

**L 10 U 2/07**

Land  
Sachsen-Anhalt  
Sozialgericht  
LSG Sachsen-Anhalt  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
10  
1. Instanz  
SG Dessau-Roßlau (SAN)  
Aktenzeichen  
S 3 U 104/05  
Datum  
06.12.2006  
2. Instanz  
LSG Sachsen-Anhalt  
Aktenzeichen  
L 10 U 2/07  
Datum  
14.04.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Das Urteil des Sozialgerichts Dessau vom 6. Dezember 2006 wird aufgehoben. Der Bescheid der Beklagten vom 18. August 2005 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 31. Oktober 2005 und der Bescheid vom 28. März 2007 werden abgeändert.

Es wird festgestellt, dass die Gesundheitsstörung "Bewegungseinschränkung der rechten Schulter nach dem Riss der Supraspinatussehne" Folge des Arbeitsunfalls vom 30. Juni 2004 ist.

Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger ab 4. April 2005 Rente wegen Erwerbsminderung in Höhe von 30 Prozent zu zahlen.

Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers für beide Instanzen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) für die ab 4. April 2005 als vorläufige Entschädigung gewährte Verletztenrente.

Der ... 1954 geborene Kläger übte am 30. Juni 2004 seine langjährige Tätigkeit als Maurer auf einer Baustelle seines Arbeitgebers aus, als er bei Trockenbauarbeiten von einer ca. 1,30 Meter hohen Bockleiter stürzte. Er wurde noch am Unfalltag in der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Paul-Gerhardt-Stiftung stationär aufgenommen. Im Durchgangsarztbericht vom 1. Juli 2004 gab der Chefarzt dieser Klinik, Dr. M., aufgrund von Röntgenaufnahmen des rechten Ellenbogengelenkes in zwei Ebenen als Diagnose eine erstgradige offene supracondyläre Humerusrümmmerfraktur und eine Olecranonfraktur rechts sowie eine Kontusion des rechten Tibiakopfes mit Schürfwunden an. Noch am Aufnahme-tag erfolgte eine operative Versorgung durch Rekonstruktion der zertrümmerten Trochlea, des osteosynthetischen Aufbaus des distalen Humerusteiles und Rekonstruktion der frakturierten proximalen Ulnaanteile. Nach wenigen Tagen konnte der Gipsverband durch eine Oberarmführungsschiene ausgetauscht und mit physiotherapeutischer Beübung begonnen werden. Der stationäre Aufenthalt dauerte bis zum 13. Juli 2004. Nach dem Entlassungsbericht war die aufgetretene Schwellung zum Entlassungszeitpunkt beherrscht. Dem Kläger wurde eine Ellenbogenorthese sowie Krankengymnastik vom Zeitpunkt der Entlassung an verordnet.

Nach einer Untersuchung durch den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. am 10. September 2004 führte dieser unter Beschreibung des Erstschadens aus, nach Entlassung aus der 14-tägigen stationären Behandlung habe der Kläger den Unterarm im Ellenbogengelenk leicht bewegen können, Schmerzen in der Schulter gehabt und dabei noch alle Finger einsetzen können. Zu Missempfindungen wie Taubheitsgefühlen in allen Fingern sei es etwa drei bis vier Wochen später bei weiterer Physiotherapie mit vorwiegenden Übungen im Hand- und Schultergelenk, geringer im Ellenbogenbereich rechts gekommen. Die Ellenbogenorthese habe er für ca. drei bis vier Wochen getragen.

In der Zeit vom 20. September bis 15. Oktober 2004 nahm der Kläger in der Klinik B. an einer berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung (BGSW) teil. Als behandlungsrelevante Diagnosen wurden im Aufnahmebericht neben der Humerusfraktur transkondylär und den Folgen einer Armfraktur die Ellenbogenbewegungseinschränkung und ein Schulterschmerz mit Bewegungseinschränkung jeweils rechts angegeben. Im Abschlussbefund wurde die fortwährende Ellenbogengelenksbewegungseinschränkung rechts mit einem Bewegungsausmaß Extension/Flexion 0-30-90 Grad angegeben. Die Unterarmumwendebeweglichkeit sei nahezu frei. Wesentliche Einschränkungen der Schultergelenksbeweglichkeit beständen rechtsseitig ebenfalls nicht. Der Faustschluss sei rechtsseitig aktiv

vollständig möglich, die Kraft jedoch noch leicht gemindert. (Die Aufzeichnungen über die Bewegungsmaße sind auf Nachfrage des Senats übersandt worden.) Die neurologisch nachgewiesenen leichtgradigen axonalen Schädigungen des Nervus ulnaris und medianus im Ellenbogengelenksbereich sollten in absehbarer Zeit vollständig rückläufig sein und ausheilen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt werde mit Einverständnis des Klägers von einer Operation abgesehen. Es wurde empfohlen, eine Arbeitsbelastungserprobung mit langsam ansteigender Arbeitszeit über vier Wochen einzuleiten.

Diese Arbeitsbelastungserprobung brach der Kläger nach zwei Tagen am 26. Oktober 2004 wegen zunehmender Beschwerden im Ellenbogen und der Schulter ab und stellte sich erneut Dr. M. in der P.-G.-St. vor. Dieser verordnete weiterhin Krankengymnastik, da der Kläger an einer Entfernung des Osteosynthesematerials und an einer Arthrolyse nicht interessiert sei, weil eine Funktionsverbesserung danach nicht garantiert werden könne.

Dr. D., leitender Arzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Evangelischen Diakoniewerkes Friederikenstift H. in B. M., wo sich der Kläger zur beruflichen Rehabilitation vom 8. November bis 3. Dezember 2004 aufhielt, teilte in einem Zwischenbericht vom 3. Dezember 2004 mit, es bestehe eine deutliche Bewegungseinschränkung sowohl an der rechten Schulter als auch am rechten Ellenbogengelenk. Mit dem rechten Arm könne der Schürzengriff und der Nackengriff nicht vorgeführt werden. An der Schulter bestehe eine deutliche Bewegungseinschränkung für Abspreizung und Vorwärtsführung, das Impingementzeichen nach Neer sei positiv, die Außenrotation und Abduktion gegen Widerstand rechts gegenüber links deutlich abgeschwächt. Für das rechte Ellenbogengelenk gab er die Beweglichkeit Streckung/Beugung mit 0-25-90 Grad an, die Umwendbewegungen seien nahezu frei. Mit der rechten Hand könne weder Nase noch Mund erreicht werden. Der Faustschluss sei rechts fast vollständig möglich, die Fingerstreckung nicht vollständig. Aufgrund einer durchgeführten sonographischen Untersuchung beider Schultergelenke im Vergleich habe sich der Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur ergeben. Die am 11. November 2004 angefertigten Röntgenaufnahmen hätten keine frischen knöchernen Verletzungen gezeigt. Ergänzend sei am 17. November 2004 im Krankenhaus B. eine kernspintomographische Untersuchung der rechten Schulter durchgeführt worden, bei der sich eine Rotatorenmanschettenläsion mit Ruptur der Supraspinatussehne gefunden habe. Bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten führte Dr. D. telefonisch gegenüber der Beklagten aus, die Muskulatur könne am Knochen wieder angenäht werden. Da aber der Unfall bereits sechs Monate her sei, habe diese Methode wenig Erfolgsaussicht. Auf den CT-Aufnahmen sei bereits zu sehen, dass sich der Muskel zurückgebildet habe, so dass er sofort wieder abreißen würde. Bei einer Arthroskopie werde Knochen am Schulterdach abgeschliffen, damit die Schulter wieder beweglicher werde. Mit Krankengymnastik könne die jetzige Beweglichkeit verbessert und erhalten bleiben. Weil die Operationsvorschläge keine 100-prozentigen Erfolgsaussichten böten, lehne der Kläger eine weitere Operation ab und setze die Krankengymnastik fort.

Zur Beurteilung des MRT-Befundes vom 17. November 2004 führte der Facharzt für Radiologie Dipl. Med. R. aus, es handele sich um eine vollständige Ruptur der Supraspinatussehne bei Rotatorenmanschettenläsion. Ausdruck für Degeneration sei eine Verschmälerung des Subakromialraumes. Es gebe Zeichen einer mäßigen Omarthrose sowie einer Arthrose des Akromioklavikulargelenkes. Pathologisch habe sich ein vermehrter Gelenkerguss im Subakromialraum sowie im Humeroglenoidalgelenk gezeigt. Der Labrum Glenoid Komplex sowie die lange Bizepssehne seien intakt.

