

L 6 U 12/06

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6.
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 3 U 141/02
Datum
15.12.2005
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 6 U 12/06
Datum
21.04.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 15. Dezember 2005 und der Bescheid der Beklagten vom 25. April 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Juli 2002 werden abgeändert. Es wird festgestellt, dass das Impingementsyndrom der rechten Schulter Folge des Arbeitsunfalls vom 20. Januar 2001 ist. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers für beide Rechtszüge und das Vorverfahren zur Hälfte. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung zusätzlicher Arbeitsunfallfolgen sowie die Gewährung einer Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 v. H ...

Der 1957 geborene Kläger rutschte laut Unfallmeldung seines Arbeitgebers während der Ausübung versicherter Tätigkeit am 20. Januar 2001 gegen 17 Uhr beim Aussteigen aus seinem Pkw auf dem vereisten Parkstreifen aus und stürzte auf die rechte Körperseite. Er suchte am 24. Januar 2001 die Klinik für Unfallchirurgie der O-v-G-Universität M. auf. Laut Durchgangsarztbericht vom 20. Februar 2001 hatte er angegeben, am 20. Januar 2001 auf die rechte Seite, die Schulter und untere Halswirbelsäule (HWS) gefallen zu sein. Der Durchgangsarzt nahm als Befund einen Hypertonus der Trapezmuskulatur (erhöhte Muskelspannung), Einschränkungen der Rechtsrotation und Rechtsneigung des cervicothorakalen Übergangs bei freier Beweglichkeit der Schultergelenke und einen Druckschmerz über dem Tuberculum majus humeri (größerer Höcker am seitlichen Oberarm, an dem mehrere Muskeln ansetzen) auf. Es handele sich um eine Kontusion der HWS und der Schulter rechts. Als unfallunabhängige Veränderungen seien eine Chondropathie (krankhafte Veränderung eines Knorpels) des Kniegelenks und rezidivierende Blockierungen im cervikothorakalen Übergang anzusehen.

Unter dem 24. Oktober 2001 berichtete der Direktor der orthopädischen Universitätsklinik der O-v-G-Universität M Prof. Dr. N. über die Fortsetzung der Behandlung und die am 24. Juli 2001 durchgeführte Arthroskopie der rechten Schulter. Nach Rückgang der Erstsymptomatik sei ein permanenter Bewegungsschmerz mit painful arc (Schmerzen im Schultergelenk) zwischen 80 Grad und 120 Grad Abduktion verblieben. Es liege ein Impingementsyndrom rechts vor. Ein Unfallzusammenhang der Beschwerden sei nicht zweifelsfrei herzustellen. Der beigelegte Bericht über die Arthroskopie vom 24. Juli 2001 beschrieb Zeichen eines Outlet-Impingements. Die Supraspinatussehne sei aufgeraut und weise Schleifspuren am Bindegewebsband auf. Der Kläger sei mit einer Acromioplastik versorgt worden. Bei der Entlassung (Bericht vom 10. August 2001) habe eine leichte Kapselschwellung bestanden. Abduktion und Adduktion seien mit 150/0/30 Grad, Außen- und Innenrotation mit 70/0/70 und Ante- und Retroversion mit 150/0/30 möglich gewesen.

Die Beklagte beauftragte den Direktor der Klinik für Unfallchirurgie der O-v-G-Universität M. Prof. Dr. W. mit der Erstattung des Zusammenhangsgutachtens vom 26. März 2002 nach Aktenlage. Prof. Dr. W. führte aus, die Rotatorenmanschette unterliege durch ihre gelenksichernde Funktion starken Belastungen, die zu degenerativen Veränderungen führten. Diese könnten klinisch über einen längeren Zeitraum stumm bleiben. Insbesondere zwischen dem 40sten und 50sten Lebensjahr seien die degenerativen Veränderungen signifikant. Zusammenhangstrennungen würden in diesem Lebensabschnitt, mitunter auch ohne Beschwerden und Funktionseinbußen, zum Regelbefund. Bei dem Kläger seien im Erstbefund keine Begleitverletzungen an Strukturen wie Muskulatur, Schleimbeutel und Unterhaut, die an der Beanspruchung oder Belastung in aller Regel vorrangig beteiligt seien und keinen typischen degenerativen Veränderungen unterlägen, beschrieben. Vielmehr läge das Schadensbild einer isolierten Veränderung nur im Bereich der Rotatorenmanschette vor. Das Unfallgeschehen sei kein adäquates Trauma für eine akute Ruptur einer intakten Rotatorenmanschette oder ein Impingementsyndrom. Das Schultergelenk sei bei der ersten Untersuchung frei beweglich gewesen. Es habe lediglich ein Druckschmerz über dem Tuberculum majus bestanden. Der Unfall sei daher keine wesentliche Ursache, auch nicht Teilursache, der festgestellten Körperschäden.

