

L 9 U 63/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 1 U 3750/08
Datum
04.12.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 63/10
Datum
25.06.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 4. Dezember 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Gewährung einer höheren Verletztenrente wegen einer behaupteten Verschlimmerung bestehender Unfallfolgen.

Der 1948 geborene Kläger war am 20.10.2000 beim Abladen von einer Laderampe auf die rechte Schulter gestürzt. Der erstbehandelnde Facharzt für Orthopädie Dr. S. stellte in seiner ärztlichen Unfallmeldung vom 20.10.2000 eine Subluxation der rechten Schulter mit eigenständiger Reposition und aufgrund der vorgenommenen Röntgenuntersuchung eine Bankart-Läsion rechts fest. Die Weiterbehandlung erfolgte in der Orthopädischen Universitätsklinik H., wo während eines stationären Aufenthaltes vom 24.10.2000 bis 06.11.2000 eine Operation nach Bankart mit Refixation des knöchernen Fragmentes erfolgt war (Bericht vom 09.11.2000). Nach einem weiteren stationären Aufenthalt in der Orthopädischen Universitätsklinik H. vom 03.04.2001 bis 05.04.2001 (Diagnose: Schultersteife nach Bankart-OP [9/2000], der Patient sei insgesamt deutlich gebessert, auch beschwerdefrei) wurde Arbeitsfähigkeit ab 02.05.2001 bescheinigt. Wegen Beschwerden an der rechten Schulter traten in der Folge wiederholt Arbeitsunfähigkeitszeiten auf (vgl. Dr. S., u.a. Bericht vom 28.05.2001, 15.10.2001, 16.09.2002, 06.03.03). In seinem am 12.05.2004 bei der Beklagten eingegangenen Bericht wies Dr. S. darauf hin, dass es bei kernspintomographisch nachgewiesener grober Narbe der ventralen Kapsel nach Bankartoperation rechts (MRT des Radiologischen Zentrums W. vom 28.03.2003) immer wieder zu einem Reizzustand im Schultergelenk rechts mit kapsulärer Bewegungseinschränkung komme. Unter Berücksichtigung des Ersten Rentengutachtens von Dr. S. vom 12.08.2004 (Diagnose: rezidivierende Schultersteife rechts bei Zustand nach Bankart-Operation am 28.10.2000 bei Zustand nach Schulterluxation am 20.10.2000 (mit Acetabulumfraktur), Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE] 30 v.H.) und einer beratungsärztlichen Stellungnahme von PD Dr. M. vom 26.08.2004 (MdE 20 v.H. rückwirkend ab 01.05.2001) gewährte die Beklagte mit bestandskräftigem Bescheid vom 13.09.2004 eine Rente auf unbestimmte Zeit ab dem 01.05.2001 nach einer MdE von 20 v.H. In ihrer Begründung führte sie aus, dass sie bei der Bewertung der MdE eine behobene Verrenkung der rechten Schulter und einen operativ versorgten Abriss des Knorpels am Rand der rechten Schulterpfanne mit Bewegungseinschränkung des Schultergelenkes, eine verminderte Belastbarkeit des Armes sowie subjektive Beschwerden berücksichtigt habe.

In der Folge berichtete Dr. S. wiederholt über erneute Einsteifungen der rechten Schulter und Arbeitsunfähigkeitszeiten (Bericht vom 23.12.2004, 07.03.2005). Vom 03.05.2005 bis 25.05.2005 sowie vom 30.06.2005 bis 12.07.2005 befand sich der Kläger nach einer zwischenzeitlich gescheiterten Belastungserprobung ab dem 30.05.2005 in der stationären Behandlung der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. (BGU). Dort wurde am 01.07.2005 eine Arthroskopie und subakromiale Dekompression der rechten Schulter vorgenommen und eine intensive Physiotherapie während des stationären Aufenthaltes durchgeführt (vgl. Bericht vom 11.07.2005). Nach einer ambulanten Untersuchung am 08.08.2005 führten Prof. Dr. W., Dr. M. und Dr. A., aus, dass sich noch eine Bewegungseinschränkung der rechten Schulter fände mit Abduktion 120°, Anteversion 140°, ARO/IRO 10/0/90°, D/M/S peripher o.B. Der Schürzengriff sei noch nicht demonstrierbar. Es bestehe noch ein Bewegungsdefizit nach Impingement der rechten Schulter.

Unter dem 22.09.2005 gab die Beklagte ein weiteres Gutachten bei Dr. S. zur Nachprüfung der MdE in Auftrag. In seinem Gutachten vom 28.10.2005 beschrieb er eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der rechten Schulter, eine zunehmende Schulterreckgelenksarthrose und eine Omarthrose. Die MdE bewertete er mit 20 v.H. Die Neurologin Dr. A. berichtete unter dem 15.02.2006 über eine Schwäche der Fingerbeuger als auch der Interossei von Kraftgrad 4 bis 5. Darüber hinaus bestünde eine intermittierende Sensibilitätsstörung im 4. und 5. Finger. Nach der Symptomatik seien sowohl Nervus Ulnaris als auch Nervus Medialis möglicherweise im Plexusbereich betroffen. Ein MRT

der HWS sei bis auf degenerative Veränderungen unauffällig gewesen (vgl. Bericht des Radiologischen Zentrums W. vom 08.02.2006). Ergänzend teilte sie auf Anfrage der Beklagten mit, dass die Beschwerden nicht von einer Schulterluxation herrühren könnten, es sei denn, der Armplexus sei dabei verletzt worden. Ein MRT der oberen Thoraxapertur, möglicherweise auch ein EMG der vom Nervus Ulnaris und der vom Nervus Medianus versorgten Handmuskulatur könnte hier Aufschluss bringen. Im MRT der Halsweichteile vom 06.03.2006 (Radiologisches Zentrum W.) hat Dr. S. über eine regelrechte Darstellung der Halsweichteile berichtet. Es bestehe kein Hinweis auf einen tumorösen Prozess im Bereich der oberen Thoraxapertur bzw. im Verlauf des Armplexus, kein Nachweis pathologisch vergrößerter Lymphknoten, aber eine Osteochondrosis intervertebralis der Halswirbelsäule im mittleren und unteren Abschnitt. Der Orthopäde Dr. S. teilte daraufhin unter dem 10.04.2006 mit, dass trotz aufwändiger Untersuchungen die nachweisliche Schwäche der rechten Hand ursächlich nicht habe abgeklärt werden können. In ihrem Bericht vom 12.04.2006 teilte Dr. A. mit, dass sie den Kläger an die Neurophysiologische Abteilung der Universitätsklinik H. überwiesen habe, welche ein isoliertes Sulcus-Ulnaris-Syndrom diagnostiziert habe. Das Sulcus-Ulnaris-Syndrom habe mit der Schulterluxation nichts zu tun.

