

L 10 U 4646/04

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 9 U 1035/03
Datum
22.07.2004
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 4646/04
Datum
26.07.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 22.07.2004 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass eine massive Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks als Unfallfolge festgestellt wird.

Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten beider Instanzen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob eine Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks Folge des Arbeitsunfalls vom 24.08.2000 ist und der Kläger einen Anspruch auf Verletztenrente hat.

Der 1944 geborene Kläger arbeitete bei der Bauunternehmung M. als Maurerpolier und stürzte am 24.08.2000 vom oberen Rand eines Silos etwa drei Meter tief und traf mit der rechten Körperseite auf. Der genaue Aufprallmechanismus insbesondere bezüglich der rechten Schulter ist nicht aufklärbar. Vor dem Unfall hatte der Kläger keine Beschwerden an der rechten Schulter. In den Krankenunterlagen der AOK H. findet sich lediglich für Februar bzw. April 1987 der Eintrag "Synovialis/Sehne/Bursa, so. Aff", dessen Bedeutung nicht geklärt werden kann. Nach Vorstellung bei dem Durchgangsarzt Priv.-Doz. Dr. Schm. am 25.08.2000 (Befund: schmerzhafte Bewegungseinschränkung rechte Schulter ohne äußere Verletzungszeichen, Prellmarke rechte Hüfte) arbeitete der Kläger trotz Schmerzen in der rechten Schulter noch 14 Tage weiter, war anschließend bis zum 20.02.2002 arbeitsunfähig und bezog von der Beklagten bis zu diesem Zeitpunkt Verletztengehalt.

Nach dem Unfall wurde der Kläger wegen persistierender Schmerzen dreimal in der Unfallchirurgischen Abteilung des Universitätsklinikums U. an der rechten Schulter operiert. Im OP-Bericht (Arthroskopie) vom 08.11.2000 (Operator Dr. P., Assistenz: u. a. OA Dr. He.) wurde eine Rotatorenmanschettenruptur (Supraspinatussehne mit Intervall-Läsion), SLAP-Läsion Typ Snyder I, partielle Bankart-Läsion, subacromiales Impingement-Syndrom rechte Schulter, perifokale Synovitis rechtes Schultergelenk diagnostiziert. Im OP-Bericht (Arthroskopie) vom 14.02.2001 (Operator OA Dr. He., Assistenz: u. a. Dr. P.) wurde ein subacromiales Adhäsionssyndrom und eine Schulterreckgelenksarthrose rechts diagnostiziert. Es wurde keine SLAP-Läsion gefunden. Direkt neben der Bizepssehne im Intervall zeigte sich eine ca. 4 bis 5 mm lange Ruptur, das übrige Intervall war geschlossen. Im OP-Bericht (offene Revision mit Arthrolyse) vom 02.05.2001 (Operator: PD Dr. He., Assistenz Dr. P.) wurde ein subacromiales Adhäsionssyndrom nach zweimaliger arthroskopischer Detrapment-OP rechte Schulter diagnostiziert. Die gesamte Rotatorenmanschette stellte sich makroskopisch unauffällig dar und es fand sich insbesondere kein Anhalt für eine durchgehende Rupturbildung. Eine im November 2001 durchgeführte kernspintomographische Untersuchung der rechten Schulter ergab eine intakte Rotatorenmanschette mit Atrophie des M. supraspinatus, eine intakte Bizepssehne sowie einen eingeengten Subacromialraum (Bericht von Prof. Dr. K. vom 27.11.2001).

Die Beklagte holte das Gutachten von Prof. Dr. W. mit ergänzender Stellungnahme ein. Er war der Auffassung, es gebe keinen Hinweis dafür, dass sich der Kläger am 24.08.2000 eine Verletzung der Rotatorenmanschette der rechten Schulter zugezogen habe. Möglicherweise sei es damals zu einer Prellung der rechten Schulter gekommen. Sollte dies der Fall gewesen sein, sei diese folgenlos verheilt. Die vom Kläger nach wie vor als Unfallfolgen geltend gemachten Beschwerden seien nicht ursächlich auf den Unfall zurückzuführen, sondern auf eine eigenständige degenerative Schulterweichteilerkrankung.