Mit Bescheid vom 25. April 2002 erkannte die Beklagte den Unfall vom 20. Januar 2001 als Arbeitsunfall mit einer folgenlos ausgeheilten Prellung der rechten Schulter an, lehnte es aber ab, das Impingementsyndrom als Arbeitsunfallfolge anzuerkennen und dem Kläger eine Verletztenrente zu gewähren. Hiergegen erhob der Kläger am 22. Mai 2002 Widerspruch. Zur Begründung führte er aus, er sei auf die rechte Körperhälfte gefallen, ohne genau sagen zu können, in welcher Stellung sich sein Arm oder Ellenbogengelenk befunden habe. Er habe nicht nur partielle Druckschmerzen über dem Tuberculum gehabt, sondern Schmerzen im Schulterbereich bis hin zur HWS. In einem Befundbericht vom 2. April 2001 habe der Radiologe Dr. H. lediglich beginnende degenerative Veränderungen der rechten Schulter erwähnt und eine deutliche Ödematisierung der ventralen Gelenkkapsel mit Flüssigkeitsansammlung zwischen Deltamuskel und Vorderflächen-Humerus beschrieben.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25. Juli 2002 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch zurück und bezog sich auf da Gutachten von Prof. Dr. W ... Der Bescheid ist dem Kläger auf dem Postweg zugegangen.

Mit der am 26. August 2002 vor dem Sozialgericht Magdeburg erhobenen Klage hat der Kläger sein Begehren weiter verfolgt und dem Sozialgericht den Befundbericht von Dr. H. vom 2. April 2001 über die Auswertung eines Magnetresonanztomogramms (MRT) des rechten Schultergelenks vom 28. März 2001 vorgelegt. Dr. H. hat darin ausgeführt, das MRT zeige einen leichtgradigen Hochstand des Humeruskopfes, eine hypertrophe Arthropathie des AC-Gelenks mit beginnender subacromialer Enge und fokalen ödematösen bzw. degenerativen Veränderungen. Im Bereich des Tuberculum majus bestünden ossäre Ablagerungen mit subchondralen cystoiden Strukturen. Es sei eine deutliche Ödematisierung der ventralen Gelenkkapsel mit Flüssigkeitsansammlung zwischen Deltamuskel und Vorderfläche Humerus sowie im Bereich des AC-Gelenks zu erkennen.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG hat der Chefarzt der orthopädischen Klinik des Fachkrankenhauses V-G Dr. W. das Gutachten vom 16. September 2004 erstattet. Er hat ausgeführt, bei der Untersuchung am 2. September 2004 seien Abduktion/Aduktion mit 75/0/25 Grad (110/0/40 Grad links), Ante/Retrover-sion mit 130/0/30 Grad (170/0/40 Grad links) und Außen-/Innenrotation mit 70/0/30 Grad (90/0/80 Grad links) möglich gewesen. Sämtliche Bewegungen seien im rechten Schultergelenk schmerzhaft. Palpatorisch bestehe ein erhebliches Krepitieren im gesamten Rotatorenmanschettenbereich. Der Schürzengriff sei rechts gegen links um 20 cm bei erheblichen Schmerzen eingeschränkt. Es bestehe ein starker Druckschmerz über dem Ansatz der Subscapularissehne. Der Kläger sei vor dem Unfall wegen seiner Schultergelenke nie in ärztlicher Behandlung gewesen und habe keine Beschwerden gehabt. Aufgrund dieser Tatsache sei ein Zusammenhang des jetzigen Gesundheitsschadens im Bereich der rechten Schulter mit dem Unfall wahrscheinlich. Bis auf eine leichte Verschmälerung des AC-Gelenkspaltes seien auf den anlässlich der Untersuchung gefertigten Röntgenbildern keine Anzeichen von degenerativen Veränderungen erkennbar. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit betrage 25 v. H ...