Nachdem eine weitere Belastungserprobung ab dem 01.10.2007 wegen einer Zunahme der Beschwerden abgebrochen werden musste (Bericht des Dr. S. vom 23.10.2007) und fortbestehende Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden war, beantragte der Kläger über seine Bevollmächtigten mit einem am 14.11.2007 eingegangenen Schreiben eine erneute Begutachtung. Er verwies auf ein Attest des behandelnden Arztes Dr. S., weshalb davon auszugehen sei, dass die MdE derzeit wenigstens 40 v.H. betrage. Dr. S. führte in dem beigegeführten Attest aus, dass der Kläger nicht mehr in der Lage sei, mittelschwere und schwere Tätigkeiten vollschichtig zu verrichten. Es seien allenfalls leichte, gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten ohne Anheben des rechten Armes möglich. Es bestehe somit Berufsunfähigkeit. Die MdE sei mit 40 v.H. einzustufen. Funktionell entspreche das Schultergelenk einer Versteifung in günstiger Stellung bei guter Beweglichkeit des Schultergürtels (MdE 30 v.H.). Wegen der geringen Restbeweglichkeit bestünden ausgeprägte Schmerzen, die zu regelmäßiger Analgetikaeinnahme und Behandlung mit physikalischer Therapie zwängen. Die MdE sei somit höher einzustufen als eine Versteifung des Schultergürtels in günstiger Position.

Vom 27.02.2008 bis 18.03.2008 befand sich der Kläger in stationärer Behandlung der BGU. Dort wurden (Bericht Dr. K., Dr. W. v. 26.08.2008) die Diagnosen eines Bewegungs- und Belastungsdefizits der Schulter rechts nach Schulterluxation aus dem Jahre 2000 mit Rotatorenmanschettenschaden angegeben. Es sei eine komplexe stationäre Rehabilitation durchgeführt worden. Bei Aufforderung zur Untersuchung habe der Kläger eine eingeschränkte Beweglichkeit im Bereich der rechten Schulter mit Abduktion 100°, Anteversion 110°, und eine fast freie Beweglichkeit in unbeobachteter Situation gezeigt. Eine erneute Arbeits- und Belastungserprobung sei geplant. Unter dem 21.04.2008 teilte die BGU mit, dass der Kläger derzeit eine ABE-Maßnahme mit sechs Stunden am Tag absolviere. Es bestünden noch Schmerzen im Bereich der Schulter sowie eine eingeschränkte Beweglichkeit. Der Kläger könne seine Tätigkeit als LKW-Fahrer mit Be- und Entladetätigkeit durchführen, jedoch träten häufiger noch Schmerzen mit Beschwerden im Bereich der Schulter auf. Es werde davon ausgegangen, dass es sich um einen Endzustand handle. Das bg-liche Heilverfahren werde mit dem 15.04.2008 abgeschlossen. Ab dem 16.04.2008 bestehe wieder vollschichtige Arbeitsfähigkeit.

Das Landratsamt R.-Kreis stellte mit Bescheid vom 04.02.2008 unter Berücksichtigung einer Teillähmung des rechten Armnervengeflechtes, einer Gebrauchseinschränkung der rechten Hand, eines Sulcus-Ulnaris-Syndroms rechts, eines chronischen Schmerzsyndroms sowie von Arbeitsunfallfolgen am rechten Schultergelenk gemäß BG-Bescheid vom 13.09.2004, und degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und einem Bandscheibenschaden einen Grad der Behinderung mit 60 seit dem 12.11.2007 fest.

Unter dem 20.05.2008 berichtete Dr. S. über eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung der rechten Schulter mit erheblicher Gebrauchsminde rung des rechten Armes, deren Funktion nur geringfügig besser als bei einer Schulterarthrodese, jedoch deutlich schmerzhafter sei.

Prof. Dr. W. und Dr. F. stellten in ihrem von der Beklagten in Auftrag gegebenen Gutachten vom 02.06.2008 eine Bewegungseinschränkung der rechten Schulter, insbesondere für die Abduktion sowie für die Elevation und Auswärtsrotation, radiologische Veränderungen im Sinne der knöchern konsolidierten re fixierten Bankartläsion sowie eine Exostose unter dem Acromion, eine Narbenbildung, Veränderungen des Nacken- und Schürzengriffs und eine Verschmächtigung der Schulterkappenmuskulatur rechts fest. Die MdE sei mit 20 v.H. einzuschätzen.

Mit Bescheid vom 11.07.2008 lehnte die Beklagte die Erhöhung der gewährten Rente ab. Die dem Bescheid vom 13.09.2004 zugrunde liegenden Verhältnisse hätten sich nicht wesentlich geändert. Unter Berücksichtigung einer weiteren beratungsärztlichen Stellungnahme von PD Dr. H. vom 10.09.2008, der ausgeführt hat, dass im Gutachten vom 02.06.2008 im Vergleich zum maßgeblichen Vorgutachten vom 12.08.2004 keine wesentliche Befundänderung festzustellen sei, die eine rentenwirksame Verschlimmerung begründen könnte und dass die zwischenzeitliche Wiedererkrankung aufgrund der primären Verletzungsfolgen durchaus nachvollziehbar sei, wies die Beklagte den zwischenzeitlich erhobenen Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 07.11.2008 zurück. Von einer wesentlichen Änderung sei gemäß [§ 73 Abs. 3 SGB VII](#) (Siebtes Buch Sozialgesetzbuch) nur dann auszugehen, wenn die Änderung gegenüber der bisher festgestellten MdE mehr als 5 v.H. betrage. Bei einer Rente auf unbestimmte Zeit müsse diese Änderung außerdem länger als drei Monate ange dauert haben. Diese Voraussetzungen seien nicht erfüllt. Vielmehr sei festzustellen, dass die objektiv am 20.05.2008 erhobenen Funktionseinschränkungen (Gutachten vom 02.06.2008) sich im Vergleich zu den maßgeblichen Vorgutachten nur geringfügig verschlechtert hätten. Eine MdE um 30 v.H. sei nach den in der gesetzlichen Unfallversicherung geltenden MdE-Erfahrungswerten erst bei einer Versteifung des Schultergelenkes anzunehmen. Eine solch ausgeprägte funktionelle Beeinträchtigung läge jedoch nicht vor, was im Übrigen auch durch die im Widerspruchsverfahren vorgelegte Stellungnahme von Dr. S. vom 20.05.2008 bestätigt werde.