Der Beratungsarzt Dr. Kn. führte in seiner Stellungnahme hierzu aus, es spreche mehr dafür als dagegen, dass sich der Kläger bei dem Unfall die kernspintomographisch und arthroskopisch festgestellte Rotatorenmanschettenruptur mit SLAP-Läsion und partieller Bankart-Läsion erlitten habe.

Die Beklagte holte weiter das orthopädische Gutachten von Prof. Dr. R., Orthopädische Universitätsklinik H., ein. Er verneinte das Vorliegen eines Zusammenhangs zwischen dem Unfall vom 24.08.2000 und den vom Kläger geklagten Beschwerden in der rechten Schulter.

Mit Bescheid vom 14.11.2002/ Widerspruchsbescheid vom 11.04.2003 lehnte die Beklagte die Gewährung von Rente ab. Als Unfallfolgen wurden anerkannt: "Abgeheilte Prellung der rechten Schulter."

Dagegen hat der Kläger am 06.05.2003 Klage zum Sozialgericht Ulm erhoben. Das Sozialgericht hat das Gutachten des Orthopäden Dr. H. mit ergänzender Stellungnahme eingeholt. Er hat zusammenfassend ausgeführt, der Kläger leide unter einer schmerzhaften massiven Bewegungseinschränkung der rechten Schulter mit Fehlhaltung. Sämtliche die Schulterregion betreffenden Störungen seien mit Wahrscheinlichkeit wesentlich durch den Arbeitsunfall vom 24.08.2000 und eventuell nachfolgende operative Behandlungen verursacht worden. Die dadurch bedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätze er seit dem Unfall auf 30 v. H.

Hierzu hat die Beklagte Gutachten nach Aktenlage des Unfallchirurgen Dr. Sch. vorgelegt. Er hat als Unfallfolge lediglich eine Schulterprellung rechts mit einer Ausheilung nach drei Monaten angenommen. Die widersprüchlichen Gutachtenergebnisse beruhen auf einer Fehleinschätzung des ersten Operationsberichtes.

Mit Urteil vom 22.07.2004 hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, unter Anerkennung einer massiven Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks als Unfallfolge ab 21.02.2002 dem Kläger Verletztenrente nach einer MdE in Höhe von 30 v. H. zu gewähren. Es hat sich dem Gutachten des Dr. H. angeschlossen.

Gegen das der Beklagten am 21.09.2004 zugestellte Urteil hat diese am 13.10.2004 Berufung eingelegt und zur Begründung vorgebracht, Dr. Sch. weise in seinem Gutachten zutreffend darauf hin, dass sich aus den Operationsberichten über die Arthroscopien vom 08.11.2000 und 14.02.2001 eine das ganze rechte Schultergelenk betreffende schwere Entzündung ersehen lasse. Ferner sei eine SLAP-Läsion Snyder I beschrieben. Darunter verstehe man eine Auffaserung des Ansatzes der langen Bizepssehne am Labrum und Tuberculum supraglenoidale. Dieser Befund müsse bei älteren Menschen und vor allem beim Kläger als schwer körperlich tätig gewesenem Maurer häufig als Normalbefund angesehen werden. Eine traumatische Genese dieser SLAP-Läsion Snyder I scheide daher aus. Durch die genannten Arthroscopieberichte stehe somit der unfallunabhängige Schaden am rechten Schultergelenk des Klägers fest. Dagegen hätten, insbesondere nach dem dritten Operationsbericht vom 02.05.2001, traumatische Veränderungen am rechten Schultergelenk des Klägers auf Grund des Unfalls nicht nachgewiesen werden können. Dr. H. habe den Operationsbericht vom 08.11.2000 fehlinterpretiert. Auch die Anerkennung mittelbarer Folgen des Versicherungsfalles stelle sich nicht. Die durchgeführten Operationen seien, wie nachgewiesen worden sei, aus unfallunabhängigen Gründen erfolgt. Im Übrigen sei auch die MdE mit 30 v. H. viel zu hoch eingeschätzt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 22.07.2004 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise ein Gutachten von Amts wegen bei Prof. Dr. K. einzuholen.