In einer vom Sozialgericht veranlassten Stellungnahme zum Unfallmechanismus hat Dr. W. unter dem 24. Januar 2005 ergänzt, beginnende degenerative Veränderungen im Schultergelenk hätten bei dem Gesundheitsschaden des Klägers eine wesentliche Rolle gespielt. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Impingementsyndrom könne nur schwer hergestellt werden. Die jahrelange sportliche Betätigung des Klägers als Skuller sei aber nicht ursächlich, weil entsprechende Veränderungen am linken Schultergelenk nicht vorlägen, jedoch zu erwarten gewesen wären. Da der Unfall als alleiniger Auslöser der bestehenden Beschwerden nicht belegt sei, sei die Minderung der Erwerbsfähigkeit mit lediglich 10 v. H. einzuschätzen.

Der Kläger hat einen Auszug aus der Krankenakte von Prof. Dr. W. vorgelegt. Unter dem 16. Februar 2001 ist dort vermerkt, es bestehe ein painful arc bei Abduktion des rechten Armes zwischen 80 und 100 Grad sowie eine Schleimbeutelentzündung.

In der nichtöffentlichen Sitzung des Sozialgerichts hat der Kläger zum Unfallhergang erklärt, er habe nach dem Aussteigen aus dem Fahrzeug bereits ein bis zwei Schritte zurückgelegt und den rechten Fuß zum Erdboden geführt gehabt, als er weggerutscht und auf die rechte Körperhälfte leicht nach vorn gefallen sei.

Das Sozialgericht hat den Facharzt für Chirurgie Medizinalrat (MR) Dr. M. vom Medizinischen Gutachteninstitut D mit der Erstattung des Gutachtens vom 7. Juni 2005 nach Aktenlage beauftragt. Dieser hat ausgeführt, der Unfall habe mit Wahrscheinlichkeit teilsächlich zu einem posttraumatisch aktivierten Impingementsyndrom des rechten Schultergelenks geführt. Die Ausbildung eines Impingementsyndroms sei nicht notwendig mit einer strukturellen Verletzung verbunden. Bei entsprechender Disposition genüge lediglich ein Anpralltrauma, um ein Impingementsyndrom zu verursachen. Anlagebedingte oder schicksalhafte Gesundheitsstörungen habe der Unfall nicht wesentlich verschlimmert. Eine behandlungsbedürftige Erkrankung als Vorschaden sei nicht nachgewiesen. Zum Zeitpunkt des Unfalls sei am rechten Schultergelenk keine Krankheitsanlage vorhanden gewesen, die bereits so weit fortgeschritten oder so leicht ansprechbar gewesen sei, dass auch andere Ereignisse diese ohne weiteres ausgelöst hätte. Auch ein spontanes Entstehen der vom Kläger geklagten Beschwerden zu demselben Zeitpunkt sei nicht wahrscheinlich. Es bestehe eine Ansatzentzündung am Tuberculum majus sowie eine gering- bis mittelgradige Arthrose des Schulterreckgelenkes. Desweiteren sei eine vermehrte Sklerosierung am Schulterdach zu verzeichnen. Es handle sich dabei um Veränderungen, die dem alterstypischen Verschleiß in keiner Weise vauseilten. Der Schadensanlage komme keine überragende Bedeutung an der Entstehung des Impingementsyndroms zu.