Hiergegen hat der Kläger am 17.11.2008 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben.

Das SG hat Beweis erhoben durch das Einholen eines unfallchirurgischen Gutachtens bei Dr. D., M. S. Dr. D. hat in seinem Gutachten vom 19.01.2009 darauf hingewiesen, dass die aktiv geführte Beweglichkeit nicht habe ermittelt werden können, weil der Kläger, sobald der Untersucher den rechten Unterarm umfasst habe, muskulär dagegen gedrückt habe. Er habe den Kläger daher aufgefordert, selbst mit der linken Hand die Seitwärts- und Vorwärtsanhebung im rechten Schultergelenk durch Zug an der rechten Hand zu unterstützen. Dabei sei eine Seitwärtsanhebung um 105° und eine Armanhebung vorwärts um 125° erreicht worden. Auch bei der Aufforderung, einen Kopfsprung ins Wasser darzustellen, habe der Kläger den rechten Arm nach vorne um 125° anheben können. Im rechten Unterarm bestehe eine endgradig eingeschränkte Außenrotationsbeweglichkeit. Im Bereich der rechten oberen Extremität lägen eine im Seitenvergleich um etwa ein Viertel

eingeschränkte Gesamtbeweglichkeit im rechten Schultergelenk, eine endgradige Streck- und Beugeeinschränkung im rechten Ellenbogengelenk und eine endgradig eingeschränkte Außenrotationsbeweglichkeit des rechten Unterarms vor. Für die eingeschränkte Gesamtbeweglichkeit im rechten Schultergelenk bestünde mit Wahrscheinlichkeit ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 20.10.2000. In den anerkannten Unfallfolgen sei keine wesentliche Änderung eingetreten. Im Vergleich zum Gutachten des Dr. S. vom 15.08.2004 betrage die Gesamtbeweglichkeit des rechten Schultergelenkes im Seitenvergleich knapp 28% und sei daher geringfügig größer als bei der jetzt durchgeführten gutachterlichen Untersuchung gewesen. Ferner zeige das Messblatt für die oberen Gliedmaßen zum damaligen Untersuchungszeitpunkt eine verminderte Oberarmmuskulatur rechts, welche bei der jetzigen Nachuntersuchung rechts diskret kräftiger ausgeprägt sei als links. Diese Verbesserungen bedingten jedoch keine Änderung in der MdE-Einschätzung. Er könne sich der Einschätzung des Dr. S. nicht anschließen. Aufgrund der demonstrierten aktiven Beweglichkeit im rechten Schultergelenk, insbesondere jedoch wegen einer nicht erkennbaren Minderung der rechtsseitigen Schulterkappenmuskulatur sei die Aussage nicht nachvollziehbar, dass "die Beweglichkeit der rechten Schulter ... nur geringfügig besser als bei einer Gelenkversteifung der rechten Schulter in guter Funktionsstellung ..." sei. Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Orthopäde Dr. W. ein orthopädisches Gutachten (vom 21.05.2009) erstellt. Er stellte eine Schulterfunktionsstörung rechts mit knapp hälftiger Bewegungseinschränkung und leichter schmerzhafter Kraftminderung nach Schulterverrenkungsbruch am 20.10.2000 und arthroskopischer Operation 2005 fest. Neben den geklagten Schmerzen in der rechten Schulter, teils in Ruhe, regelmäßig bei vermehrter Belastung, fänden sich objektiv eine äußerlich reizlose Schulter, reizlose Narben, eine leichte Druckschmerzhaftigkeit im Oberarmbereich und Schulterreckgelenksbereich rechts und eine knapp hälftige Bewegungseinschränkung der rechten Schulter. Besonders betroffen sei hiervon die Außenrotation (maximal 10°), das vorwärtige Anheben (90°), das seitliche Anheben (95°) und das Zurückführen (25°). Links sei die Schulter, gerade auch unter Berücksichtigung des Alters, hervorragend beweglich. Rechts werde beim Schürzengriff nur die seitliche Gesäßpartie erreicht, beim Nackengriff mit der rechten Hand im kurzen Bogen (Ellenbogen weist schräg nach vorne), das Ohr, aber nicht der Nacken. Mit einem Stift oder Löffel könne der Mund erreicht werden, allerdings nicht das Haupthaar gekämmt oder gewaschen werden. Eine wesentliche Differenz der Muskulatur am rechten und linken Arm sei nicht sicher nachweisbar, in den Röntgenaufnahmen auch kein sicherer Nachweis eines Mineralsalzverlustes. Die Röntgenaufnahmen zeigten Verknöcherungen am vorderen unteren Pfannenrand und eine beginnende Schulterhauptgelenksarthrose mit beginnendem Gelenkspaltaufbruch und eine Hill-Sachs-Läsion (Eindellung des Oberarmkopfes durch die Schulterverrenkung). Zusätzlich fänden sich unfallunabhängig fortgeschrittene Schulterreckgelenksarthrosen beidseits. Sonographisch zeige sich rechts eine Degeneration der Supraspinatussehne und eine leichte Aufweitung des Schleimbeutels unter dem Schulterdach. Dieser Befund werde bestätigt in einer Kernspintomographie vom 03.09.2008 mit einer Hill-Sachs-Delle am Oberarmkopf, postoperativen und degenerativen Veränderungen im vorderen Pfannenrand sowie einer Schulterreckgelenksarthrose. Eine wesentliche Änderung sei im Hinblick auf die im Bescheid vom 13.09.2004 festgestellten Unfallfolgen nicht eingetreten, vielmehr treffe die Beschreibung die Beschwerden beim Verunfallen. Subjektiv bestehe eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit einer Schultergelenksarthroskopie rechts im Jahr 2005. Objektiv könne er im Vergleich zum ersten Rentengutachten vom 12.08.2004 eine wesentliche Verschlechterung nicht feststellen. Er könne sich den Befunden, deren Diskussion sowie der Bewertung der unfallbedingten MdE durch Prof. Dr. W. und Dr. D. nicht anschließen. Vielmehr schließe er sich der Beurteilung des Dr. S. hinsichtlich des Grades der MdE an. Bereits Dr. S. habe damals eine MdE auf 30 v.H. geschätzt. Unter Berücksichtigung der aktuellen Literatur werde eine konzentrische Bewegungseinschränkung um die Hälfte mit einer MdE um 30 v.H. bewertet. Dies treffe auch auf den vorliegenden Fall zu, weil eine in etwa hälftige Bewegungseinschränkung der rechten Schulter bestehe. So habe schon der Krankheitsbericht der BGU (vom 03.09.2008) eine Abduktion 80°, eine Anteversion 110°, eine Innenrotation 70°, eine Außenrotation 20°, Armkraft deutlich gemindert, Druckschmerz am Schulterreckgelenk beschrieben. Auch diesem Schreiben sei zu entnehmen, dass im Seitenvergleich eine etwa hälftige Bewegungseinschränkung der rechten Schulter bestanden habe. Auch dem Gutachten Prof. W. sei in etwa eine knapp hälftige Bewegungseinschränkung der rechten Schulter zu entnehmen. Einzig Dr. D. komme zu deutlich anderen Bewegungsbefunden der rechten und linken Schulter.