Der Senat hat das Gutachten des Orthopäden Dr. Hu. mit ergänzender Stellungnahme eingeholt. Er hat als Unfallfolge lediglich eine Schultergelenksprellung angesehen, die innerhalb weniger Wochen abheile.

Weiter hat der Senat auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten des Orthopäden Dr. B., B.Krankenhaus U., mit ergänzender Stellungnahme eingeholt. Er hat zusammenfassend ausgeführt, bei dem Unfall sei eine Ruptur der Rotatorenmanschette aufgetreten. Der Kläger habe im Verlauf nach der ersten Operation eine subacromiales Adhäsions- bzw. Verwachsungssyndrom entwickelt, welches auch durch die Folgeoperationen nicht beseitigt werden können. Dieses stelle jetzt die Hauptbeeinträchtigung dar und gehe erfahrungsgemäß mit deutlichen Funktionseinschränkungen und Schmerzen einher. Diese Operationsfolge sei im vorliegenden Fall zumindest als mittelbare Folge zu werten. Die MdE schätze er auf 30 v. H.

Die Beklagte hat das Gutachten nach Aktenlage von Dr. Sch. vorgelegt. Er weist darauf hin, dass sich der Unfallmechanismus nicht mehr rekonstruieren lasse, weshalb Rückschlüsse vom Schadensbild zu ziehen seien. Nachdem die bildgebenden Verfahren keine wesentlichen Unfallfolgen ergeben hätten, blieben als objektives Kriterium lediglich die Operationsberichte. Dabei bestätige der zweite Operationsbericht den ersten Operationsbericht nicht. Bei Abwägung der Faktoren, die für eine Unfallursache sprächen und der Faktoren die für eine degenerative Veränderung sprächen, lasse sich eine traumatologische Ursache der vorliegenden Befunde nicht ausreichend belegen.

Die Beteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässige Berufung, über die der Senat auf Grund des Einverständnisses der Beteiligten nach [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist nicht begründet.

Der Kläger hat Anspruch auf Feststellung einer massiven Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks als Unfallfolge gemäß [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) sowie auf Gewährung von Verletztenrente nach einer MdE von 30 v. H. ab 21.02.2002. Zur Klarstellung korrigiert der Senat den Tenor des angefochtenen Urteils hinsichtlich der Feststellung der Unfallfolge.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens

20 v. H. gemindert ist, haben nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Anspruch auf eine Rente. Nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) sind Folgen eines Versicherungsfalls auch Gesundheitsschäden infolge der Durchführung einer Heilbehandlung.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall) und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung erwiesen sein, d. h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 30. April 1985, [2 RU 43/84](#) in SozR 2200 § 555a Nr. 1). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 30. April 1985, [a.a.O.](#)); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist. (vgl. BSG, Urteil vom 2. November 1999, [B 2 U 47/98 R](#) in [SozR 3-1300 § 48 Nr. 67](#); Urteil vom 2. Mai 2001, [B 2 U 16/00 R](#) in [SozR 3-2200 § 551 Nr. 16](#)). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSG, Urteil vom 28. Juni 1988, [2/9b RU 28/87](#) in SozR 2200 § 548 Nr. 91). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 1991, [2 RU 31/90](#) in [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#)).

Nach diesen Maßstäben kommt der Senat im vorliegenden Fall zu dem Ergebnis, dass der Unfall vom 24.08.2000 mit Wahrscheinlichkeit zu einer schmerzhaften massiven Bewegungseinschränkung der rechten Schulter mit ausgeprägter Fehllhaltung und ausgedehnten Muskelverspannungen und Blockierungen im Bereich der Hals- wie auch der Brustwirbelsäule sowie zu einer massiven Reduzierung der Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand geführt hat (Dr. H.). Dass dieser Zustand teilweise nicht nur durch den Sturz, sondern auch infolge der durchgeführten Operationen eingetreten ist, ist unbeachtlich, da auch Gesundheitsschäden infolge der Durchführung einer Heilbehandlung zu entschädigen sind. Der Senat folgt hierbei den überzeugenden Ausführungen der gerichtlichen Sachverständigen Dr. H. und Dr. B. sowie von Dr. Kn. in der gutachtlichen Stellungnahme die der Senat im Wege des Urkundenbeweises verwertet.