Während eines stationären Aufenthaltes in der P.-G.-St. vom 6. bis 12. Januar 2005 ließ der Kläger eine Arthroskopie des rechten Schultergelenks (Glenohumeralgelenks) mit offener Acromioplastik mit ausgedehnter Bursektomie und Abtragen des ventrocaudalen Acromionspornes sowie offener Rotatorenmanschettenrekonstruktion durchführen. Im Entlassungsbericht ist ausgeführt, es habe sich eine ausgedehnte Läsion der Rotatorenmanschette von 6 cm mit L-förmigem Verlauf und kompletter Ruptur der Supraspinatussehne mit Retraktion und Ausdünnung der Ränder gezeigt. Der Bizepssehnenanker sei intakt gewesen und Labrumläsionen hätten nicht vorgelegen. Auffällig seien jedoch Knorpelveränderungen der Glenoidgelenkfläche III. Grades und die Arthrose des Schultergelenkes gewesen. Nach histologischer Untersuchung des Präparates der OP diagnostizierte der Facharzt für Pathologie Dipl. Med. H. am 10. Januar 2005 eine alte Rotatorenmanschettenruptur sowie erhebliche mukoide Degeneration.

Auf Bitten der Beklagten erstattete Dr. M. am 11. Februar 2005 ein Zusammenhangsgutachten. Darin ist ausgeführt, nach der stationären Behandlung vom 30. Juni 2004 bis 13. Juli 2004 habe der Kläger im ambulanten Behandlungsverlauf am 23. Juli 2004 auch über Schulterschmerzen rechts geklagt. Damals seien Röntgenaufnahmen gefertigt worden, die eine Knochenverletzung nicht erkennen ließen. Bei der Schulterarthroskopie rechts am 7. Januar 2005 seien deutlich ausgedünnte Sehnenanteile der Supraspinatussehne gefunden worden, die Ausdruck der chronischen Degeneration der Supraspinatussehne seien. Im MRT vom 17. November 2004 habe sich eine AC-Gelenksarthrose und eine Omarthrose gezeigt. Der Unfallhergang sei geeignet gewesen, die vorgeschädigte Supraspinatussehne zu zerreißen (diesbezüglich verweist der Gutachter auf Rompe/Erlenkämper, S. 334). Der Gesundheitsschaden sei nicht allein aufgrund der Schadensanlage eingetreten. Das äußere Ereignis habe zum Eintritt des Gesundheitsschadens als Mitursache beigetragen. Der Gesundheitsschaden wäre aufgrund des Grades der Schadensanlage wahrscheinlich nicht innerhalb weniger Wochen eingetreten. Für die Arbeitsunfähigkeit seien sowohl Unfallfolgen als auch unfallunabhängige Gesundheitsstörungen ursächlich. Die Unfallfolgen seien bis heute wesentliche Teilursache der Arbeitsunfähigkeit. Zurzeit beständen folgende Unfallfolgen: deutliche Bewegungseinschränkungen im rechten Ellenbogen, schmerzhafteste Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter nach Operation der Rotatorenmanschettenverletzung. Es sei mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 30 Prozent zu rechnen. Auf weitere Nachfrage der Beklagten führte Dr. M. mit Schreiben vom 3. März 2005 aus, der Hergang sei nach Art und Schwere nicht geeignet gewesen, ein nicht vorgeschädigtes Körperteil mit den wesentlichen gleichen Folgen zu verletzen. Eine gesunde Supraspinatussehne wäre bei diesem Ereignis nicht zerrissen. Normale körperliche Belastungen, wie sie bei Maurern auftreten, wären ausreichend gewesen, in absehbarer Zeit den Gesundheitsschaden zu bewirken. Die Ellenbogengelenksbeweglichkeit rechts betrage 0-30-90, die Unterarmrotation 70-0-60, der Fingerkuppenhohlhandabstand 1-1-1-1. Es bestehe eine Kraftminderung in der rechten Hand (vgl. Blatt 232 d. A.).

Nach einer klinischen Untersuchung des Klägers am 26. Mai 2005 fertigten Prof. Dr. H., Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie B., und Dr. W., leitender Oberarzt der Klinik, im Auftrag der Beklagten ein fachchirurgisches Gutachten zur Klärung der Zusammenhangsfrage zwischen dem Unfallereignis vom 30. Juni 2004 und den jetzt beklagten Schultergelenksbeschwerden rechts. Darin ist ausgeführt, der Kläger habe erst einige Wochen nach dem Unfall, er könne sich nicht mehr genau erinnern, zusätzliche Schulterbeschwerden rechtsseitig bemerkt. Auf den von Dr. H. angefertigten Röntgenaufnahmen des rechten Schultergelenkes ließen sich keine knöchernen Verletzungsfolgen nachweisen. Durch die stationäre Weiterbehandlung im September 2004 sei es zu einer deutlichen Verbesserung der Schultergelenksbeschwerden gekommen. Der Kläger könne den rechten Arm bis in die Horizontale heben, den Hinterkopf

bzw. das Gesäß jedoch wegen der Einschränkungen im Schultergelenk und im Ellenbogengelenk nicht erreichen. Der Röntgenbefund des rechten Schultergelenkes zeige unauffällige Verhältnisse. Inzwischen sei der Kläger relativ schmerzfrei, wenngleich auch unvermindert bewegungseingeschränkt, vorwiegend im rechten Ellenbogengelenk und weniger ausgeprägt auch in der rechten Schulter. Es sei bekannt, dass es mit zunehmendem Lebensalter zu degenerativen Sehnenabrissen, insbesondere der Supraspinatussehne bei zusätzlichen degenerativen Veränderungen des Schultergelenkes und des Akromioklavikulargelenkes kommen könne. Besonders die Tatsache, dass es sich um eine isolierte Supraspinatussehnenruptur handle, spreche für die degenerative Genese dieser Veränderung. Die Details des Unfallhergangs seien nicht mehr rekonstruierbar. Die Kraft, die in den Ellenbogen beim Aufprall eingeleitet worden sei, werde auf den Oberarm und letztlich auf das Schultergelenk weiter geleitet. Es sei aber unklar, in welche Richtung die Weiterleitung erfolgt sei. Eine schädigende Wirkung auf das Gelenk sei nicht mit letzter Konsequenz auszuschließen, unter Berücksichtigung des weiteren Verlaufes aber wenig wahrscheinlich. Der Kläger habe zumindest in den ersten Wochen nach dem Unfall keine zusätzlichen Beschwerden im Schultergelenk rechtsseitig angegeben. Eine direkte Verletzung mit partieller Zerreißen der Rotatorenmanschette hätte aber eine deutliche Schmerzproblematik erwarten lassen, die der Kläger sicher auch seinen behandelnden Ärzten gegenüber angeben hätte. Obwohl der rechte Arm nach der Operation weitgehend ruhig gestellt gewesen sei, was den Schmerz ein wenig kaschiert haben könne, sei ein entsprechender Schmerzhinweis doch zumindest bei den noch im Krankenhaus stattfindenden Bewegungsübungen zu erwarten gewesen. Eine solche Schmerzangabe sei aber erst im Rahmen der ambulanten Nachsorge erfolgt. Für eine degenerative Schädigung spreche demgegenüber, dass der vorliegende Operationsbefund aus dem Krankenhaus vom Januar 2005 von der Ruptur der Spinatussehne bei gleichzeitig bestehendem Impingement-Syndrom des Glenohumeralgelenkes mit bursitis subacromialis berichte. Dabei handle es sich um ein Engesyndrom durch hochstehende Schulter, bei der es zu einer Reibung zwischen dem Humeruskopf und der darüberliegenden Schulterhöhe komme. Die dazwischen befindliche Supraspinatussehne werde auf diese Weise permanent geschädigt. Darüber hinaus habe sich bereits eine Schultergelenksarthrose degenerativer Natur gezeigt. Die Spinatussehnenruptur sei daher nicht im Zusammenhang mit dem Unfall, sondern degenerativ entstanden. Dennoch könne die schwere Verletzung des Ellenbogengelenkes mit der daraus resultierenden Bewegungseinschränkung und der vorübergehenden Ruhigstellung des gesamten rechten Armes und gleichzeitiger Kontusion des Schultergelenkes im Unfallaugenblick eine vorübergehende Verschlechterung der Gesamtsituation der rechten Schulter bewirkt haben. Das Unfallereignis mit seinen Folgen das rechte Ellenbogengelenk betreffend und die Gesamtbehandlungsmaßnahmen für den rechten Arm (Ruhigstellung) hätten die vorbestehende Schadensanlage zur klinischen Manifestation gebracht. Die erhebliche Funktionseinbuße des rechten Ellenbogengelenkes sei wesentliche Unfallfolge. Die Funktionsbehinderungen aufgrund der Schultererkrankung seien zwar deutlich geringer, dürften aber als Dauerfolgen nicht dem Unfallereignis angelastet werden. Die jetzt vorhandene Minderung der Erwerbsfähigkeit allein durch die Verletzung des Ellenbogengelenkes betrage 30 Prozent. Der Gutachter hat die Messwerte der Bewegungsmaßstäbe der verschiedenen Gelenke gesondert angegeben.