Das SG hat darüber hinaus Beweis erhoben durch das Einholen eines Gutachtens bei Prof. Dr. L., H ... Er hat ausgeführt (Gutachten vom 09.09.2009), dass als Folgen des Arbeitsunfalles eine Narbenbildung, eine mittelgradige aktive und endgradige passive Bewegungseinschränkung, Bewegungsschmerzen und Kraftminderung der rechten Schulter nach Schulterverrenkung mit Schulterpfannenrandbruch und anschließender Operation sowie eine diskret beginnende Schulterreckarthrose bestehe. Eine Schulterreckgelenksarthrose rechts sowie subjektive Gefühlsstörungen und Bewegungsstörungen im Bereich des vierten und fünften Fingers der rechten Hand stünden nicht im Zusammenhang mit dem streitgegenständlichen Unfall. Eine Verletzung des Schulterreckgelenkes sei zum Zeitpunkt des Unfalles nicht festgestellt worden. Auch die Einengung des Gleittraumes für die Rotatorenmanschette durch eine nach unten gerichtete knöcherne Ausziehung der vorderen Schulterblattgräte müsse als anlagebedingte schicksalshafte Veränderung angesehen werden. Es handele sich dabei nicht um einen verletzungstypischen Befund. Teile des Beschwerdebildes und insbesondere der Schmerzen beim Abspreizen des Armes über die Schulterhöhe seien auf dieses sogenannte subakromiale Engpasssyndrom zurückzuführen und könnten nicht durch die Unfallfolgen erklärt werden. Aktuell sei die Abspreizfähigkeit des rechten Armes aktiv und passiv besser als im Rahmen des Ersten Rentengutachtens, während die Vorföhrfähigkeit aktiv und passiv geringer sei. Die Außenrotationsfähigkeit sei gleich geblieben. Insofern habe sich von Seiten des klinischen und mit hoher Wahrscheinlichkeit auch des röntgenologischen Befundes keine wesentliche Änderung der Unfallfolgen ergeben. Eine MdE um 30 v.H. lasse sich durch die objektivierbaren Unfallfolgen nicht begründen. Eine solche werde beispielsweise bei einer Versteifung des Schultergelenkes in günstiger Stellung empfohlen, bei ausgeprägter hyperostotischer Arthrose oder einer Defekarthropathie der Schulter. Als richtungsweisender Befund für dieses Ausmaß der Gebrauchseinschränkung sei eine Minderung der Muskulatur im Bereich des Schultergürtels und des Ober- und Unterarmes typisch, ebenso wie verminderte periphere Gebrauchsspuren, also eine Verringerung der Handbeschwiellung im Bereich des betroffenen Armes. Diese Voraussetzungen lägen nicht vor. Darüber hinaus sei die Beurteilung des Bewegungsausmaßes im individuellen Fall durch Verhaltensauffälligkeiten des Untersuchten erschwert. So sei er spontan zu Bewegungen in der Lage, die er auf Aufforderung dann nicht habe ausführen können. Bei der Untersuchung sei u.a. auffällig gewesen, dass der Untersuchte nach der Ultraschalldiagnostik schwungvoll mit der rechten Hand das Ultraschallgel von der linken Schulter habe abwischen können, während er auf Aufforderung fünf Minuten später nicht in der Lage gewesen sei, die rechte Hand an die linke Schulter zu führen. Auch sei eine Feststellung des passiven Bewegungsausmaßes durch heftiges Gegenspannen gegen die geföhrten Bewegungen des Untersuchers erschwert gewesen. Dieses Gegenspannen habe unter Ablenkung nachgelassen, als sich der Untersuchte hingesezt habe, während der Arm noch durch den Untersucher gehalten und über die Kopfhöhe geföhrte worden sei. Die auf orthopädischem Fachgebiet durch klinische Untersuchung, Ultraschalluntersuchung und die vorhandene Bildgebung erhobene Befundung erkläre das ausgeprägte Beschwerdebild und insbesondere die Bewegungseinschränkung nur unvollständig. Die Behinderung der Außendrehung sei durch die Vernarbung des Unterschulterblattmuskels nach Verletzung und Operation möglicherweise zu erklären. Auch Schmerzen bei Bewegung oberhalb der Kopfhöhe könnten durch die beginnende Schulterreckgelenksarthrose im Bereich des unteren Pfannenrandes und die Verformung des Oberarmkopfes oben hinten möglicherweise erklärbar sein. Diese Positionen hätten sich aber bei

der aktuellen Untersuchung nicht einnehmen lassen. Schmerzen bei Bewegungen oberhalb der Schulterhöhe seien möglicherweise durch eine Einengung des Gleitraumes unter dem Schulterdach bei nach unten gerichteter knöcherner Ausziehung der vorderen Schulterblattgräte und durch die eindeutig feststellbare unfallunabhängige Schulterreckgelenksarthrose erklärbar.