Was den Aufprallmechanismus anbelangt kann lediglich davon ausgegangen werden, dass der Kläger bei dem Sturz auf die rechte Körperseite gefallen ist. Denn der Durchgangsarzt Priv.-Doz. Dr. Schm. beschrieb im Durchgangsarztbericht eine Prellmarke an der rechten Hüfte. Diese ärztliche Dokumentation stimmt mit den im Kern gleich gebliebenen Angaben des Klägers (auf die rechte Körperseite gefallen) überein. Näheres, insbesondere die Art der Beteiligung der rechten Schulter ist nicht aufklärbar. Die Angaben des Klägers hierzu sind zu unklar und stimmen in Einzelheiten nicht überein. Fest steht allerdings zur Überzeugung des Senats, dass einerseits die rechte Schulter des Klägers betroffen war, weil er dort erstmalig unmittelbar nach dem Unfall (erhebliche) Schmerzen hatte und dass andererseits nicht lediglich eine Prellung der rechten Schulter vorlag, weil am Tag nach dem Unfall - anders als an der rechten Hüfte - an der Schulter von Priv.-Doz. Dr. Schm. ausdrücklich keine äußeren Verletzungszeichen, also gerade keine Prellmarke festgestellt wurde. Das Fehlen einer Prellmarke an der rechten Schulter spricht nicht gegen eine traumatische Schädigung sondern bedeutet lediglich, dass kein direkter Schlag auf die Schulter stattfand. Eine indirekte Traumatisierung der Schulter durch Muskelanspannung und /oder passive Verdrehungen ist dadurch - so überzeugend Dr. H. - gerade nicht widerlegt. Steht somit fest, dass die rechte Schulter beim Aufprall aus immerhin drei Metern Höhe derart beteiligt war, dass es - wie laut Dr. Hu. aber eigentlich zu erwarten - nicht zu knöchernen Verletzungen kam, sondern dadurch "nur" Schmerzzustände verursacht wurden, die mangels Prellmarken - und diese wären, wenn schon keine knöcherne Verletzung auftrat, zumindest zu erwarten - nicht durch eine Prellung erklärt werden können, spricht dies für die Annahme einer Kraftübertragung in das Schultergelenk und damit für die von Dr. H. angenommene Subluxation. Subluxationen, wie auch komplette Luxationen der Schulter gehen in den seltensten Fällen mit einer direkten Prellmarke über der Schulter einher.

Auch das Schadensbild spricht hierfür. Entscheidende Bedeutung kommt nach Auffassung des Senats dem ersten Operationsbericht vom 08.11.2000 zu, weil bei der zweiten und dritten Operation bereits eine durch die erste Operation veränderte rechte Schulter vorlag. Auch hat der dritte Operationsbericht vom 02.05.2001 entgegen der Auffassung von Dr. Sch. nicht etwa deshalb eine besondere Bedeutung weil dort nach zweimaliger arthroskopischer Operation eine offene Revision mit Arthrolyse durchgeführt wurde, denn Dr. H. und Dr. Hu. haben übereinstimmend darauf hingewiesen, dass bei einem derartigen extraartikulären Eingriff Gewebeerreißen im Bereich der vorderen Schulterkapsel und des vorderen Anteils des Labrums nicht gesehen werden können und dabei die Rotatorenmanschette nur von außen beschrieben wurde. Damit ist die erste Operation prinzipiell am geeignetsten die eigentlichen Unfallfolgen darzustellen. Bei der Erstoperation wird berichtet, dass das Labrum im Bereich der Bankart-Region partiell eingerissen ist, was der Operateur "mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit" auf eine Subluxation zurückführt. Diese im Rahmen der Erstoperation beschriebene Bankart-Läsion ist eine typische Unfallfolge und stellt sich nicht ein im Rahmen einer degenerativen Schultererkrankung. Darüber hinaus zeigten sich eine deutliche Entzündung der Gelenkhaut im vorderen Gelenkabschnitt und entlang der Bizepssehne sowie eine leichte Verschiebung der langen Bizepssehne zur Mitte hin, offenbar weil die Zügelung der Bizepssehne zumindest teilweise eingerissen war. Dieser Befund deutet - so überzeugend Dr. H. - auf eine Traumatisierung der Schulter hin, allerdings ohne signifikante Rissbildung der Rotatorenmanschette.