Der beratende Arzt der Beklagten Dittmann hat in einer Gutachtenauswertung vom 7. Juli 2005 angegeben, die unfallbedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage nach den MdE-Erfahrungswerten nur 20, nicht 30 Prozent.

Mit Bescheid vom 18. August 2005 erkannte die Beklagte den Unfall als Arbeitsunfall mit Bewegungseinschränkungen des rechten Ellenbogengelenkes nach operativ versorgten Brüchen des linken Oberarms und Ellenbogens mit noch einliegendem Material an. Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter nach anlagebedingtem Riss der Spinatussehne erkannte sie nicht als Folgen des Versicherungsfalles an. Durch den Unfall seien die Bewegungseinschränkungen vorübergehend verschlimmert worden, jetzt bestünden sie allein wegen der anlagebedingten Schädigung. Es bestehe Anspruch auf eine Rente als vorläufige Entschädigung ab 4. April 2005 bis auf Weiteres mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit in Höhe von 20 Prozent.

Hiergegen legte der Kläger am 12. September 2005 Widerspruch ein. Er sei mit der Minderung der Erwerbsfähigkeit um 20 Prozent nicht einverstanden, da ihm seitens des Arztes schon bei der Untersuchung 25 bis 30 Prozent genannt worden seien und dies im Schreiben des Gutachters bestätigt worden sei.

Nachdem der Beratungsarzt bei der Einschätzung der MdE um 20 Prozent verblieb, wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch des Klägers mit Bescheid vom 31. Oktober 2005 zurück. Die Beeinträchtigungen im Schultergelenk seien bei der Bemessung der MdE nicht zu berücksichtigen. Die Bewegungseinschränkungen und Beeinträchtigungen im rechten Ellenbogengelenk bedingten unter Beachtung der in der Literatur niedergelegten Erfahrungswerte und auch bei nochmaliger Überprüfung eine MdE von 20 Prozent.

Hiergegen hat der Kläger am 30. November 2005 Klage erhoben. Er habe vor dem Arbeitsunfall keine Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen in der Schulter gehabt, und er habe bereits die behandelnden Ärzte in der Paul-Gerhardt-Stiftung und dann auch in der BG-Klinik B. und im Ev. Diakoniewerk F. auf die Schmerzen in der rechten Schulter hingewiesen. Diese Beschwerden seien in den entsprechenden Entlassungsberichten auch ausdrücklich aufgeführt. Der Gutachter Dr. M. gehe davon aus, dass der Verletzungsmechanismus bei dem Arbeitsunfall geeignet gewesen sei, die Supraspinatussehne zu zerreißen, der Arbeitsunfall Mitursache der Bewegungseinschränkung der rechten Schulter sei und diese aufgrund des Grades der Schadensanlage ohne den Arbeitsunfall nicht innerhalb weniger Wochen eingetreten wäre. Außerdem gehe sowohl der Gutachter Dr. M. als auch der Gutachter Dr. W. von einer MdE allein durch die Verletzung des Ellenbogengelenkes von 30 Prozent aus. Unter Berücksichtigung der Bewegungseinschränkungen des rechten Schulterbereiches seien daher sogar mehr als 30 Prozent zu berücksichtigen. Insoweit werde die Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt.

Das Sozialgericht Dessau-Roßlau hat ein Gutachten des Unfallchirurgen und Chefarztes der Klinik für Unfall- und Handchirurgie des St. K. D., Dr. Z. vom 2. Juni 2006 eingeholt. Dieser hat nach einer klinischen, sonographischen und radiologischen Untersuchung des Klägers ausgeführt, die Bewegung des rechten Ellenbogengelenkes habe bei zweimaliger Messung 0-30-85 Grad betragen, während die Unterarmauswärts- und -einwärtsdrehung sehr diskret jeweils um zehn Grad gegenüber der linken Seite eingeschränkt sei. Nach der gutachtenrelevanten Literatur ergebe sich daraus eine MdE von 20 Prozent. Erst eine Versteifung des Ellenbogengelenkes in 90 Grad Beugstellung sei mit einer MdE von 30 Prozent zu bewerten. Dabei sei aber von einer freien Unterarmdrehung auszugehen. Trotz der Einschränkung der Unterarmauswärts- und -einwärtsdrehung sei der Kläger wesentlich besser gestellt, als ein Verletzter mit einer vollständigen Versteifung des Ellenbogengelenkes in 90 Grad Funktionsstellung. Insgesamt sei die MdE auch unter Ausschöpfung des Ermessensspielraumes von 20 Prozent korrekt. Ein Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis am 30. Juni 2004 und der Rotatorenmanschettenruptur sei nicht wahrscheinlich. Eine Translation des Oberarmkopfes mit vollständiger bzw. teilweiser Verrenkung des Schultergelenkes im Rahmen des Sturzes sei mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Eine solche Verletzung wäre sowohl im MRT als

auch während einer Spiegelung sicher erkannt worden. Gegen die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges spreche auch die fehlende primäre substantielle Schädigung des rechten Schultergelenkes im Rahmen des Unfallereignisses. Im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis seien weder subjektive Beschwerden noch objektive krankhafte Veränderungen des Schultergelenkes festgestellt worden. Demgegenüber sei eine relevante Schadensanlage in Form der degenerativen Veränderungen des Schulterhaupt- und Schulterreckgelenkes nachweisbar. Derart schwere umformende Gelenkveränderungen könnten sich nicht im Verlauf von fünf Monaten entwickeln, so dass diese bereits zum Unfallzeitpunkt vorgelegen haben müssten. Diese bedingten eine Minderung der Rissfestigkeit des Gewebes. Die frühere Beschwerdefreiheit des Klägers spreche nicht dagegen, weil die degenerativen Veränderungen des Sehngewebes weder Funktionseinschränkungen noch subjektive Beschwerden verursachten. Eine exzentrische Belastung des Schultergelenkes während des Unfallherganges ließe sich nicht nachweisen. Insoweit sei der Einschätzung der Gutachter Dr. W. und Prof.Ho. in allen wesentlichen Punkten zuzustimmen, eine vorübergehende Verschlimmerung sei allerdings nicht anzunehmen.

Der Kläger hat ein fachärztliches Gutachten des Chefarztes Dr. W. vom 21. September 2005 zu den Akten gereicht, welches von der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen in Auftrag gegeben worden ist. Darin ist ausgeführt, der Kläger habe nach dem Pfllegebericht am 8. Juli 2004 über Gelenkschmerzen in der rechten Schulter geklagt. Daraufhin seien Einreibungen mit Diclofaneksalbe erfolgt. Auf den am 23. Juli 2004 angefertigten Röntgenaufnahmen sei eine knöcherne Verletzung nicht zu erkennen. Die durch den Sturz verursachte Oberarmfraktur habe zur Unterbrechung der kraftleitenden Kette geführt, so dass die Krafteinwirkung im Schultergelenk als gering anzusehen sei. Wenn aber die Elastizität der Weichgewebsstrukturen aufgrund von degenerativen Vorschäden nicht mehr gegeben sei und das Gewebe brüchig und rissbereit sei, könne es dennoch anlässlich des Geschehensablaufes zu einer Rissbildung kommen. Bei einer gesunden Rotatorenmanschette wäre die Rissbildung nicht eingetreten. Die Wahrscheinlichkeit der Verletzung der Weichteilstrukturen im Schultergelenksbereich durch den Unfall müsse daher als gering angesehen werden.