In dem von der Beklagten veranlassten Zusammenhangsgutachten des Unfallchirurgen und Chefarztes des Städtischen Klinikums D. Dr. Z. vom 19. September 2005 nach Aktenlage hat dieser demgegenüber ausgeführt, im Zeitpunkt des Arbeitsunfalls hätten Schadensanlagen des rechten Schultergelenkes vorgelegen. Die anlässlich der Erstuntersuchung nach dem Unfall gefertigten Röntgenaufnahmen zeigten degenerative Veränderungen des Schulterreckgelenkes. Ein Sturz auf die Seite sei biomechanisch in der Lage, eine Anprallverletzung des Schultergelenkes zu verursachen. Typische Befunde seien neben einer Schwellung eine Blutergussbildung, eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung und eine Druckschmerzhaftigkeit des Gelenkes. Da im Rahmen der durchgangsarztlichen Untersuchung des Schultergelenkes keine weiteren krankhaften Befunde - insbesondere keine äußeren Verletzungszeichen - festgestellt wurden, könne nur eine leichte Anprallverletzung angenommen werden. Bestätigt werde dies durch den MRT-Befund. Ein Knochenödem - eine Anprallverletzung des Knochens - sei nicht eingetreten. Ein Bone bruise-Phänomen bleibe mindestens sechs Monate nach einem posttraumatischen Ereignis nachweisbar. Der Oberarmkopfhochstand, die degenerativen Veränderungen des Schulterreckgelenkes mit beginnender subacromialer Enge sowie die degenerativen Veränderungen am Ansatz der Supraspinatussehne könnten das Impingementsyndrom verursacht haben. Posttraumatische Veränderungen des Schultergelenkes seien demgegenüber nicht gesichert worden. Die Ödematisierung der ventralen Gelenkkapsel mit Flüssigkeitsansammlung zwischen Deltamuskel und Vorderfläche des

Oberarmkopfes sowie im AC-Gelenk sei mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Unfallfolge, sondern Folge der subacromialen Enge. Posttraumatische Schwellungen der Weichteile bildeten sich in wenigen Tagen nach dem Unfall zurück. Der Oberarmkopfhochstand sei Zeichen einer Insuffizienz der Supraspinatussehne, die den Oberkopf nicht mehr vollständig im Schultergelenk zentrieren könne. Ursache hierfür sei eine degenerativ bedingte Ansatzendinopathie der vorliegenden Art. Die ossären Ablagerungen und subchondralen zystoiden Strukturen belegten dies. Zusätzlich werde der subacromiale Raum durch die hyper-trophe Arthropathie des AC-Gelenkes eingeengt. Dem Unfallereignis komme nur die Bedeutung eines Anlassgeschehens zu.

MR Dr. M. hat in seinen Stellungnahmen vom 25. Oktober 2005 und 6. Dezember 2005 zu dem Gutachten von Dr. Z. ausgeführt, der MRT-Befund einer beginnenden subacromialen Enge und Arthropathie lasse keine überragende Schadensanlage erkennen. Deshalb komme dem Unfall eine wesentliche Teilursache für den entstandenen Gesundheitsschaden zu. Ödematöse Einlagerungen seien Ausdruck der Traumatisierung. Die im MRT im Bereich des Tuberculum majus gesichteten knöchernen Ablagerungen mit unter der Knorpelschicht gelegenen zystischen Strukturen könnten als akutes Markraumödem gewertet werden. Bei der unmittelbar dem Knochen anliegenden vorderen Gelenkkapsel habe eine deutliche Ödematisierung bestanden. Der Unfall habe daher zu einer nicht unwesentlichen Prellung des Schultergelenkes geführt.

Mit Urteil vom 15. Dezember 2005 hat das Sozialgericht Magdeburg die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, ein Unfallzusammenhang des Impingementsyndroms sei offensichtlich nur über die Ödematisierung herzustellen. Im Widerstreit der medizinischen Meinungen, einerseits Dr. W. und Dr. M. andererseits Dr. Z., sehe sich das Gericht nicht in der Lage, die Ödematisierung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall zurückzuführen.

Gegen das am 28. Dezember 2005 zugestellte Urteil hat der Kläger am 27. Januar 2006 Berufung bei dem Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt und sich im Wesentlichen auf die Ausführungen von MR Dr. M. zum Ursachenzusammenhang berufen und ergänzend ausgeführt, als Ausdruck der Traumatisierung des rechten Schultergelenks sei es zu einer vermehrten Flüssigkeitseinlagerung in die vordere Gelenkkapsel und in das Schultergelenk gekommen. Sowohl das Anpralltrauma als auch die Schadensanlage hätten zu dem Impingementsyndrom geführt. Das Anpralltrauma und die Schadensanlage seien wesentliche Bedingung für den Gesundheitsschaden gewesen. Der Unfall sei daher wesentliche Teilursache gewesen, um den Krankheitsverlauf in Gang zu setzen. Dr. Z. habe im Übrigen lediglich die Vermutung geäußert, dass auch ohne den Unfall das Impingementsyndrom aufgetreten wäre.

