der Folge einer Abstützreaktion ein seitlicher Aufprall an die Schulter erfolgt sein, was bei unvermittelt eintretenden, überraschenden Stürzen dazu führen kann, dass der gesamte Sturzverlauf nicht vollends erinnert wird.

Da der Unfallhergang lediglich ein Anknüpfungsmerkmal von mehreren für die Kausalitätsbewertung ist, kann der Senat dahinstehen lassen, wie die exakte Unfallmechanik mit Folge der gesicherten Sehnenruptur zum Unfallzeitpunkt war. Dass zufällig kurz vor oder nach dem Unfallzeitpunkt degenerativ bedingte frische Rupturen aufgetreten sind, wie sie mit der MRT vom 26.08.2015 zu diagnostizieren waren, wäre rein spekulativ und ließe sich auch nicht mit dem dargelegten typischen traumabedingten Beschwerdebild und Beschwerdeverlauf ab dem Unfallzeitpunkt vereinbaren. Für die nachgewiesene Vorschädigung hat der Senat bereits anhand des medizinischen Befunds die Feststellung treffen können, dass die Vorschädigung nicht in dem Ausmaß ausgeprägt war, dass sie leicht für Verletzungen ansprechbar war.

2. Der Kläger hat auch Anspruch auf Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. für den Zeitraum vom 18.04.2016 bis 13.09.2016. Soweit der Kläger Verletztenrente bereits ab 09.01.2016 und auf unbestimmte Zeit über den 13.09.2016 hinaus begehrt, steht ihm ein solcher

Anspruch nicht zu.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vom Hundert gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vmhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente. Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 vom Hundert mindern ([§ 56 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch Gesetzliche Unfallversicherung SGB VII). Während der ersten drei Jahre nach dem Versicherungsfall soll der Unfallversicherungsträger die Rente als vorläufige Entschädigung festsetzen, wenn der Umfang der MdE noch nicht abschließend festgestellt werden kann ([§ 62 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Spätestens mit Ablauf von drei Jahren nach dem Versicherungsfall wird die vorläufige Entschädigung als Rente auf unbestimmte Zeit geleistet. Bei der erstmaligen Feststellung der Rente nach der vorläufigen Entschädigung kann der Vmhundertsatz der MdE abweichend von der vorläufigen Entschädigung festgestellt werden, auch wenn sich die Verhältnisse nicht geändert haben ([§ 62 Abs. 2 SGB VII](#)).

Die Bemessung der MdE wird vom BSG in ständiger Rechtsprechung als Tatsachenfeststellung gewertet, die das Gericht gemäß [§ 128 Abs 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft. Dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (BSG [SozR 4-2700 § 56 Nr. 2](#); BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#), S 36 mwN). Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind 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](#)). Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder 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 geschätzt werden (BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#)). Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind deshalb 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 (BSG a.a.O.; BSG Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) - [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)). Die Erfahrungswerte bilden in der Regel die Basis für einen Vorschlag, den der medizinische Sachverständige zur Höhe der MdE unterbreitet, die aber nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend sind (BSG [SozR 2200 § 581 Nr. 23](#) und 27; [BSGE 82, 212](#) = [SozR 3-2200 § 581 Nr 5](#); BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr 8](#); BSG Urteil vom 18. März 2003 - [B 2 U 31/02 R](#) -; [BSGE 93, 63](#) = [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#); Burchardt in: Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, SGB VII, Stand 2005, § 56 RdNr 71). Die Feststellung der Höhe der MdE als tatsächliche Feststellung erfordert stets die Würdigung der hierfür notwendigen Beweismittel im Rahmen freier richterlicher Beweismittelwürdigung gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) (BSG, Urteil vom 13.09.2005 - [B 2 U 4/04 R](#) - veröffentlicht in juris m. H. auf BSG, [SozR 3-2200 § 581 Nr 8](#); Urteil vom 18. März 2003 [a.a.O.](#)).