Der Kläger hat hierzu ausgeführt, die Gutachter Dr. M. und Dr. W. gingen übereinstimmend davon aus, dass der Unfallhergang geeignet gewesen sei, eine vorgeschädigte Supraspinatussehne zu zerreißen. Daher sei ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der Rotatorenmanschettenruptur gegeben. Der Gesundheitsschaden wäre allein aufgrund der Schadensanlage nicht eingetreten. Der Unfall sei jedenfalls Mitursache. Der Sachverständige Dr. Z. gehe von der fehlerhaften Prämisse aus, der Kläger habe über Schmerzen im Schultergelenk nicht zeitnah zum Unfallereignis geklagt. Der Kläger habe aber bereits nach dem Erwachen aus der Narkose den behandelnden Arzt Dr. H. auf Schmerzen im rechten Schulterbereich hingewiesen. Vor diesem Hintergrund seien in der P.-G.-St. Röntgenbilder der rechten Schulter veranlasst worden. Auch bei den Nachbehandlungsterminen habe er Herrn Dr. M. mehrfach auf die Schmerzen im rechten Oberarm/Schulterbereich hingewiesen. Der zeitliche und örtliche Zusammenhang zwischen dem Unfall und den Verletzungsfolgen belege auch den kausalen Zusammenhang. In dem weiterhin vom Kläger eingereichten Schreiben der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen vom 31. Januar 2006 ist ausgeführt, aufgrund des Verletzungsmechanismus habe es zu einer Mitbeteiligung der Rotatorenmanschette der rechten Schulter kommen können, der histologische Befund des Gewebes spreche jedoch mehr für einen Entzündungsprozess, der bereits vorher bestanden und das Gewebe beeinträchtigt habe. Die Gewalt des Sturzes habe dann dieses vorgeschädigte Gewebe zusätzlich geschädigt.

Die Beklagte hat hierzu ausgeführt, dem Unfallereignis vom 30. Juni 2004 komme nicht die Qualität einer wesentlichen Teilersächlichkeit dazu. Der Unfallhergang müsse als Grundlage der Entscheidung vollständig bewiesen sein. Der Gutachter Dr. W. gehe davon aus, dass es bei dem Unfall allein deswegen zum Ausbruch des degenerativen Vorschadens gekommen sei, weil das Gewebe bereits brüchig und rissbereit gewesen sei. Dr. M. habe ausgeführt, eine normale körperliche Belastung wäre allein ausreichend, in absehbarer Zeit den eingetretenen Gesundheitsschaden zu bewirken. Deshalb würden sämtliche gehörten Ärzte dem Unfallereignis eine wesentliche Teilersächlichkeit für den Riss der Supraspinatussehne absprechen. Der Gesundheitsschaden im Schulterbereich sei daher keine Unfallfolge.

Das Sozialgericht Dessau hat die Klage mit Urteil vom 29. November 2006 abgewiesen, da sich nicht feststellen lasse, dass der Unfall vom 30. Juni 2004 über die anerkannten Unfallfolgen hinaus auch den Riss der Supraspinatussehne als weitergehende Unfallfolge hervorgerufen habe. Die Ursächlichkeit des Unfallereignisses für die eingetretenen Folgen müsse zumindest mit einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Der Zusammenhang sei jedoch aufgrund einer fehlenden primären substantiellen Schädigung des rechten Schultergelenkes, fehlender zeitnaher Beschwerden und fehlender objektiver krankhafter Veränderungen des Schultergelenkes sowie aufgrund der nachgewiesenen degenerativen Veränderungen nicht wahrscheinlich. Unter Zugrundelegung der in der gesetzlichen Unfallversicherung anzuwendenden Erfahrungswerte erachtete das Sozialgericht die Bewertung der Unfallfolgen mit einer MdE in Höhe von 20 Prozent ab dem 4. April 2005 für zutreffend.

Gegen das dem Kläger am 6. Dezember 2006 zugestellte Urteil hat dieser am 5. Januar 2007 Berufung eingelegt und zur Begründung ausgeführt, die erstinstanzliche Entscheidung beruhe auf falschen Prämissen. Schon der Gutachter Dr. Z. habe in seiner Beurteilung fälschlicherweise die fehlenden Schmerzangaben zugrunde gelegt. Der Unfallhergang sei auch geeignet gewesen, eine vorgeschädigte Supraspinatussehne zu zerreißen. Dies werde im Zwischenbericht von Dr. D., sowie in den Gutachten von Dr. M. und Dr. W. bestätigt. Diese Gutachter gingen dann auch von einem Kausalzusammenhang aus. Dr. M. habe ausgeführt, dass der Gesundheitsschaden aufgrund des Grades der vermeintlichen Schadensanlage wahrscheinlich nicht innerhalb weniger Wochen eingetreten wäre. Zudem führe bereits die Beeinträchtigung des Ellenbogengelenkes zu einer MdE von 30 Prozent. Bei der Bewertung der Funktionsbeeinträchtigung sei außer Acht gelassen worden, dass der Kläger Rechtshänder sei und als Bauarbeiter ausschließlich körperliche Tätigkeiten unter ständiger Inanspruchnahme der Arme und Schultern verrichte. Der Sachverständige Dr. Z. habe den Kausalzusammenhang abgelehnt, weil die vier häufigsten Verletzungsfolgen beim Kläger nicht vorgelegen hätten. Er lasse aber offen, ob die Aufzählung der Verletzungsfolgen abschließend sei, ob möglicherweise weniger häufige Verletzungsfolgen beim Kläger vorgelegen haben bzw. ob andere Verletzungsfolgen in Betracht gezogen worden seien. Für das Ausmaß der MdE seien auch vorbestehende Beeinträchtigungen zu berücksichtigen. Zwischen der Funktionsbeeinträchtigung des Ellenbogengelenkes und der Beeinträchtigung des rechten Armes des Klägers bestehe eine funktionelle Wechselbeziehung. Dadurch sei der Kläger ungleich stärker beeinträchtigt, als ein vergleichbarer Versicherter, bei dem nur das Ellenbogengelenk beeinträchtigt sei. Zudem sei auch die Unterarmdrehbeweglichkeit eingeschränkt, so dass die MdE von 20 Prozent in jedem Fall zu niedrig bemessen sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dessau vom 6. Dezember 2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 18. August 2005 in der Fassung des

Widerspruchsbescheides vom 31. Oktober 2005 und den Bescheid vom 28. März 2007 aufzuheben und

festzustellen, dass die Gesundheitsstörung "Bewegungseinschränkung der rechten Schulter nach dem Riss der Supraspinatussehne" Folge des Arbeitsunfalls vom 30. Juni 2004 ist,

und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger ab 4. April 2005 Rente wegen Erwerbsminderung in Höhe von mindestens 30 Prozent zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie nimmt im Wesentlichen auf die Gründe des erstinstanzlichen Urteils Bezug. Auch der von der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen gehörte Gutachter Dr. W. habe einen ursächlichen Zusammenhang zwischen den Veränderungen im Schulterbereich und dem Unfallereignis für nicht wahrscheinlich gehalten. In der Beurteilung der MdE bei einer Bewegungseinschränkung im Ellenbogengelenk sei eine Änderung eingetreten. In Übereinstimmung mit den aktuellen Rentenbewertungsmaßstäben sei der Einschätzung der Gutachter bezüglich einer MdE von 20 Prozent zuzustimmen. Die geringfügigen Einschränkungen der Unterarmdrehbeweglichkeit von maximal 20 Grad seien nicht geeignet, eine um 10 Prozent höhere MdE zu begründen, da der Kläger wesentlich besser gestellt sei, als ein Verletzter mit vollständig eingesteiftem Ellenbogengelenk.