Der Kläger beantragt nach seinem Vorbringen,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 15. Dezember 2005 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 25. April 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Juli 2002 abzuändern, festzustellen, dass das Impingementsyndrom der rechten Schulter Folge des Arbeitsunfalls vom 20. Januar 2001 ist und die Beklagte zu verurteilen, ihm eine Verletztenrente ab dem 21. Januar 2001 nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie beruft sich auf den Akteninhalt, die Feststellungen in den Bescheiden und den Inhalt des sozialgerichtlichen Urteils. Sie hat ergänzend ausgeführt, am 24. Januar 2001 habe sich eine freie Beweglichkeit beider Schultergelenke gezeigt, so dass die Ödematisierung nicht Folge des Arbeitsunfall gewesen sein könne.

Der Senat hat ergänzende Befundberichte von der Oberärztin der Orthopädischen Universitätsklinik der O-v-G-Universität M. Dr. H. und von der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. N. eingeholt. Bei Dr. H. war der Kläger unter anderem im März 1997 mit einem Cervikokranialsyndrom mit Funktionsstörung der HWS, im April 1997 nach einem Autounfall mit einem Schleudertrauma, von April bis Juni 1998 mit einem Cervikobrachialsyndrom C6/7 rechts und im Januar 2000 mit einem cervikalen Pseudoradikulärsyndrom C6/7 in Behandlung gewesen. Als Erstbefund nach dem Unfall vom 15. Februar 2001 hat Dr. H. vermerkt: Schulter rechts Abduktion/Adduktion 130/0/30 Grad, painful arc 70 - 100 Grad, Druckschmerz subacromial, Nackengriff sei möglich. Sie hat einen Befundbericht des Facharztes für Radiologie Dr. E. von der O-v-G-Universität M. vom 20. Februar 2001 über die Auswertung der am 16. Februar 2001 gefertigten Röntgenaufnahmen beigelegt. Dr. E. hat eine deutlich vermehrte Sklerosierung im Bereich des Tuberculum majus beschrieben. Es seien knöcherne Anbauten am Acromion abgebildet. Im lateralen Anteil erscheine der Subacromialraum geringgradig eingeengt.

Von der Barmer Ersatzkasse erhielt das Gericht das Vorerkrankungsverzeichnis mit den Zeiten der Arbeitsunfähigkeit vom 22. Januar 2008. Auf Blatt 275 der Akte wird Bezug genommen.

Der Senat hat den Chefarzt der Klinik für Orthopädie des H E Hospitals in B Prof. Dr. H. mit der Erstattung des Gutachtens vom 22. Juni 2009 nach Untersuchung des Klägers am 6. März 2009 beauftragt, der darin ausgeführt hat, die Röntgenaufnahmen des rechten Schultergelenks anlässlich der Untersuchung und vom 23. April 2002 zeigten eine subacromiale Enge bei Acromiontyp Bigliani II, eine subchondrale Sklerosierung der Gelenkpfanne, eine röntgendichte Struktur in Projektion auf den Subacromialraum im Sinne eines Kalkdepots und eine beginnende Gelenkspaltverschmälerung des Schultergelenkes rechts. Die erste radiologische Untersuchung ca. vier Wochen nach dem Unfall beschreibe im Wesentlichen degenerative Veränderungen im Bereich des rechten Schultergelenkes ohne Anhalt für frische oder stattgehabte knöcherne Verletzungen. Es sei daher von strukturellen Veränderungen auszugehen, die vor dem Unfall bestanden hätten und stumm geblieben seien. Auf den 8-jährigen Leistungssport des Klägers im Rudern mit starken zyklischen Belastungen der Schulter sei verwiesen. Bereits vorhandene Gesundheitsstörungen seien vorübergehend richtungsgebend verschlimmert bzw. verändert worden. Unfallbedingte ödematöse Veränderungen würden in der Regel in sechs bis acht Wochen nach dem Unfall abklingen. Der geschilderte Unfallhergang nicht geeignet gewesen, ein primäres Outlet-Impingement (Druck von oben) herbeizuführen. Denn der Kläger habe erst vier Tage nach dem Unfall einen Arzt aufgesucht, der eine freie Beweglichkeit in beiden Schultergelenken festgestellt habe. Zudem hätte eine einige Wochen später durchgeführte nativradiologische Untersuchung des rechten Schultergelenkes, eine einige Monate später durchgeführte kernspintomographische Untersuchung und der intraoperative Befund im Wesentlichen degenerative Veränderungen als Ursachen aufgezeigt. Die MdE betrage bis zu acht Wochen nach dem Unfall 10 v.H. Eine unfallbedingte MdE liege für spätere Zeiten nicht

vor.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Die Verwaltungsakte der Beklagten mit dem Aktenzeichen 110201 200000561358 war Gegenstand der Beratung und Entscheidungsfindung des Senats.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte in der Sache nach [§ 124 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil sich Beteiligten mit dieser Vorgehensweise einverstanden erklärt haben.