Für den Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der Schultererkrankung spricht auch, dass der Kläger bis zum Unfallzeitpunkt nicht in medizinischer Behandlung oder arbeitsunfähig auf Grund einer Erkrankung der rechten Schulter war. Weiter spricht für das Vorliegen einer traumatischen Verletzung die Tatsache, dass der Kläger direkt nach dem Sturz wegen starker Schmerzen nicht mehr (körperlich) weiter arbeitete, so seine glaubwürdigen eigenen Angaben. Der Kläger verblieb zwar auf der weit von seinem Wohnort entfernten Baustelle, allerdings nur bis zur ohnehin am nächsten Tag geplanten Rückfahrt und suchte dann umgehend den Unfallarzt auf. Außerdem hat Dr. H. darauf hingewiesen, dass der Kläger von Natur aus schmerzindolent sei. Weiter spricht die erste Röntgenkontrolle der rechten Schulter vom 25.08.2000 (erster Tag nach dem Unfall) für einen wahrscheinlichen ursächlichen Zusammenhang zwischen den Schulterbeschwerden und dem Arbeitsunfall. So ergaben diese Röntgenaufnahmen keinen Anhalt für wesentliche vorauseilende degenerative Veränderungen im Bereich des rechten Schultergelenks. Auch Dr. Sch. ist der Auffassung, dass die Röntgenaufnahmen nach dem Unfalltag keine das altersentsprechende Maß überschreitende Veränderungen im Bereich des rechten Schultergelenkes zeigen. Selbst noch die in der Universitätsklinik U. am 25.09.2000 gefertigten Röntgenbilder zeigen an der rechten Schulter keine degenerativen Veränderungen, so überzeugend Dr. Hu. Auch bezüglich der klinischen Befunde im zeitlichen Verlauf ergeben sich Faktoren, die für einen

wahrscheinlichen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und den Schulterbeschwerden sprechen. So weist Prof. R. in seinem Gutachten auf die für eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion typische Beschreibung des Schmerzcharakters, die aktive und passive Bewegungseinschränkung im zeitlichen Verlauf und den bereits erwähnten Operationsbericht vom 08.11.2000 hin.

Weiter weist Dr. B. in seinem Gutachten darauf hin, dass beim Kläger keine praedisponierenden Faktoren für eine vorzeitige Rotatorendegeneration vorliegen. So fehlt beim Kläger eine angeborene Enge des Subacromialraums, ein hakenförmiges Acromion, eine Schultergelenksarthrose (sofern diese mit caudalen Osteophyten einhergeht), eine Fehlförmigkeit des Coracoids, eine Verdickung des coracoacromialen Bandes sowie eine chronische Bursitis subacromialis.

Im Ergebnis nicht gefolgt werden kann den Ausführungen von Prof. Dr. W., Prof. Dr. R., der Beurteilung von Dr. Sch. sowie dem Gutachten von Dr. Hu. So geht Prof. Dr. W. davon aus, dass es möglicherweise bei dem Unfall zu einer Prellung der rechten Schulter gekommen ist, jedoch hat sich der Kläger eine Prellung am Unfalltag - wie dargelegt - gerade nicht zugezogen. Außerdem ist die Äußerung von Prof. Dr. W., dass nach dem Unfall nur geringfügige Veränderungen an der rechten Schulter festzustellen gewesen seien und dass ein klassisches Impingement nicht bestanden habe, nicht zutreffend. Vielmehr beschreibt Prof. Dr. K. anhand der am 28.09.2000 durchgeführten Kernspintomographie ein Ödem im Bereich der Supraspinatussehne (vereinbar mit einer Teil-Ruptur derselben) und eine deutliche Flüssigkeitsansammlung im Bereich der langen Bizepssehne und im ersten Operationsbericht werden erhebliche Veränderungen an der rechten Schulter beschrieben.