Mit Bescheid vom 28. März 2007 hat die Beklagte dem Kläger eine Rente auf unbestimmte Zeit nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 Prozent bewilligt. In dem hierzu eingeholten Gutachten von Dr. H. und Dr. W. vom 27. Februar 2007 haben diese ausgeführt, die Bewegungsmöglichkeiten im rechten Ellenbogen und rechten Schultergelenk seien erheblich eingeschränkt, entsprächen aber in etwa der Untersuchung im Mai 2005. Die Erwerbsfähigkeit werde durch die Unfallfolgen um 20 Prozent herabgesetzt. Sämtliche leichteren Arbeiten in normaler Armposition seien zumutbar und würden vom Kläger auch akzeptiert.

Der Senat hat eine Stellungnahme von Prof. Dr. M. zu der Frage eingeholt, aus welchen Gründen die Bewertung der MdE bei einem Bewegungsausmaß von 0-30-90 Grad im Ellenbogengelenk auf 20 Prozent herabgesetzt worden sei. Dieser hat im Schreiben vom 22. April 2008 ausgeführt, bei der Neuauflage des Werkes Unfallbegutachtung seien die Tabellen unter Berücksichtigung vergleichbarer Werke anderer Autoren, sozialgerichtlicher Entscheidungen und Hinweisen von Schwerbehindertenverbänden und entsprechenden Landesämtern überprüft worden. In der Literatur werde die Bewegungseinschränkung des Ellenbogengelenkes von 0-30-90 Grad mit einer MdE um 20 Prozent bewertet. Die Landesämter für Gesundheit und Soziales in B. sowie im F. Th. bewerteten die Bewegungseinschränkung des Ellenbogens bei 0-30-120 Grad und freier Unterarmdrehbewegung mit 0 bis 10 Prozent MdE bei einem stärkeren Grad, insbesondere der Beugung einschließlich der Einschränkung der Unterarmdrehbewegung von 20 bis 30 Prozent MdE. Danach könne eine MdE von 30 Prozent bei einer Beweglichkeit im Ellenbogengelenk von 0-30-90 Grad nur bei einer gleichzeitigen Einschränkung der Unterarmdrehbeweglichkeit empfohlen werden.

Auf Antrag des Klägers hat der Senat nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) eine ergänzende Stellungnahme von Dr. M. vom 7. September 2009 nach Aktenlage eingeholt, der in Bezug auf die Veränderungen im Schultergelenk nunmehr die gegen eine Unfallfolge sprechenden Hinweise auf eine degenerative Erkrankung für deutlich überwiegend hält. Hierfür sprächen das Alter des Klägers und die damit einhergehende deutliche Abnahme der Reißfestigkeit der Sehne, die im MRT erkennbaren Degenerationszeichen, der intraoperative Befund, die im Histologiebefund erkennbare alte Rotatorenmanschettenruptur, die erhebliche mukoide Degeneration sowie eine fehlende direkte Schulterkontusion beim Unfallereignis. Die Schulter habe allenfalls ein Bagateltrauma mit geringer Energie getroffen, die aber durchaus die vorgeschädigte Rotatorenmanschette zusätzlich geschädigt haben könnte. Der Kläger habe Schulterschmerzen erst Wochen nach dem Unfall angegeben. Vor dem Unfall sei die Schulter beschwerdefrei gewesen, so dass eine Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens ebenfalls nicht vorliege. Nicht berücksichtigt worden sei aber, dass die Teilversteifung des Ellenbogengelenkes zusätzlich zu dem nicht unfallbedingten Schulterschaden bei der Gesamtbetrachtung des Armes als funktionelle Einheit eine deutliche Schlechterstellung bewirke. Die MdE betrage daher 30 Prozent, obwohl die Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter nach dem Riss der Spinatussehne nicht Folge des Arbeitsunfalls vom 30. Juni 2004 sei.

Auf Nachfrage des Senats hat der Hausarzt des Klägers Weiße, bei dem der Kläger seit 1990 in Behandlung ist, mit Schreiben vom 3. Januar 2001 angegeben, dieser sei vor dem Unfall nicht wegen Schulterbeschwerden behandelt worden. Der Senat hat die Behandlungsunterlagen aus dem stationären Aufenthalt des Klägers nach dem Unfall und die daran anschließende ambulante Behandlung sowie die Aufzeichnungen der Bewegungsmaße aus der stationären berufsgenossenschaftlichen Weiterbehandlung vom 20. September bis zum 15. Oktober 2004 beigezogen.

Die Verwaltungsakte der Beklagten hat vorgelegen und ist Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakte und Gerichtsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige Berufung des Klägers ist begründet.

I. Der Bescheid vom 28. März 2007 ist nach [§ 96 Abs. 1 SGG](#), der auch im Berufungsverfahren gilt, Gegenstand des Verfahrens geworden. Dieser Bescheid, mit dem die Rente auf unbestimmte Zeit bewilligt wurde, ersetzt den vorhergehenden Bescheid, mit dem die Rente lediglich als vorläufige Entschädigung bewilligt worden war.

II. Die Feststellungsklage ist nach [§ 55 Abs. 1 Ziff. 3 SGG](#) zulässig. Sie ist auch begründet, da die Gesundheitsstörung "Bewegungseinschränkung der rechten Schulter nach dem Riss des Supraspinatussehne" Folge des Arbeitsunfalls vom 30. Juni 2004 ist.

Arbeitsunfälle sind nach [§ 8 Abs 1 Satz 1 SGB VII](#) Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz begründenden Tätigkeit

(versicherte Tätigkeit). Durch das Wort "infolge" drückt [§ 8 Abs 1 Satz 1 SGB VII](#) aus, dass ein kausaler Zusammenhang u. a. zwischen dem Unfall und dem Gesundheitsschaden erforderlich ist. Dieser wird als haftungsbegründende Kausalität bezeichnet. Das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls. Für haftungsbegründende wie haftungsausfüllende Kausalität gilt der Beweismaßstab der - überwiegenden - Wahrscheinlichkeit sowie die Theorie der wesentlichen Bedingung (st. Rspr., vgl. BSG 9. Dezember 2003 - [B 2 U 8/03 R, SozR 4-2200 § 589 Nr. 1](#); BSG 15. Februar 2005 - [B 2 U 1/04 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 12](#)).

Danach ist zunächst - mit dem Beweismaßstab der überwiegenden Wahrscheinlichkeit - die (naturwissenschaftliche) Ursächlichkeit des Unfalls für den Gesundheitsschaden festzustellen (hierzu 1.). Ursächlich in diesem Sinne sind alle Umstände, die nicht hinweggedacht werden können, ohne dass der Erfolg entfiel ("conditio sine qua non"). Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob die Gesundheitsbeeinträchtigungen auch ohne das Unfallereignis eingetreten wären. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis nicht ursächlich.

Hat ein Unfall in diesem Sinne den Gesundheitsschaden verursacht, ist in einem zweiten Schritt festzustellen, ob dieser Verursachungsbeitrag für den Schaden auch wesentlich war (wesentliche Bedingung; hierzu 2.). Das ist der Fall, wenn der Unfall wegen seiner besonderen Beziehung zum Erfolg wesentlich zu dessen Eintritt beigetragen hat. Insbesondere wenn neben dem Unfall weitere Ursachen im Sinne der naturwissenschaftlichen Kausalität zum Eintritt des Gesundheitsschadens beigetragen haben (z.B. bestehende Vorschäden), ist durch eine wertende Betrachtung aller in Frage kommenden Umstände und Berücksichtigung des Schutzzwecks der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) zu ermitteln, ob der Unfall noch als wesentliche Ursache iSd Unfallrechts angesehen werden kann. Dabei kommt es auf die Qualität der Umstände, nicht auf ihre Quantität oder ihre zeitliche Reihenfolge an (BSG 9. Dezember 2003, [aaO](#)). Wesentlich können durchaus mehrere Ursachen nebeneinander sein; ein Unfall kann daher im Einzelfall auch dann noch wesentlich für einen Gesundheitsschaden sein, wenn eine andere Ursache zum Schadenseintritt noch "stärker" beigetragen hat, solange der Beitrag des Unfalls nicht nur als unwesentlich erscheint.

Bei Anwendung dieser Grundsätze erweist sich der Arbeitsunfall vom 30. Juni 2004 für die Bewegungseinschränkung der rechten Schulter des Klägers nach dem Riss der Supraspinatussehne als ursächlich.