Die gemäß [§§ 143, 144 Abs. 1 S. 2 SGG](#) statthafte Berufung hat zum Teil Erfolg. Der Bescheid der Beklagten vom 25. April 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Juli 2002 beschwert den Kläger, soweit es die Beklagte abgelehnt hat, das Impingementsyndrom der rechten Schulter als Folge des Arbeitsunfalls anzuerkennen. Im Übrigen ist die Berufung unbegründet.

Der Kläger hat einen Anspruch auf die Feststellung eines Impingementsyndroms der rechten Schulter als weitere Folge des Unfalls vom 20. Januar 2001. Der Senat folgt hier den überzeugenden Ausführungen von MR Dr. M ...

Nachgewiesene Gesundheitsstörungen sind als zusätzliche Folgen des Arbeitsunfalls anzuerkennen, wenn zwischen dem Unfallereignis und ihnen entweder direkt oder vermittelt durch den Gesundheitserstschaden ein Ursachenzusammenhang im Sinne von [§ 8 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) besteht (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 12. April 2005 - [B 2 U 11/04 R](#) - [BSGE 94, 262](#) ff.; Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)). Während die geltend gemachte Unfallfolge im Sinne des so genannten Vollbeweises feststehen, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit belegt sein muss, gilt für die Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen dem Arbeitsunfall und ihr der Beweismaßstab der hinreichenden Wahrscheinlichkeit. Sie liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann. Die bloße Möglichkeit einer Verursachung genügt dagegen nicht. Die Feststellung des Ursachenzusammenhangs erfolgt nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)). Danach ist nur diejenige Bedingung rechtlich erheblich, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens "wesentlich" beigetragen hat (Ricke in Kasseler Kommentar, [§ 8 SGB VII](#), Rn 4, 15). Nicht jede Gesundheitsstörung, die im naturwissenschaftlichen Sinne durch das Unfallereignis beeinflusst worden ist, ist auch rechtlich dessen Folge, sondern nur diejenige, die "wesentlich" durch das Ereignis verursacht worden ist. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, ist aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besonderen Beziehungen der Ursache zum Eintritt des Gesundheitsschadens abzuleiten. Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung der Ursache zum Erfolg sind z. B. die Art und das Ausmaß der Einwirkung, die konkurrierenden Ursachen, die gesamte Krankengeschichte und ergänzend der Schutzzweck der Norm. Die bloße Möglichkeit einer Verursachung genügt hingegen nicht (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)).

Ein Impingementsyndrom ist bei dem Kläger nachgewiesen. Dr. H. hat im MRT vom 28. März 2001 eine subacromiale Enge erkannt, Prof. Dr. N. hat am 24. Juli 2001 nach erfolgter Arthroskopie ein Impingementsyndrom diagnostiziert und MR Dr. M. und Prof. Dr. H. haben diese Diagnose in ihren Gutachten bestätigt.

Dieses Impingementsyndrom war zwar nicht bereits bei der Untersuchung durch den Durchgangsarzt am 4. Tag nach dem Unfall vorhanden. Es hat sich aber bedingt durch das Anpralltrauma in den folgenden Wochen ausgebildet und ist daher ursächlich auf den Unfall zurück zu führen. Hiervon ist der Senat nach den nachvollziehenden Ausführungen von MR Dr. M. überzeugt. Danach sind das im MRT vom 28. März 2001 gesichtete Ödem der vorderen Gelenkkapsel sowie die Flüssigkeitsansammlung im AC-Gelenk Folgen des Anpralltraumas. In diesem Sinne hat auch Dr. H. den MRT-Befund vom 28. März 2001 als Traumafolge gewertet. Ödematöse Einlagerungen sind nach Auffassung von MR Dr. M. Ausdruck von Traumatisierungen. Er wertet auch die im MRT erkennbaren zystischen Strukturen unterhalb der Knorpelschicht des Tuberculum majus - im Gegensatz zu Dr. H. und Dr. Z. - als ein Markraumödem, welches durch den Anprall verursacht wurde. Für diese Wertung spricht der vom Durchgangsarzt erhobene Befund eines Druckschmerzes über dem Tuberculum majus. Es hat sich daher mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch das Anpralltrauma ein Markraumödem gebildet, welches noch am 28. März 2001 im MRT zu erkennen war.