Nach Anhörung des Klägers im Termin am 04.12.2009 hat das SG mit Urteil vom 04.12.2009 die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass nach den objektivierbaren Funktionsstörungen im Bereich der rechten Schulter eine MdE weiterhin um 20 v.H. anzusetzen sei. Eine wesentliche Änderung der Verhältnisse lasse sich nicht feststellen. Es hat zunächst darauf hingewiesen, dass dem Kläger mit Bescheid vom 13.09.2004 eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. gewährt worden sei. Dr. M. sei zuzustimmen, wenn er sich für eine Korrektur der MdE nach unten (auf 20 v.H.) ausgesprochen habe. Denn Dr. S. habe Gesamtbewegungsmaße ermittelt (links 640°, rechts 460°), die weit entfernt von einer hälftigen Bewegungseinschränkung gewesen seien. In seinem Rentengutachten vom 28.10.2005 habe sich Dr. S. bei nahezu identischen Bewegungsdefiziten (links 470°, rechts 640°) für die Fortzahlung der Verletztenrente ebenfalls nach einer MdE um 20 v.H. ausgesprochen. Die Untersuchung des Dr. D. habe gezeigt, dass eine Änderung der wesentlichen Verhältnisse nicht bestätigt werden könne. Bei geringen Arthrosezeichen finde sich kein augenfälliger Seitenunterschied der Schultergürtelmuskulatur, vielmehr sei diese beidseits kräftig zugunsten der rechten und damit unfallbedingten Seite, was bei Dr. S. noch nicht der Fall gewesen sei, ausgeprägt. Hinzu komme ganz entscheidend, dass auch Dr. D. Funktionsmaße erhoben habe (rechts 495°, links 675°), die mit denen des Dr. S. weitgehend in Einklang stünden und einem Bewegungsdefizit von ca. einem Viertel gegenüber der gesunden Seite entsprächen. Gleiches ergäbe sich im Übrigen unter Berücksichtigung der Ausführungen von Prof. Dr. W., der ebenfalls keine konzentrische Bewegungseinschränkung um die Hälfte bestätigt und im Übrigen die Auffassung vertreten habe, die Unfallfolgen seien mit einer MdE um 20 v.H. ausreichend berücksichtigt. Auch die Befunde bei Prof. Dr. L. zeigten, dass sich die Unfallfolgen seit dem Jahr 2004 nicht wesentlich verschlimmert hätten. Zudem habe auch Prof. Dr. L. Verhaltensauffälligkeiten bestätigt, die ein zielgerichtetes Auftreten des Klägers in Form von Aggravation nahelegten. So sei er bei Ablenkung zu spontanen Bewegungen imstande gewesen, die im Rahmen der Untersuchung, während der es zu inkonsistentem Gegenspannen gekommen sei, nicht mehr habe ausführen können. Der Beurteilung von Dr. S. und von Dr. W. könne daher nicht gefolgt werden. Dr. W. habe nicht ausreichend hinterfragt, wieso es aufgrund der von Klägerseite demonstrierten erheblichen Funktionsdefizite nicht zu einer typischen Verschmächigung der Muskulatur und zu verminderten peripheren Gebrauchsspuren gekommen sei. Zudem habe er vernachlässigt zu diskutieren, wie die von ihm beschriebenen erheblichen Defizite mit der schweren körperlichen Tätigkeit des Klägers, der als Lkw-Fahrer Supermärkte beliefert und dabei Be- und Entladearbeiten habe verrichten müssen, in Einklang zu bringen seien. Ergänzend sie auf die Darlegungen des Dr. K. zu verweisen, der davon gesprochen habe, dass der Kläger in scheinbar unbeobachteten Momenten eine fast freie Beweglichkeit der rechten Schulter gezeigt habe und sich im Rahmen der durchgeführten Therapie ebenfalls eine gute Beweglichkeit gezeigt habe, weshalb eine MdE über 20 v.H. nicht bestätigt werden könne.

Gegen das ihm am 15.12.2009 zugestellte Urteil hat der Kläger mit einem am 18.12.2009 beim SG eingegangenen Schreiben Berufung eingelegt. Er hält daran fest, dass eine MdE von wenigstens 30 v.H. erreicht sei. Eine Aggravation oder Simulation der unfallbedingten Funktionsbeeinträchtigungen liege nicht vor. Die vorgeblich in diesem Sinne belegten Beobachtungen des Prof. Dr. L. bei der Untersuchung weise er zurück. Die Befundberichte von Dr. S. bestätigten, dass die körperliche Belastung nur jeweils kurzzeitig und nur unter Einnahme starker Schmerzmittel überhaupt möglich gewesen sei. Unter Berücksichtigung von unfallbedingten Schmerzen könnten durchaus auch höhere Werte der MdE als die in den Gutachterrichtlinien vorgegebenen vergeben werden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 4. Dezember 2009 sowie den Bescheid der Beklagten vom 11. Juli 2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. November 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, Verletztenrente ab Antragstellung nach einer MdE von mindestens 30 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Für die Beklagte steht fest, dass der Kläger zum einen aggraviere und zum zweiten eine Bewegungseinschränkung vorliege, die lediglich ein Ausmaß erreicht habe, welche eine MdE um 20 v.H. rechtfertige.

Hierauf hat der Kläger mit Schriftsatz vom 24.03.2010 noch einmal erwidert und festgehalten, nicht aggraviert zu haben und dass auch die Feststellungen von Prof. Dr. L. ein solches nicht belegten.

Der Senat hat Beweis erhoben durch das Einholen eines Gutachtens bei Dr. H., Institut für Medizinische Begutachtung, S. Er hat im Gutachten vom 03.08.2010 ausgeführt, dass gesicherte objektive Befunde der linken oberen Extremitäten nicht dokumentiert seien. Soweit der rechte Arm betroffen sei, könne davon ausgegangen werden, dass primär nicht unfallbedingte impingementartige Veränderungen Bewegungseinschränkungen mäßigen Ausmaßes - soweit dies probandenabhängig zu prüfen gewesen sei - unterhielten. Mit dem ausreichenden Grade der Wahrscheinlichkeit bestehe der Zusammenhang der zeitnah erkannten knöchernen Bankartläsion mit dem Vorgang vom 20.10.2000. Beim Kläger lägen Gesundheitsstörungen im Sinne eines nicht unfallbedingten Nachschadens vor, die nicht mit dem in dem Bescheid anerkannten Verletzungsbefund im Zusammenhang stünden. Eine wesentliche Änderung der Unfallfolgen selbst könne nicht festgestellt werden. Er wies darauf hin, dass schon im Jahr 2001 arthrotische Veränderungen und ein als relativ bezeichneter "Schulterhochstand" (gemeint sei wahrscheinlich ein Oberarmkopfhochstand gewesen) in der H. Universitätsklinik röntgenologisch gesehen worden sei. Eine Erklärung dieser bildtechnischen Befunde durch eine knöcherne und zudem konsolidierte Bankartläsion scheide aus, weil ein Rotatorenmanschettschaden, der schon lange bestehe, zu einem Oberarmkopfhochstand führe, nicht aber die erwähnte knöcherne Bankartläsion. Die Erklärung der über einen längeren Zeitraum beschriebenen und ärztlich unterschiedlich beurteilten Funktionseinbußen am rechten Schulterhauptgelenk durch die erwähnte Bankartläsion falle schwer, berücksichtige man, dass im März des Jahres 2003 bei angeblich erhaltener Rotatorenmanschette die "Hypertrophie" des Schulterreckgelenks und die dadurch verursachte Einengung des subakromialen Raumes aufgefallen sei. Man habe dies im Sinne eines Impingements gedeutet. Dass ein zugrunde zu legendes knöchernes Impingement Funktionseinbußen verursachen könne, beleuchte das einschlägige Schrifttum sicherlich nachhaltig. Mit dem abgegebenen Ersten Rentengutachten werde aber der Bedeutung eines nicht erkennbar unfallbedingten Befundes (Omarthrose) keine weitere Bedeutung beigemessen. Die Beklagte selbst habe eine nicht erkennbar erlittene Verrenkung der rechten Schulter im Bescheid vom 13.09.2004