Im Ergebnis hält der Senat auch die Ausführungen von Prof. Dr. R. nicht für überzeugend. Er nennt zwar mehrere Argumente, die für einen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Beschwerden in der rechten Schulter sprechen, hält schließlich jedoch die gegen einen Zusammenhang sprechenden Argumente für überwiegend. Nach Auffassung des Senats sind die Argumente gegen einen wahrscheinlichen ursächlichen Zusammenhang jedoch deutlich schwächer als die für einen Zusammenhang sprechenden Argumente. So ist eines der von ihm genannten gegen einen Zusammenhang sprechenden Hauptargumente der vom Kläger bei der Untersuchung angegebene Unfallablauf. Der Kläger hatte angegeben, er sei bei dem Unfall direkt mit der rechten Schulter auf den Boden aufgeprallt und die Schulter sei dabei in angelegtem innenrotiertem Zustand gehalten worden. Den Unfallablauf hat der Kläger bei späteren Untersuchungen abweichend geschildert und es darf weiter nicht übersehen werden, dass bei der Untersuchung durch Prof. R. im September 2002 bereits zwei Jahre seit dem Unfallereignis verstrichen waren. Zeitnah zum Unfall vorliegende genaue Unfallschilderungen fehlen, so dass der Senat wie bereits oben ausgeführt, davon ausgeht, dass der Unfallmechanismus nicht mehr genau geklärt werden kann. Zudem hat der Senat - wie auch Dr. H. - Zweifel, dass sich ein Verunglückter nach einem solchen Sturz anschließend genau erinnern kann, wie und mit welchen Körperteilen er zuerst am Boden aufschlugen ist. Im Übrigen hat auch Prof. R. darauf hingewiesen, dass eine sofortige aktive Bewegungseinschränkung des Arms ein eindeutiger Hinweis für einen akut eingetretenen Schaden zu werten sei und dass im Falle einer vorbestehenden degenerativen Veränderung das Sturzereignis als initial eher wenig schmerzhaft wahrgenommen werde. Hierzu ist dem Durchgangsarztbericht von Priv.-Doz. Dr. Schm. vom 25.08.2000 zu entnehmen, dass der Kläger direkt nach dem Sturz Schmerzen in der rechten Schulter hatte. Auch im Bericht von Prof. Dr. K. vom 23.10.2000 ist festgehalten, dass der Kläger über Schmerzen seit dem Sturz klagte. Außerdem hat Prof. Dr. R. darauf hingewiesen, dass bei persistierenden Schmerzen und einer zunehmenden aktiven und passiven Bewegungseinschränkung von einem traumatisch bedingten Schadensbild auszugehen ist, während bei einer degenerativen Vorschädigung der initiale Bewegungsverlust durch die synergistische Muskulatur oft soweit kompensiert werden kann, dass eine passable Gelenkbeweglichkeit resultiert. Gerade letzteres war beim Kläger nicht der Fall. So ist in den Berichten von Prof. Dr. K. vom 04.10. und 23.10.2000 festgehalten, dass der Kläger seit dem Sturz starke persistierende Schmerzen bei Abduktion und Elevation des rechten Armes über 40 Grad hatte. Im Ergebnis spricht also auch das Gutachten von Prof. Dr. R. - "bereinigt" um das unzutreffende Argument eines "ungeeigneten Unfallhergangs" - für den ursächlichen Zusammenhang.