In der Folge der Ödematisierung der Schultergelenkkapsel und des Schulterreckgelenkes hat sich der Schleimbeutel des Schultergelenkes entzündet. Eine derartige Schleimbeutelentzündung ist nach der Erfahrung von MR Dr. M. in fast allen Fällen Folge einer traumatischen Ödematisierung. Diese Schleimbeutelentzündung hat sich auch zeitnah zum Unfallgeschehen eingestellt. So hat Prof. Dr. W. in seinem Krankenblatt anlässlich der zweiten Untersuchung unter dem 16. Februar 2001 eine Bursitis subacromialis beschrieben. Bei dieser Untersuchung konnte der Kläger den rechten Arm zwischen 80 und 100 Grad nicht mehr schmerzfrei bewegen. Dies hat Prof. Dr. W. ebenfalls am 16. Februar 2001 als pain ful arc in seinem Krankenblatt vermerkt.

Nach den weiteren überzeugenden Ausführungen von MR Dr. M. war eine Schwellung innerhalb des Schultergelenks Folge der Schleimbeutelentzündung. Aus dieser Schwellung resultiert die räumliche Enge zwischen Oberarmkopf und Schulterdach. Begünstigt durch den beim Kläger bestehenden Humeruskopfhochstand, den keiner der Ärzte als Unfallfolge gewertet hat, hat sich ein Impingementsyndrom ausgebildet.

Demgegenüber vermag der Senat Prof. Dr. W., Dr. Z. und Prof. Dr. H. nicht in ihren Einschätzungen zu folgen, das Impingementsyndrom sei allein wesentlich Folge der degenerativen Veränderungen des Schultergelenks des Klägers. Degenerative Veränderungen sind zwar auf den Röntgenaufnahmen vom 16. Februar 2001 als vermehrte Sklerosierung im Bereich des Tuberculum majus und deutlichen knöchernen Anbauten am Acromion zu erkennen. Sie sind aber nicht aus sich heraus als hinreichende Erklärung für die Entstehung einer Krankheitssymptomatik und von Funktionseinschränkungen, insbesondere nicht, wenn es sich um häufig symptomfreie Massenerscheinungen handelt, geeignet. Es ist hier nicht hinreichend wahrscheinlich, dass das Impingementsyndrom auf diese degenerativen Veränderungen zurück zu führen ist. Prof. Dr. W. hat diese degenerativen Veränderungen für altersentsprechend (zwischen

dem 40sten und 50sten Lebensjahr) gehalten. Auch MR Dr. M. hat sie als nicht vorausseilenden alterstypischen Verschleiß beschrieben. Diesem Verschleiß kommt hier keine wesentliche Bedeutung für die Entstehung eines Impingementsyndroms zu. Es ist schon nicht ersichtlich und auch von keinem Gutachter bzw. Sachverständigen beschrieben, welche konkrete Rolle einem Acromionsporn für die Bildung des Impingementsyndroms zukommen soll; aus der Art und der Lage einer solchen degenerativen Veränderung folgt dies nicht selbstverständlich. Die vermehrte Sklerosierung des Tuberculum majus betrifft zwar die Stelle des nach dem Unfall aufgetretenen Druckschmerzes. Auch hier liegt aber näher, den Druckschmerz vorrangig durch den ortsgleichen Anprall beim Unfall zu erklären, als durch knöcherne Veränderungen, die nicht zwingend oder typisch Schmerz auslösen. Im Übrigen stellt auch insoweit kein Gutachter einen konkreten Zusammenhang her. Aus diesem Grunde ist auch das Anpralltrauma kein Anlassgeschehen gewesen. Denn nicht jede andere unfallunabhängige Tätigkeit hätte zu der Ödematisierung und damit zum Impingementsyndrom geführt.