zugrunde gelegt. Nicht unfallbedingte, aber bestehende arthrotische Veränderungen, blieben unberücksichtigt. Nach dem ausführlichen Krankheitsbericht der BGU vom 20.04.2005 habe man dort zum gleichen Zeitpunkt neben dem Zustand nach Bankartläsion ein Impingementsyndrom der rechten Schulter diagnostiziert. Die im gleichen Bericht festgehaltenen arthrotischen Veränderungen, welche nicht erkennbar im Zusammenhang stünden mit der knöchernen Bankartläsion, ordneten sich einem solchen beschwerderelevanten Impingement letztlich schlüssig zu. Dies scheine die Beklagte nicht weiter geprüft zu haben. Indiziell begründet müsse davon ausgegangen werden, dass im vorliegenden Fall primär der nicht unfallbedingte Nachschaden Funktionseinbußen am rechten Schultergelenk unterhalte, die sichtbaren arthrotischen Veränderungen also mit ausreichender Wahrscheinlichkeit nicht als Verschlechterung der knöchernen Bankartläsion zu betrachten seien, weil diese ausgeheilte knöcherne Bankartläsion keine ausreichende biomechanische Erklärung für die Existenz der arthrotischen Veränderungen im Subakromialraum und im Schultergelenk selbst böten.

Hierzu haben die Beteiligten nochmals Stellung genommen (Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten vom 25.01.2011 und der Beklagten vom 02.02.2011).

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die beigezogene Akte der Beklagten sowie auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäß eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig. Berufungsausschließungsgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung des Klägers ist jedoch nicht begründet. Das angefochtene Urteil des SG sowie die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind nicht zu beanstanden, da der Kläger keinen Anspruch auf eine höhere Verletztenrente als nach einer MdE um 20 v.H. hat.

Rechtsgrundlage für die Neufeststellung der Rente ist [§ 48](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Nach dieser Vorschrift ist ein Anspruch auf Rente neu festzustellen, wenn in den für seine letzte Feststellung maßgebend gewesenen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Eine solche liegt bei der Feststellung der MdE vor, wenn sie mehr als 5 v. H. beträgt und sie - bei Rente auf unbestimmte Zeit - länger als drei Monate andauert ([§ 73 Abs. 3 SGB VII](#)). Ob eine wesentliche Änderung vorliegt, ist durch einen Vergleich der zum Zeitpunkt des Erlasses des ursprünglichen Verwaltungsaktes maßgeblichen Befunde mit denjenigen zu ermitteln, die zum Zeitpunkt der geltend gemachten Änderung vorliegen (Bundessozialgericht [BSG] [SozR 3-1500 § 54 Nr. 18](#)). Die wesentliche Änderung muss mit Wahrscheinlichkeit auf den erlittenen Arbeitsunfall wesentlich zurückzuführen sein und darf nicht durch andere, vom Arbeitsunfall unabhängige Umstände verursacht worden sein. Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit reicht nicht (ständige Rechtsprechung [BSGE 19, 52](#); BSG, [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)).

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, Ur. v. 22.06.2004, [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.

Voraussetzung für die Berücksichtigung einer Gesundheitsstörung bzw. Funktionseinschränkung als Unfallfolge bei der Bemessung der MdE ist grundsätzlich u. a. ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis bzw. dem dadurch eingetretenen Gesundheitserstschaden und der fortdauernden Gesundheitsstörung (sog. haftungsausfüllende Kausalität). Dabei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, zu denen - neben der versicherten Tätigkeit - der Gesundheitserstschaden und die eingetretenen fortdauernden Gesundheitsstörungen gehören, mit einem der Gewissheit nahekommenden Grad der Wahrscheinlichkeit erwiesen sein. Für die Bejahung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Gesundheitserstschaden und den fortdauernden Gesundheitsstörungen gilt in der gesetzlichen Unfallversicherung die Kausalitätstheorie der "wesentlichen Bedingung". Diese hat zur Ausgangsbasis die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob das Ereignis nicht hinweg gedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (conditio sine qua non). Auf Grund 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 anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen. Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens abgeleitet werden (vgl. die zusammenfassende Darstellung der Kausalitätstheorie der wesentlichen Bedingung im Urteil des BSG vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#) = [BSGE 96, 196](#)-209 und Juris).

Bei mehreren konkurrierenden Ursachen muss die rechtlich wesentliche Bedingung nach dem Urteil des BSG vom 9.5.2006 (a.a.O. Rdnr. 15) nicht "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig" sein. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. Kommt einer der Ursachen gegenüber den anderen eine überragende Bedeutung zu, ist sie allein wesentliche Ursache und damit allein Ursache im Rechtssinn.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Senat zur Überzeugung gelangt, dass die Beklagte die Erhöhung der Verletztenrente mit Bescheid vom 11.07.2008 zu Recht abgelehnt hat.