Neben diesen auf tatsächlichem Gebiet liegenden Umständen für die Bemessung der MdE sind aus der gesetzlichen Definition der MdE sowie den Grundsätzen der gesetzlichen Unfallversicherung fließende rechtliche Vorgaben zu beachten ([SozR 4-2700 § 56 Nr. 2](#)). Bestanden bei dem Versicherten vor dem Versicherungsfall bereits gesundheitliche, auch altersbedingte Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit (sog Vorschäden), werden diese nach der ständigen Rechtsprechung des BSG und der einhelligen Auffassung in der Literatur für die Bemessung der MdE berücksichtigt, wenn die Folgen des Versicherungsfalles durch die Vorschäden beeinflusst werden. Denn Versicherte unterliegen mit ihrem individuellen Gesundheitszustand vor Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung (BSG, a.a.O. m.H.a.: [BSGE 63, 207](#), 211, 212 = [SozR 2200 § 581 Nr. 28](#); Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, Stand: 2006, § 56 RdNr 10.5; Kranig in Hauck/Noftz, SGB VII, Stand: 2006, K § 56 RdNr. 42 m.w.N.). Dies verlangt [§ 56 Abs 2 Satz 1 iVm Abs 1 Satz 1 SGB VII](#), wonach die "infolge" des Versicherungsfalles eingetretene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens und die dadurch verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens maßgeblich sind.

Renten werden von dem Tag an gezahlt, an dem der Anspruch auf Verletztengeld endet oder der Versicherungsfall eingetreten ist, wenn kein Anspruch auf Verletztengeld entstanden ist ([§ 72 Abs. 1 SGB VII](#)). Verletztengeld wird grundsätzlich von dem Tag an gezahlt, ab dem Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird ([§ 46 Abs. 1](#) 1. HS SGB VII) und endet mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit oder der Hinderung an einer ganztägigen Erwerbstätigkeit durch eine Heilbehandlungsmaßnahmen ([§ 46 Abs. 3 Nr. 1 SGB VII](#)).

Nach diesen Grundsätzen war ein Anspruch auf Verletztenrente nach Ende der seit dem Arbeitsunfall durchgehend bis 17.04.2016 bestandenen Arbeitsunfähigkeit (vgl. Vorerkrankungsverzeichnis der KKH H. vom 01.06.2016, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung der BG-Klinik T. vom 29.03.2016, Bl. 32 und 41 der SG-Akte) am 18.04.2016 entstanden. Ein Rentenbeginn am 09.01.2016, wie beantragt, kommt daher nicht in Betracht.

Die unfallbedingte Funktionsbeeinträchtigung der linken Schulter hat zur Überzeugung des Senats ab diesem Zeitpunkt bis längstens zum 13.09.2016, dem Tag vor der Untersuchung bei Prof. Dr. L. , eine MdE um 20 v.H. verursacht.

Wegen der vielfältigen dreidimensionalen Bewegungseinschränkung ist nach der unfallmedizinischen Literatur die Schultervorhebung als Hauptkriterium zur MdE-Bewertung hinsichtlich der Funktionseinschränkung der Schulter zu werten. Danach ergibt die Schultergelenksversteifung eine MdE um 30 v.H., eine Bewegungseinschränkung bis 90° bei freier Rotation eine MdE um 20 v.H. und eine Einschränkung bis 120° bei freier Rotation eine MdE um 10 v.H. (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl., Seite 560; Mehrhoff/Ekkernkamp/Wich, Unfallbegutachtung, 13. Aufl., Seite 169).

Bei der Untersuchung des Klägers in der BG-Klinik am 29.03.2016, somit annähernd drei Wochen vor Ende der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit, war eine noch eingeschränkte Beweglichkeit des linken Schultergelenks zu beobachten. Die im Bericht der BG-Klinik vom 01.04.2016 mitgeteilten Bewegungsmaße betrugen zum Untersuchungszeitpunkt für die Abduktion 90°, für die Anteversion knapp 100°. Der Schürzengriff war eingeschränkt möglich wie auch der Nackengriff. Außen- und Innenrotation bei angelegtem Oberarm betrug 20/0/90°. Die Vorhebung und Seitwärtshebung betrug 100 bzw. 90° bei eingeschränkter Rotation, was nach den oben genannten Bewertungsgrundsätzen