Der Senat vermag sich weiter den Ausführungen von Dr. Sch. nicht anzuschließen. So kommt aus seiner Sicht dem Operationsbericht der dritten Operation vom 02.05.2001 bei der eine offene Revision mit Arthrolyse durchgeführt wurde, die größte Aussagekraft zu. Er sieht eine offene Revision mit direkter Abtastung sowie dreidimensionaler Betrachtung der Rotatorenmanschette einem arthroskopischen Verfahren (erste und zweite Operation) als überlegen an und bezüglich der Diagnose um vieles sicherer. Dabei übersieht er - worauf Dr. H. zu Recht hinweist -, dass im Rahmen der dritten Operation das eigentliche Schultergelenk gar nicht eröffnet wurde, vielmehr wurde auf eine Revision intraartikulär verzichtet. Das heißt, dass bei der dritten Operation das Schultergelenk nur von außen betrachtet wurde. Bei einer Betrachtung von außen können zwar durchgehende Risse der Rotatorenmanschette entdeckt oder ausgeschlossen werden, nicht dagegen partielle Risse, die nur die Innenseite der Rotatorenmanschette betreffen. Zerreißen von Gewebe im Bereich der vorderen Schulterkapsel und des vorderen Anteils des Labrums (Bankart-Läsion) - wie sie der Kläger nach Überzeugung des Senats erlitten hat - können aber bei einem rein extraartikulären Eingriff gar nicht gesehen werden, sie sind nur von innerhalb des Gelenkes sichtbar. Aus diesem Grund ist die dritte Operation eben nicht besonders geeignet über die Verletzungsfolgen Auskunft zu geben, zumal diese Operation bereits Folgen der beiden vorangegangenen Eingriffe, die retrospektiv sehr schwer oder gar nicht von den ursprünglichen Unfallfolgen abzutrennen sind, zeigte. Wenn Dr. Sch. weiter Zweifel an den Diagnosen des ersten OP-Bereiches insbesondere deshalb äußert, weil die Operation von "Dr. P." also keinem Oberarzt vorgenommen wurde und der nach seiner Ansicht nach erfahrene Oberarzt Dr. He. lediglich assistierte, so ist dies rein spekulativ. Außerdem dürfte während der Operation ein mündlicher Austausch zwischen dem Operateur und dem Assistenten bezüglich der Diagnose stattgefunden haben. Dr. Sch. macht weiter geltend, dass eine unfallbedingte vordere Subluxation mit Bankart-Läsion anschließend häufig zu Subluxations- und Instabilitätsphänomenen führe. Hierzu hat Dr. H. für den Senat überzeugend ausgeführt, dass solche Instabilitätsphänomene prinzipiell bei jüngeren Patienten nach kompletten Luxationen relativ häufig auftreten, bei älteren Patienten dagegen eher die Ausnahme als die Regel sind. Zudem kann auf Grund der Schmerzsymptomatik unterstellt werden, dass die Schulter wenig bewegt wurde und dass Maximaldrehungen, die zu einer Luxation oder Subluxation Anlass geben könnten, gar nicht durchgeführt wurden. Das Fehlen von Instabilitätszeichen ist damit kein valides Argument gegen die Annahme einer Subluxation. Weiter hat Dr. Sch. moniert, dass beim Kläger eine seitengleiche Muskulatur im Ober- und Unterarmbereich vorliege und dies eindeutig auf ein gleichmäßiges Benutzen beider Arme hinweise, weshalb er von einer Aggravation seitens des Klägers ausgegangen ist. Hierzu hat wiederum Dr. H. für den Senat überzeugend darauf hingewiesen, dass Verletzungen, die ein gewisses Maß an Bewegung und Belastung erlaubten, nicht immer und unbedingt zur Abschwächung der Muskulatur führten, insbesondere wenn es sich um Muskeln handle, die nicht direkt im Zusammenhang mit der verletzten Region stünden. So hätten beispielsweise 90 % der von ihm begutachteten Patienten keine eindeutigen Umfangsdifferenzen im Bereich von Ober- und Unterarmmuskulatur in Abhängigkeit von der Händigkeit gezeigt, d. h. Rechtshänder hätten nicht eindeutig kräftigere Ober- und Unterarme rechts, obwohl die linke Hand und der linke Arm oft wesentlich weniger belastet würden. Weiter stellte Dr. Sch. die Analyse des Aufprallmechanismus in den Vordergrund. Hierzu hat der Senat jedoch schon weiter oben ausgeführt,