Maßgebliche Vergleichsgrundlage sind die Befunde, die dem letzten bindend gewordenen Bescheid, dem Bescheid vom 13.09.2004, mit dem dem Kläger Dauerrente nach einer MdE um 20 v.H. gewährt wurde, zugrunde lagen. Die Beklagte stellte seinerzeit eine behobene Verrenkung der rechten Schulter und einen operativ versorgten Abriss des Knorpels am Rand der rechten Schulterpfanne mit Bewegungseinschränkung des Schultergelenkes, eine verminderte Belastbarkeit des Armes sowie subjektive Beschwerden fest. Dieser Beurteilung lagen das Erste Rentengutachten des Dr. S. vom 12.08.2004 sowie die Stellungnahme des Beratungszarzes der Beklagten Dr. M. zugrunde. Dr. S. stellte rezidivierende Schmerzzustände an der rechten Schulter mit Bewegungseinschränkung bei beginnender Omarthrose fest. Im Seitenvergleich waren die Bewegungsmaße für das Anheben seitw./körperw. mit re. 80/0/30, li. 150/0/40, Arm rückw./vorw. mit re. 30/0/150, li. 30/0/170, Arm ausw./einw. drehen (Oberarm anliegend) mit re. 10/0/70, li. 40/0/80 und Arm ausw./einw. drehen (Oberarm 90° seitw. abgehoben) mit re. 10/0/80, li. 40/0/90 angegeben worden. Die Umfangmaße an den oberen Extremitäten waren im Wesentlichen seitengleich (15 cm ob. äußerem Oberarmknorren: re. 34 li. 35, am Ellenbogengelenk re. 30 li. 30, 10 cm unt. äußerem Oberarmknorren: re. 29, li. 29). Die Beklagte schloss sich in dem bestandskräftigen Bescheid vom 13.09.2004 der Einschätzung von Dr. M. an, der im Gegensatz zu der Empfehlung von Dr. S. (MdE 30 v.H.) eine MdE von 20 v.H. auf Dauer für angemessen angesehen hatte.

Nach den Vergleichswerten in der Rentenliteratur sind die Folgen einer Schultergelenkversteifung (30° Abduktion - seitlich abgespreizter Arm) bei nicht eingeschränktem Schultergürtel mit einer MdE von 30 v.H. bewertet, bei einer Bewegungseinschränkung für vorwärtiges und seitwärtiges Anheben des Armes bis 90° bei freier Rotation wird eine MdE um 20 v.H. vorgeschlagen, eine MdE von 10 v.H. unter gleichen Bedingungen, wenn das Anheben bis 120° gelingt. Eine konzentrische Bewegungseinschränkung führt in der Regel zur Anerkennung einer MdE von 25 v.H. (Werte nach Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 523; Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, Kommentar, Stand März 2013, Anhang 12, J 028; s. aber Voraufgabe Schönberger/Mehrtens/Valentin, S. 604, der konzentrische Bewegungseinschränkung noch mit 30 v.H. bewertet hat). Nach Rompe/Erlenkämper/Schiltenswolf/Hollo, Begutachtung Haltungs- und Bewegungsorgane, 5. Auflage 2009 wird in Übereinstimmung mit dem Vorgenannten die konzentrische Bewegungseinschränkung um die Hälfte noch mit einer MdE von 30 v.H. bewertet. Nach Mehrhoff/Meindl/Murr, Unfallbegutachtung, 12. Auflage 2009, S. 159 wird die Versteifung des Schultergelenkes in günstiger Stellung bei sonst frei beweglichem Schultergürtel mit einer MdE 30 v.H., eine Teilversteifung des Schultergelenkes bei freier Drehbeweglichkeit mit 20, bei behinderter Drehbeweglichkeit mit 30 bewertet. Ausgehend von der zitierten neueren Literatur geht der Senat davon aus, dass die konzentrische Bewegungseinschränkung um die Hälfte (also bezüglich der Vor- und Rückhebung, der Ein- und Auswärtsdrehung sowie der An- und Abspreizung) nicht mehr mit einer MdE von 30 v.H., sondern nur noch mit einer MdE um 25 v.H. zu bewerten ist. Diese Bewertung trägt dem Umstand Rechnung, dass die Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durch eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit insoweit beeinträchtigt wird, als die Hand nicht mehr oder nur noch eingeschränkt in Stellung gebracht werden kann (vgl. hierzu Schönberger/Mehrtens/Valentin a.a.O., S. 523). Dementsprechend ist eine Versteifung von Schultergelenk und Schultergürtel mit max. 40 v.H., bei erhaltener Schultergürtelfunktion mit max. 30 v.H. zu bewerten. Auch nach Auffassung des Senats ist eine konzentrische Bewegungseinschränkung (Vor- und Rückhebung, Ein- und Auswärtsdrehung, An- und Abspreizung) um die Hälfte zwar schlechter einzustufen als eine Bewegungseinschränkung auf 90° in der Anhebung bei freier Rotation, aber noch nicht so gravierend, wie eine Schultergelenkversteifung, die nach der oben genannten Literatur mit einer MdE von 30 v.H. zu bewerten wäre.

Damit ist zunächst festzuhalten, dass man aufgrund dieser Vergleichswerte selbst dann nicht zu einer wesentlichen Änderung käme, wenn man mit dem nach [§ 109 SGG](#) gehörten Sachverständigen Dr. W. von einer hälftigen konzentrischen Bewegungseinschränkung ausgehen wollte, weil auch damit eine nach [§ 73 Abs. 3 SGB VII](#) erforderliche Änderung von mehr als 5 v.H. nicht vorläge. Unabhängig davon hat das SG bereits ausführlich dargelegt, dass die Behauptung von Dr. W. unzutreffend ist, eine knapp oder wenigstens hälftige konzentrische Bewegungseinschränkung sei durch die Gutachten belegt. Dies gilt nicht einmal für die von Dr. W. selbst erhobenen Befunde. Nach dessen Gutachten liegen folgende Meßwerte vor: Anheben seitw./körperw. re. 95/0/20, li. 180/0/35, Arm rückw./vorw. re. 25/0/90, li. 55/0/180, Arm ausw./einw. drehen (Oberarm anliegend) re. 10/0/90, li. 65/0/95, Arm ausw./einw. drehen (Oberarm 90° seitw. abgehoben) re. 35/0/60, li. 85/0/85.

Die Bewegungsausmaße addiert ergeben für rechts 425° und für links 780°. Damit liegt die Beweglichkeit rechts mit 35° über der Hälfte des sich im Vergleich zur gesunden Seite darstellenden Bewegungsumfanges. Legt man die von Dr. S. seinerzeit dokumentierten Bewegungseinschränkungen zugrunde:

Anheben seitw./körperw. re. 80/0/30, li. 150/0/40, Arm rückw./vorw. re. 30/0/150, li. 30/0/170, Arm ausw./einw. drehen (Oberarm anliegend) re. 10/0/70, li. 40/0/80, Arm ausw./einw. drehen (Oberarm 90° seitw. abgehoben) re. 10/0/80, li. 40/0/90.

ergibt sich für die vom Unfall betroffene rechte Seite mit 460° ein nur unwesentlich anderes Bild (bei links schlechteren Werten: 640°). Eine wenigstens hälftige Bewegungseinschränkung ist auch von den Sachverständigen Prof Dr. W., Dr. D., Prof Dr. L. und Dr. H. nicht festgestellt worden, sodass allein deshalb die Einlassung von Dr. W. nicht zu überzeugen vermag.