Zweifellos handelt es sich bei dem Vorfall vom 30. Juni 2004 um einen Arbeitsunfall mit der Folge von Bewegungseinschränkungen des rechten Ellenbogengelenkes, wie die Beklagte bestandskräftig festgestellt hat.

1. Der Unfall war darüber hinaus ursächlich - zunächst im naturwissenschaftlichen Sinne - für die Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter nach dem Riss der Supraspinatussehne. Denn der Unfall kann nicht hinweggedacht werden, ohne dass der Erfolg entfiel. Dies hält der Senat aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen und Sachverständigengutachten für überwiegend wahrscheinlich.

a) Zunächst ist davon auszugehen, dass der Unfallhergang geeignet gewesen ist, die vorgeschädigte Supraspinatussehne zu zerreißen.

Unerheblich ist, ob der Geschehensablauf geeignet war, bei einer gesunden Rotatorenmanschette zu einer solchen Schädigung zu führen. Die gesetzliche Unfallversicherung schützt den Versicherten so, wie er die Arbeit antritt (vgl. Becker, der Arbeitsunfall, SGB 2007, 721, 728). Ein Gesundheitsschaden ist daher auch dann durch den Unfall verursacht, wenn bereits vor dem Unfall ein bis dahin klinisch stumm verlaufender Vorschaden bestanden hat. Die Frage, ob der Vorschaden oder der Unfall oder möglicherweise beides wesentliche Ursachen für den eingetretenen Gesundheitsschaden sind, ist erst im zweiten Schritt, anhand der Kriterien der wesentlichen Bedingung festzustellen. Anderenfalls hätten junge und gesunde Menschen einen umfangreicheren Schutz in der gesetzlichen Unfallversicherung, als ältere oder kranke Menschen.

Für die Frage, ob die Bewegungseinschränkung der rechten Schulter des Klägers nach dem Riss der Supraspinatussehne auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre, kommt es daher zunächst darauf an, ob durch den Unfall eine Kraft auf die Rotatorenmanschette eingewirkt hat, die geeignet war, die Supraspinatussehne des Klägers in dem Zustand, in dem sie sich zum Unfallzeitpunkt befand, (weiter) zu schädigen. Dabei kommt es für die erste Prüfungsstufe noch nicht auf das Ausmaß der äußerlichen Einwirkung an. Die Frage des Ausmaßes der Einwirkung und ggf. das Verhältnis der äußeren Einwirkung zu einer unfallunabhängigen Schadensanlage (Vorschaden) ist erst auf der zweiten Stufe der Kausalitätsprüfung, bei der Frage der "Wesentlichkeit", von Bedeutung (vgl. hierzu LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 12. November 2009 - [L 10 U 3951/08](#)).

Dass der Unfallhergang geeignet gewesen ist, die vorgeschädigte Supraspinatussehne des Klägers zu zerreißen, hat Dr. M. in seinem Gutachten vom 11. Februar 2005 unter Hinweis auf diese in der Literatur vertretene Ansicht (vgl. seinen Hinweis auf Rompe und Erlenkämper, Seite 334) überzeugend dargelegt. An dieser Aussage hat er grundsätzlich auch in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 7. September 2009 festgehalten, auch wenn er dort einschränkender formuliert, die Schulter habe allenfalls ein Bagateltrauma mit geringer Energie getroffen. Denn er bleibt bei seiner Einschätzung, dass durch den Unfall die vorgeschädigte Rotatorenmanschette zusätzlich geschädigt worden sein könnte. Bestätigt wird dies durch die Ausführungen von Prof. Dr. H ... W. im Gutachten vom 31. Mai 2005, nach denen die Kraft, die beim Aufprall in den Ellenbogen eingeleitet worden sei, auf den Oberarm und letztlich auf das Schultergelenk weitergeleitet werde. Zwar sind die Details des Unfallhergangs nicht mehr rekonstruierbar, dies ist aber angesichts der Geschwindigkeit, in der sich Unfälle normalerweise ereignen, sowie mit Rücksicht auf die Schocksituation der Betroffenen wohl regelmäßig der Fall und mit ein Grund dafür, dass für die Kausalitätsfrage der Beweismaßstab der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausreicht und ein Vollbeweis nicht gefordert wird. Auch Dr. W. geht in seinem Gutachten vom 21. September 2005 davon aus, dass es im Rahmen des Unfallereignisses zu einer Krafteinwirkung auf das Schultergelenk gekommen ist. Allerdings hat nach seiner Auffassung die durch den Sturz verursachte Oberarmfraktur zu einer Unterbrechung der kraftleitenden Kette geführt, so dass auf das Schultergelenk nur noch eine geringe Kraft eingewirkt habe. Bei einer stark degenerativ vorgeschädigten Sehne sei dieser Geschehensablauf jedoch geeignet gewesen, eine Rissbildung zu verursachen. Schließlich ist offensichtlich auch Dr. D. davon ausgegangen, dass die Rotatorenmanschettenläsion mit Ruptur der Supraspinatussehne durch den Unfall verursacht wurde, da er die Behandlungsmöglichkeiten auf der Grundlage beurteilte, dass der Unfall bereits 6 Monate her sei. Diese Einschätzung basierte offensichtlich auch darauf, dass sich nach den CT-Aufnahmen der Muskel bereits zurückgebildet hatte.

Wenn demgegenüber Dr. Z. in seinem Gutachten vom 2. Juni 2006 ausführt, eine Verrenkung des Schultergelenkes sei im Rahmen des

Sturzes mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen, weil eine Verletzung im MRT und während einer Spiegelung sicher erkannt worden wäre, und es im Rahmen des Unfallereignisses nicht zu einer primären substanzialen Schädigung des rechten Schultergelenkes gekommen sei, so ist dem entgegen zu halten, dass nach Ludolf (Ludolf/Lehmann/Schürmann, Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, Bd. 3, VI-1.2.3, Seite 10) eine substanziale Schädigung des Gelenkes in Form einer Weichteilverletzung (Haut, Unterhaut, Muskulatur) lediglich bei einer direkten Gewalteinwirkung zu erwarten ist. Bei direkten Unfallmechanismen besteht danach eine gewisse Übereinstimmung zwischen dem Ausmaß der Gewalteinwirkung und den äußeren Zeichen einer strukturellen Verletzung. Das ist nachvollziehbar, weil die Rotatorenmanschette in geschützter Lage unter dem knöchern-bindegewebigen Schulterdach und dem Deltamuskel liegt. Bei indirekten Mechanismen sind aber solche Begleitschäden nicht unbedingt erforderlich. Aus diesem Grund führt Ludolf weiter aus, alle Mechanismen die zu einer Schulterverrenkung/Teilverrenkung führen, gefährdeten auch die Rotatorenmanschette und könnten zu einer isolierten Supraspinatussehnenruptur führen, d. h. einer Ruptur ohne Begleitverletzungen (vgl. Ludolf, a. a. o., Seiten 11, 14).

Unabhängig davon können Begleitverletzungen beim Kläger jedenfalls nicht ausgeschlossen werden. Im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall sind lediglich am 23. Juli 2004 Röntgenaufnahmen gefertigt worden. Eine sonographische und eine kernspintomographische Untersuchung sind erst Mitte November 2004, d. h. 4 ½ Monate nach dem Unfall angefertigt worden. Die Arthroskopie des rechten Schultergelenkes fand sogar erst im Januar 2005 und damit ein halbes Jahr nach dem Unfall statt. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass mögliche weitere Verletzungen der Weichteile im Schultergelenk auch nach so langer Zeit tatsächlich noch erkennbar sind. Hiermit setzt sich Dr. Z. nicht auseinander. Eine fehlende substanziale Schädigung des rechten Schultergelenkes schließt daher den ursächlichen Zusammenhang der Gesundheitsschädigung zum Unfallereignis nicht aus.

b) Allein die Tatsache, dass ein Unfallereignis einen Gesundheitsschaden herbei geführt haben könnte, reicht aber noch nicht aus, die überwiegende Wahrscheinlichkeit zu belegen. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die Gesundheitsbeeinträchtigung auch auf einer anderen Ursache beruhen könnte. Vorliegend könnte der Riss der Supraspinatussehne und die damit verbundene Bewegungseinschränkung der rechten Schulter auch unfallunabhängig allein durch degenerative Vorschäden verursacht worden sein. Ohne zumindest mitwirkende Kausalität des Unfallereignisses muss aber davon ausgegangen werden, dass entweder die Rotatorenmanschette bereits vor dem Unfall zerrissen war oder erst nachträglich der Riss eingetreten ist. Ist der Riss der Supraspinatussehne im zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall eingetreten, spricht eine überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür, den eingetretenen Gesundheitsschaden ursächlich auf das Unfallgeschehen zurückzuführen, weil eine Krafteinwirkung auf das Schultergelenk durch den Unfall jedenfalls nicht auszuschließen ist. Dass die Supraspinatussehne allein degenerativ bedingt ohne Mitverursachung durch den Unfall rein zufällig genau zum gleichen Zeitpunkt gerissen sein könnte, zudem sich der Unfall ereignete, ist demgegenüber äußerst unwahrscheinlich.

c) Nach allen vorliegenden Erkenntnissen muss davon ausgegangen werden, dass die Supraspinatussehne etwa zeitgleich zum Unfallereignis gerissen ist.