Auch überzeugt die Auffassung von Prof. Dr. W. und Dr. Z. nicht, dass ein Fehlen von Begleitverletzungen der Weichteile gegen einen Unfallzusammenhang des Impingementsyndroms spricht. Es ist zunächst davon auszugehen, dass die Erstdiagnose einer Schulterprellung (contusio) durch entsprechende Befunde gestützt war, auch wenn diese nicht im Detail aufgelistet sein mögen. MR Dr. M. hat zudem nachvollziehbar geschildert, wie sich aus einem Markraumödem am Tuberculum majus eine Schleimbeutelentzündung und ein Ödem mit der Folge eines Impingementsyndroms bildet. Struktureller Verletzungen bedurfte es hingegen nicht. Eine Rückbildung der Ödeme nach sechs bis acht Wochen, wie sie Prof. Dr. H. beschrieben hat, war unter diesen Umständen nicht zu erwarten. Auch die von Prof. Dr. H. als Ursache genannte sportliche Betätigung des Klägers als Skuller erklärt die Beschwerden ausschließlich im rechten Schultergelenk nicht. Der Senat folgt hier den Ausführungen von Dr. W., der dies nicht für hinreichend wahrscheinlich hält, weil ein Skuller seine Schultern nicht einseitig belastet und deshalb Beschwerden auch im linken Schultergelenk zu erwarten gewesen wären.

Das Unfallgeschehen war auch geeignet, ein Impingementsyndrom auszubilden. Dies ergibt sich bereits aus der von MR Dr. M. geschilderten Ursachenkette. Zudem haben auch Dr. Z. und Prof. Dr. H. den Sturz des Klägers auf die rechte Schulter durchaus für ein geeignetes Unfallgeschehen gehalten.

Der Kläger hat jedoch keinen Anspruch auf eine Verletztenrente.

Nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) haben Versicherte Anspruch auf eine Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn ihre Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles (Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um mindestens 20 v. H. gemindert ist. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Dabei wird die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch eine abstrakte Bemessung des Unfallschadens bewertet und beruht auf freier richterlicher Beweiswürdigung unter Berücksichtigung der im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung etablierten allgemeinen Erfahrungssätze aus der Rechtsprechung und dem einschlägigen Schrifttum (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 18. März 2003 - [B 2 U 31/02 R](#) - Breithaupt 2003, 565 ff.; Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) - [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)).

Nach den Erfahrungswerten beträgt die Minderung der Erwerbsfähigkeit bei einer Funktionseinschränkung der Rotatorenmanschette infolge eines Impingements um 10 v. H. (Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, Stand Januar 2010, Anhang 12, J 028; Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Abschnitt 8.4.7, S. 523). Ein atypischer Fall, der eine höhere Minderung der Erwerbsfähigkeit rechtfertigt, liegt nicht vor. So wird eine Minderung der Erwerbsfähigkeit um 20 v. H. bei einer Bewegungseinschränkung des Schultergelenks vorwärts/ seitwärts bis 90 Grad bei freier Rotation (Bereiter-Hahn/Mehrtens, a.a.O., J 028; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 523), nach anderer Meinung erst bei einer Teilversteifung des Schultergelenks (Mehrhoff/Meindl/Muhr, Unfallbegutachtung, 12. Auflage, S 159) angenommen. Das Schultergelenk des Klägers war seit dem Unfall nicht in diesem Maße eingeschränkt. So konnte er die rechte Schulter bei der Untersuchung durch Dr. H. am 15. Februar 2001 bis 130 Grad seitwärts bewegen mit einem painful arc zwischen 70 und 100 Grad. Am 23. Juli 2001 hat Prof. Dr. N. eine Beweglichkeit der rechten Schulter seitwärts und vorwärts bis zu 150 Grad beschrieben. Bei der Untersuchung durch den Sachverständigen Prof. Dr. H. am 6. März 2009 konnte der Kläger die rechte Schulter seitwärts bis 95 Grad, vorwärts bis 100 Grad bewegen. Allein durch Dr. W. ist bei der Untersuchung am 2. September 2004 eine Beweglichkeit seitwärts bis 75 Grad, vorwärts bis 130 Grad dokumentiert. Eine Bewegungseinschränkung bis zu 90 Grad seit- und vorwärts hat damit keiner der Ärzte festgestellt.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#), die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-01