dass der Aufprallmechanismus im vorliegenden Fall gerade nicht geklärt ist. Weiter geht Dr. Sch. davon aus, dass sich der Kläger bei dem Unfall eine Schulterprellung rechts zugezogen hat, obwohl im Durchgangsarztbericht von Priv.-Doz. Dr. Schm. vom 25.08.2000 von keiner Prellmarke an der rechten Schulter berichtet wird. Zudem vermag sich der Senat der Auffassung von Dr. Sch., der Kläger habe Aggravationstendenzen bei Dr. H. gezeigt, nicht anzuschließen. Hinweise dafür ergeben sich aus dem Gutachten nicht. Zudem hat Dr. Sch. den Kläger selbst nie untersucht. Insbesondere spricht die massive Einschränkung der Auswärts- und Einwärtsdrehung bei leicht abgespreiztem Oberarm während der Untersuchung bei Dr. H. gegen eine Aggravation oder Simulation. Während Defizite bei der Beugung oder Abspreizung relativ häufig anzutreffen sind, ist eine Einschränkung der Drehbewegung deutlich schwieriger plausibel zu demonstrieren ohne zugrundeliegende organische Ursache. Im Übrigen hat Dr. H., den der Senat als erfahrenen Gutachter kennt, den Kläger bei der Untersuchung als Patienten erlebt, der nicht zu Aggravation oder Simulation neigt.

Auch den Ausführungen von Dr. Hu. vermag sich der Senat nicht anzuschließen. So rügt er die im Laufe der zahlreichen Begutachtungen vom Kläger unterschiedlich geschilderten Unfallabläufe. Wie schon oben ausgeführt, ist es für den Senat durchaus nachvollziehbar, dass nach dem Sturz der genaue Unfallablauf nicht rekonstruiert werden kann und schließlich immer wieder unterschiedliche Abläufe angegeben werden. Weiter geht auch er von einer bei dem Unfall erlittenen Prellung aus, obwohl im Durchgangsarztbericht zwei Tage nach dem Unfall von einer Prellmarke an der rechten Schulter nicht berichtet wird. Als weiteres Argument gegen einen Unfallzusammenhang nennt er ein nicht passendes Verletzungsmuster bei den möglichen Sturzarten. Hierzu weist jedoch Dr. B. in seinem Gutachten vom 23.11.2005 überzeugend darauf hin, dass Stürze aus drei Meter Höhe häufig ohne knöcherne Verletzung überstanden werden und die Hüftprellung rechts den Aufprall auf der rechten Körperseite belegt. Außerdem bemängelt Dr. Hu. das Fehlen von nachweisbaren Traumafolgen bei den bildgebenden Verfahren. Dagegen ist zu sagen, dass Prof. Dr. K. im Bericht vom 04.10.2000 auf Grund der dort durchgeführten Kernspintomographie vom 28.09.2000 von einem Ödem im Bereich der Supraspinatussehne, vereinbar mit einer Teil-Ruptur derselben sowie eine deutliche Flüssigkeitsansammlung im Bereich der langen Bizepssehne berichtet.

Weiter ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass beim Kläger nach Wegfall der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit am 21.02.2002 ein unfallbedingte MdE in Höhe von 30 v. H. vorliegt.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs 2 Satz 1 SGB VII](#)). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2004, [B 2 U 14/03 R](#) in [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)): Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel.

Die MdE von 30 v. H. ergibt sich aus den Gutachten von Dr. H. und Dr. B. sowie aus der sozialmedizinischen Literatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, S. 604). Danach wird für eine Bewegungseinschränkung im Schultergelenk (Vorhebung bis 90 Grad) eine MdE von 20 v. H. und für eine konzentrische Bewegungseinschränkung um die Hälfte (bezüglich Vor- und Rückhebung, Ein- und Auswärtsdrehung, An- und Abspreizung) eine MdE von 30 v. H. angenommen. In der überwiegenden Zahl der Gutachten wird ein Zustand beschrieben, bei dem der Arm zur Seite und nach vorne aktiv um maximal 40 Grad erhoben werden kann. Für den Senat nachvollziehbar kommen deshalb Dr. H. und Dr. B. für die schmerzhaften massive Bewegungseinschränkung der rechten Schulter mit ausgeprägter Fehlhaltung und ausgedehnten Muskelverspannungen sowie Blockierungen im Bereich der Hals- wie auch der Brustwirbelsäule zu einer MdE von 30 v. H.

Über den Hilfsantrag des Klägers ist nicht zu entscheiden, nachdem dem Hauptantrag stattgegeben wird.

Bei dieser Sach- und Rechtslage ist die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-08-01