Hierfür spricht zunächst, dass der Kläger bis zum Unfallereignis keinerlei Beschwerden im Schultergelenk hatte. Das ist von dem behandelnden Allgemeinmediziner Weiße mit Schreiben vom 3. Januar 2011 bestätigt worden. Dieser hat angegeben, dass der Kläger seit 1990 in seiner Praxis behandelt wird und vor dem Unfall nicht wegen Schulterbeschwerden behandelt wurde. Wenn es bereits vor dem Unfall zu einer vollständigen Rotatorenmanschettenruptur gekommen wäre, wären ärztliche Behandlungen wegen Schulterbeschwerden mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten gewesen.

Der Kläger hat dann zeitnah zum Unfallgeschehen über Schulterschmerzen geklagt. Im Pflegebericht über die sich an den Unfall unmittelbar anschließende 14-tägige stationäre Behandlung des Klägers sind bereits am 8. Juli 2004 Gelenkschmerzen in der rechten Schulter festgehalten. Im Anschluss an die bis zum 13. Juli 2004 dauernde stationäre Behandlung wurden am 23. Juli 2004 Röntgenaufnahmen der rechten Schulter gefertigt. Dies wäre nicht veranlasst worden, wenn der Kläger keine entsprechenden Schmerzen geklagt hätte. Angesichts der erheblichen Verletzungen des Ellenbogengelenkes einschließlich der Oberarmfraktur ist nachvollziehbar, dass der Kläger unmittelbar nach dem Unfall, d.h. am Unfalltag selbst und innerhalb der ersten Woche danach, möglicherweise noch keine Schmerzen in der Schulter verspürt hat. Angesichts der erheblichen Schmerzen im Ellenbogengelenk und Oberarm ist fraglich, ob im unmittelbaren Anschluss an den Unfall eine so differenzierte Schmerzwahrnehmung bei solchen erheblichen Verletzungen überhaupt möglich ist oder ob die Schulterschmerzen von den Schmerzen im angrenzenden Oberarm und Ellenbogen überlagert wurden. Schließlich wurde der Arm unmittelbar nach der Operation mit einem Gipsverband und einige Tage später durch eine Oberarmführungsschiene mit limitierter Ellenbogenbeweglichkeit weitgehend ruhig gestellt. Dies schränkt auch unwillkürliche Bewegungen im Schultergelenk ein. Ferner erhielt der Kläger von Anfang an erhebliche opioide Schmerzmittel (Tramal). Wenn der Kläger daher erst acht Tage nach dem Unfall Schmerzen in der Schulter beklagte, spricht dies nicht gegen einen Unfallzusammenhang. Unter Berücksichtigung der erheblichen Ellenbogen- und Oberarmverletzungen, der weitgehenden Ruhigstellung des Armes und der Einnahme opioider Schmerzmittel ist vielmehr von einem zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den erstmalig geklagten Schulterbeschwerden auszugehen.

Diese Schulterbeschwerden hat der Kläger im Folgenden dann kontinuierlich angegeben. Zwar ist es nach dem Abschlussbericht der BGSW im Bergmannstrost durch die dortige Behandlung vom 20. September bis 15. Oktober 2004 zu einer Verbesserung der Schulterbeschwerden gekommen, dies spricht aber nicht gegen einen Unfallzusammenhang, da bei allein degenerativer Genese eher ein zunehmendes Beschwerdebild zu erwarten ist (vgl. Ludolph, aaO., S. 18). Da es durch die Verbesserung aber nicht zur vollständigen Beschwerdefreiheit gekommen ist, sondern durchgängig wesentliche Funktionsbeeinträchtigungen vorlagen, ist es auch nicht zu einer Unterbrechung des Kausalzusammenhangs gekommen, mit der Folge, dass möglicherweise später erneut auftretende Funktionsbeeinträchtigungen unfallunabhängig wären. Vielmehr ist aufgrund des insgesamt zu würdigenden Geschehensablaufs von einem einheitlichen Vorgang mit - unter intensiver Beübung und in Abhängigkeit von der jeweiligen Tagesform - nachvollziehbaren Schwankungen auszugehen. Denn der Kläger war auch nach Abschluss der Behandlung in der BGSW nach den nunmehr übersandten Bewegungsmaßen im Schultergelenk nicht beschwerdefrei. Das seitwärtige Anheben des rechten Arms gelang nur bis in Höhe von 100 Grad und körperwärts nur bis 20 Grad (Normwerte liegen bei 180 Grad und 20-40 Grad, allerdings erreichte der Kläger links auch nur 120 und 35 Grad) und auch beim Anheben des Arms nach vorne und hinten sowie bei Armdrehbewegungen zeigten sich noch leichte Einschränkungen. Insgesamt kommt es nach Auffassung des Senats unter Berücksichtigung der weiteren Einschränkungen im Ellenbogenbereich bei diesen Werten aber immer noch zu einer wesentlichen Funktionseinschränkung, insbesondere für Erwerbstätigkeiten in und über Schulterhöhe. Dies wird auch daran deutlich, dass der Kläger die am 25. Oktober 2004 begonnene Arbeitsbelastungserprobung bereits am 26. Oktober wegen zunehmender Beschwerden im Ellenbogen und in der Schulter abgebrochen hat und auch während der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik

für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des E.D. F.H. vom 8. November bis 3. Dezember 2004 deutliche Bewegungseinschränkungen an der rechten Schulter festgestellt worden sind. Hier erfolgte dann eine sonographische Untersuchung beider Schultergelenke, es sind am 11. November 2004 nochmals Röntgenaufnahmen der Schulter gefertigt und eine kernspintomographische Untersuchung veranlasst worden. Daraufhin wurde dem Kläger die operative Behandlung empfohlen. Die Auffassung des Senats beruht daher darauf, dass durch die Verbesserungen einerseits keine vollständige Beschwerdefreiheit erzielt werden konnte und andererseits die erheblichen Beschwerden und Bewegungseinschränkungen bereits nach etwa zwei Wochen wieder auftraten. Es kann daher nicht von einer durchschlagenden, den Kausalverlauf unterbrechenden Verbesserung ausgegangen werden.

Aus der histologischen Untersuchung des OP-Präparates der Arthroskopie vom Januar 2005 ergibt sich lediglich, dass es sich um eine "alte" Rotatorenmanschettenruptur handelt. Daraus allein ergeben sich keine Hinweise darauf, ob die Ruptur vor dem Unfall, durch den Unfall oder kurze Zeit nach dem Unfall eingetreten ist. Jedenfalls aber spricht auch dieses Ergebnis nicht gegen einen zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis.