Eine Verschlimmerung - und nur hierauf kommt es an - hat keiner der bereits genannten Sachverständigen angenommen. Auch Dr. Weis hat eine solche ausdrücklich verneint. Dies ist auch zutreffend, da nach den oben wiedergegebenen Bewegungsmaßen das Anheben des Armes nach vorne und zur Seite noch mindestens bis zur Horizontalen möglich gewesen war und auch ausdrücklich beschrieben wurde, der Kläger könne mit Stift oder Löffel noch den Mund erreichen. Auch er fand keine wesentliche Differenz der Armmuskulatur im Seitenvergleich. So führt er daher auch nachvollziehbar aus, dass er "objektiv, gerade im Vergleich mit dem Ersten Rentengutachten vom 12.08.2004 eine wesentliche Verschlechterung nicht feststellen" kann. Seine abweichende Beurteilung beruht allein auf einer anderen Beurteilung der MdE, die er - in Übereinstimmung mit der damaligen Beurteilung von Dr. S. - mit 30 v.H. für angemessen erachtete. Der Bescheid vom 13.09.2004 ist jedoch bestandskräftig, da er vom Kläger nicht angefochten wurde. Ob die Bemessung der MdE mit Bescheid vom 13.09.2004 rechtmäßig gewesen ist oder nicht, ist nicht Gegenstand des anhängigen Rechtsstreits. Eine anfängliche Rechtswidrigkeit der Bewilligung der Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 20 v.H. hat der Kläger weder im Verwaltungsverfahren noch im erstinstanzlichen Verfahren geltend gemacht. Das SG hat hierüber auch nicht entschieden. Aufgrund der bindenden Feststellungen in diesem Bescheid kommt es auch nicht darauf an, ob mit Dr. H. davon auszugehen ist, dass die Beschwerden des Klägers primär auf unfallunabhängige impingementartige Veränderungen zurückzuführen sein könnten, die als Nachschaden nicht zu berücksichtigen wären. Ähnlich äußerte sich

im Übrigen Prof. Dr. L. (Bl. 95 SG-Akten), der eine Einengung des Gleitraumes für die Rotatorenmanschette durch eine nach unten gerichtete knöcherne Ausziehung der vorderen Schulterblattgräte als anlagebedingte Erkrankung gewürdigt und zumindest Teile des Beschwerdebildes, insbesondere der Schmerzen beim Abspreizen des Armes über die Schulterhöhe, auf dieses subakromiale Engpasssyndrom zurückführte. Ebenso wenig vermögen daher auch die Einlassungen des Dr. S. zu überzeugen (Bericht vom 23.10.2007, 20.05.2008), welche der Senat durch die vorliegenden Gutachten als auch durch die Untersuchung in der BGU (Bericht Dr. K., Dr. W. vom 26.08.2008), was das Ausmaß der Beeinträchtigungen anbelangt, als widerlegt ansieht.

Nicht entscheidend ist unter Berücksichtigung der gemachten Ausführungen daher auch, ob von einer Ausgestaltung der Beschwerden durch den Kläger ausgegangen werden muss. Die Untersuchungen bei Prof Dr. W., Dr. D., Prof Dr. L. und Dr. H., und auch bei Dr. W. belegen objektiv keine Zunahme der Beschwerden dergestalt, dass nunmehr eine andere Beurteilung gerechtfertigt wäre, wie bereits ausgeführt wurde. Anzumerken bleibt für den Senat nur, dass er die Ausführungen von Dr. D. in dessen Gutachten durchaus als Beleg dafür ansieht, dass die Einschränkungen geringer sind, als sie von ihm geschildert und dargeboten wurden. So ist durch den dem Senat als in der Beurteilung sehr erfahren bekannten Sachverständigen Dr. D. zur Überzeugung des Senats belegt, dass durch den nach Aufforderung des Untersuchers angedeuteten Kopfsprung und das in diesem Zusammenhang erfolgte Anheben des rechten Armes um 125° ein schmerzfreies Anheben des Armes über die Horizontale möglich ist. In der Zusammenschau mit der auch in allen anderen Gutachten dokumentierten fehlenden Muskelminderung am rechten Arm (im Wesentlichen seitengleiche Umfangmaße am Oberarm, rechts teilweise um 0,5 bis 1 cm besser als links, gemessen in den Gutachten von Dr. S., Dr. D., Dr. W., Prof. Dr. L. und Dr. H.) sowie den Auffälligkeiten in der Untersuchungssituation, über die nicht nur Dr. D., sondern auch Prof. Dr. L. und Dr. K. (BGU, Bericht v. 26.03.2008) berichtet haben, besteht für den Senat kein Zweifel, dass eine MdE um 20 v.H. den durch den Unfall verursachten Beeinträchtigungen in vollem Umfang gerecht wird.

Die vom Kläger geäußerten Gefühlsstörungen im Bereich des vierten und fünften Fingers der rechten Hand sind keine Folgen des Unfalles vom 20.10.2000, worauf Dr. A. (Bericht vom 12.04.2006) und Prof Dr. L. in seinem Gutachten überzeugend dargelegt haben.

Soweit der Kläger auf Schmerzen sowie darauf hinweist, dass die Arbeitserprobungen nur unter Schmerzmitteleinnahme hätten durchgestanden werden können, ist zu beachten, dass der Ausschluss von Überkopfarbeiten und die Schmerzen im Rahmen der anerkannten Unfallfolgen und mit der anerkannten MdE bereits Berücksichtigung gefunden haben. Auch eine diesbezügliche Verschlimmerung im Vergleich zu den Feststellungen, die der Entscheidung vom 2004 zugrundegelegen haben, vermag der Senat nicht zu erkennen.

Der Senat sieht angesichts der gemachten Ausführungen keine Notwendigkeit, Dr. H. als Sachverständigen und Dr. S. als sachverständigen Zeugen zu laden und anzuhören. Dessen (Dr. S.) Einschätzung, die von ihm auch begründet worden ist, ist unter Berücksichtigung seiner ausführlichen Berichte vom 23.10.2007 und 20.05.2008 bekannt. Die rechtliche Würdigung hat sich jedoch an der streitigen Rechtsfrage auszurichten, die hier den Nachweis einer wesentlichen Änderung im Vergleich zur Vorbegutachtung betrifft.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-07-16