eine MdE um 20 v.H. rechtfertigt. Dies gilt umso mehr, als diese Funktionseinschränkung noch während der Zeit der Arbeitsunfähigkeit in dem Dreijahreszeitraum des [§ 62 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) erhoben wurde, was es rechtfertigt, unter Berücksichtigung der in diesem Zeitraum noch anzunehmenden Anpassung und Gewöhnung an die Unfalleinschränkungen auch abweichend zu den MdE-Bewertungsansätzen der unfallversicherungsrechtlichen Literatur, die an den endgültigen Dauereinschränkungen für die Rente auf unbestimmte Zeit ausgerichtet sind, die MdE höher zu bemessen, jedenfalls für den Zeitraum, für den nach medizinischer Einschätzung noch anzunehmen ist, dass die Kompensationsmechanismen noch nicht eingespielt sind und die frischen Unfallverletzungen vom August 2015 bzw die Operationsfolgen vom November 2015 noch schmerzbedingte Funktionsbeeinträchtigungen verursachen. Zwar hat Prof. Dr. L. ausgeführt, dass im Rückblick die MdE-Einschätzung der einzelnen Unfallfolgen nicht erfolgen kann oder schwierig ist – an dieser Stelle ist im Gutachten die Formulierung nicht eindeutig –, doch ist zur Überzeugung des Senats der oben dargelegte, zeitnah zum Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit erhobene Befund durchaus repräsentativ. Eine einschneidende Verbesserung der Schulterbeweglichkeit ist in der Folge bis zur Untersuchung durch Prof. Dr. L. nicht erhoben worden. Dort bestand am Untersuchungstag am 14.09.2016 eine deutlich verbesserte Schultergelenksbeweglichkeit links mit 60/0/150° für die Rück-/Vorführung, 60/0/120° für Anspreizen/Abspreizen und 70/0 50° für Außen- und Innendrehung und 70/0/70° für Außen-/Innendrehung bei abgespreiztem Oberarm, was nach den Bewertungsgrundsätzen eine MdE um 10 v.H. rechtfertigt, wie sie der Sachverständige auch für seinen aktuell erhobenen Befund in seinem Gutachten ausgewiesen hat. Gleichwohl bestanden noch zehn Monaten nach der im November 2015 durchgeführten Operation endgradige Bewegungseinschränkungen und eine Kraftminderung, was aus Sicht des Senats die Annahme rechtfertigt, dass die Besserung der Bewegungseinschränkung nur allmählich eingetreten ist und daher eine deutlich vorzeitig anzunehmende geringere MdE mangels entgegenstehender Befunde nicht festzustellen ist. Der Besserungsnachweis ist damit erst mit der Untersuchung von Prof. Dr. L. geführt, so dass die nicht mehr rentenrelevante MdE um 10 v.H. erst ab diesem Datum festgestellt werden kann. Hinweise auf einen Stützrentenatbestand finden sich in der Akte nicht. Eine Stützrente belegende Sachverhalte sind von den Beteiligten auch nicht vorgetragen worden. Damit ist nur ein Anspruch auf Gewährung einer befristeten Rente in dem genannten Zeitraum begründet. Der weitergehende Berufungsantrag des Klägers war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Hierbei hat der Senat berücksichtigt, dass der Kläger mit seinem Feststellungsantrag vollen Erfolg hatte, der im Hinblick auf hierauf gestützte Ansprüche auf Heilbehandlung und gegebenenfalls künftiger Rentenansprüche wegen Verschlimmerung wirtschaftlich dem geltend gemachten Anspruch auf Verletztenrente annähernd gleichkommt. Auch der Leistungsantrag war teilweise erfolgreich, wenn auch nur geringfügig, gemessen am Leistungsbegehren auf Rente auf unbestimmte Zeit. Die Kostenquote von 60 % über eine Erstattung der außergerichtlichen Kosten des Klägers erschien dem Senat daher als sachgerecht und angemessen.

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-07-03