Schließlich ist noch darauf hinzuweisen, dass lediglich degenerativ bedingte Rotatorenmanschettenläsionen häufig beschwerdefrei bleiben. Das Auftreten der Beschwerden im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall ist daher ein ganz entscheidendes Indiz für die Unfallursächlichkeit. Denn selbst wenn die Ruptur der Supraspinatussehne nicht unfallbedingt sondern degenerationsbedingt gewesen wäre, die Beschwerden und Funktionseinschränkungen sich aber erst durch den Unfall eingestellt haben, weil die degenerationsbedingte Ruptur zuvor beschwerdefrei geblieben ist, muss die unfallbedingte Kausalität für den Schmerzzustand und die Funktionseinschränkung bejaht werden. Die Bewegungseinschränkung der Schulter wäre auch in diesem Fall Folge des Arbeitsunfalls. Da sich der auf die Erwerbsfähigkeit bezogene unfallversicherungsrechtliche Schutzbereich auf unfallbedingte Funktionseinschränkungen bezieht, ist nicht in erster Linie die Gesundheitsbeeinträchtigung, sondern die Funktionsbeeinträchtigung entscheidend.

d) Gegen eine unfallbedingte Verursachung der Substanzschädigung der Rotatorenmanschette liegen keine Anhaltspunkte vor. Insbesondere spricht die degenerativ bedingte Schädigung der Rotatorenmanschette, die beim Kläger zweifellos vorlag, nicht gegen einen Unfallzusammenhang, denn auch degenerativ geschädigte Supraspinatussehnen können durch ein geeignetes Unfallereignis zerreißen. Dazu ist sogar eine erheblich geringere Krafterwirkung erforderlich, als bei einer gesunden Supraspinatussehne. Auch lediglich geringfügige Einwirkungen durch den Unfall lassen aber die naturwissenschaftliche Eignung und Kausalität des Unfalls nicht entfallen.

e) Andere Indizien, die für oder gegen die (naturwissenschaftliche) Ursächlichkeit des Unfalls für den Gesundheitsschaden an der Schulter des Klägers sprechen, konnte der Senat nicht feststellen. Damit überwiegen die Anhaltspunkte, die für die Ursächlichkeit des Unfalls sprechen, deutlich. Denn es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Supraspinatussehne ohne Mitbeteiligung des Unfalls vollständig gerissen ist. Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass sie bereits vor dem Unfall oder erst nach dem Unfall gerissen ist. Die zeitliche Übereinstimmung spricht für eine Unfallbeteiligung. Jedenfalls ergäbe sich selbst dann, wenn der vollständige Riss der Supraspinatussehne nicht durch den Unfall herbeigeführt wurde, die unfallbedingte Schmerz- und Funktionsbeeinträchtigung. Folglich muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sowohl der Arbeitsunfall, als auch die vorbestehenden degenerativen Veränderungen im Schultergelenk des Klägers für die eingetretene Gesundheitsbeeinträchtigung ursächlich sind.

f) Die vorliegenden Gutachten stehen dem nicht entgegen, denn die Frage nach dem Ausmaß der Einwirkung ist erst auf der zweiten Stufe der Kausalitätsprüfung, bei der Frage der "Wesentlichkeit" von Bedeutung. In den vorliegenden Gutachten werden beide Prüfungsstufen unzulässigerweise vermischt. Das hat zur Folge, dass die Gutachter die bei der Prüfung der Wesentlichkeit erforderliche wertende Entscheidung, die der Beklagten bzw. dem Gericht vorbehalten ist, als medizinische Fragestellung, die einzig auf naturwissenschaftlichen Gesetzmäßigkeiten basiert, behandeln und beantworten. Aus diesem Grund verneint der Gutachter W. letztlich die Kausalität zwischen der Verletzung der Weichteilstrukturen im Schultergelenksbereich und dem Unfall, obwohl er zuvor ausgeführt hatte, anlässlich des Geschehensablaufs könne es zu einer Rissbildung in dem degenerativ vorgeschädigten Gewebe gekommen sein. Demgegenüber hat Dr. M. diese Vermischung vermieden und ist, weil der Unfallhergang geeignet gewesen sei, die vorgeschädigte Supraspinatussehne zu zerreißen, folgerichtig zu dem Schluss gekommen, dass der Unfallhergang Mitursache für den Eintritt des Gesundheitsschadens gewesen sei. Zur Frage der Wesentlichkeit hat er dann in einem zweiten Prüfungsschritt Stellung genommen. Nur zu diesem zweiten Prüfungsschritt hat er sich in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 7. September 2009 geäußert, als er im Hinblick auf die degenerative Erkrankung ein deutliches Überwiegen der gegen eine Unfallfolge sprechenden Hinweise angegeben hat. Er bleibt aber bei seiner Einschätzung, dass die vorgeschädigte Rotatorenmanschette durch den Unfall zusätzlich geschädigt worden sein könnte.

Allerdings übersieht auch Dr. M., wie alle übrigen Gutachter einschließlich die entscheidenden Richter der ersten Instanz, dass der Kläger die Schulterschmerzen nicht erst Wochen nach dem Unfall, sondern unter Berücksichtigung des Krankheitsverlaufs zeitnah geäußert hat. Die Gutachter H. haben die nach ihrer Auffassung fehlende naturwissenschaftliche Kausalität zwischen dem Unfallereignis und den Beschwerden im Schultergelenk sogar maßgeblich auf die angeblich fehlenden Beschwerden nach dem Unfall gestützt.

2. Da danach sowohl der Unfall als auch die degenerativen Veränderungen im Schultergelenk für die eingetretene Gesundheitsbeeinträchtigung ursächlich geworden sind, muss eine wertende Beurteilung der einzelnen Ursachen nach ihrer inneren Verbindung mit dem versicherten Unfallrisiko erfolgen. Denn die gesetzliche Unfallversicherung schützt nur gegen bestimmte Risiken. Das Risiko degenerationsbedingter Gesundheitsbeeinträchtigungen wird davon nicht umfasst. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts greift der Schutz der Unfallversicherung daher nur dann ein, wenn das Unfallereignis eine rechtlich wesentliche Bedingung für den Gesundheitsschaden gewesen ist. Die übrigen Gesundheitsschäden fallen in den Schutzbereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei der zur Prüfung der Wesentlichkeit erforderlichen wertenden Betrachtung sind alle Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen. Wesentlich ist jede Bedingung, die im Verhältnis zu anderen Bedingungen nach Auffassung des praktischen Lebens am Eintritt des Erfolges wesentlich mitgewirkt hat. Wenn mehrere Bedingungen gleichwertig oder annähernd gleichwertig zum Erfolg beigetragen haben, so ist jede von ihnen Ursache im Rechtssinn. Kommt dagegen einem der Umstände eine überragende Bedeutung zu, so ist er allein wesentliche Ursache im Rechtssinn. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache, kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, so lange die anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. (vgl. BSG, Urteil vom 09.05.2006 - [B 2 U 40/05 R](#) - zitiert nach Juris, mit weiteren Nachweisen).

Bei der Abwägung der kausalen Bedeutung eines Unfallereignisses mit einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage ist darauf abzustellen,

ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu der selben Zeit die Erscheinungen ausgelöst hätte (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, vgl. nur BSG, Urteil vom 09.05.2006, a. a. o., mit weiteren Nachweisen).

Unter diesen Voraussetzungen muss das Unfallgeschehen als wesentliche Ursache für die Gesundheitsschäden des Klägers an seiner rechten Schulter angesehen werden. Dabei übersieht der Senat nicht, dass nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme von einer ganz erheblichen degenerativen Vorschädigung der Weichteilstrukturen des Schultergelenkes des Klägers auszugehen ist. Dies haben alle Gutachter übereinstimmend so gesehen und aufgrund der verschiedenen Untersuchungsergebnisse überzeugend dargelegt. Der degenerative Befund war danach mindestens gleichwertige Ursache für den eingetretenen Gesundheitsschaden. Die Gutachter messen dieser Ursache sogar übereinstimmend die überwiegende Bedeutung bei. Dies schreibt der Gutachter M. in seiner ergänzenden Stellungnahme ausdrücklich, es kann aber auch den anderen Gutachten entnommen werden. Dies ist jedoch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht das entscheidende Kriterium, so lange die degenerative Vorschädigung für die eingetretenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen keine überragende Bedeutung hat. Eine überragende Bedeutung des anlagebedingten Vorschadens ist aber nicht anzunehmen, weil dies voraussetzt, dass die Krankheitsanlage so stark ausgeprägt war, bzw. so leicht ansprechbar war, dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu der selben Zeit die Erscheinungen ausgelöst hätte. Davon kann nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme aber nicht ausgegangen werden. Ausdrücklich geht auf diesen Punkt nur der Gutachter M. in seinem Gutachten vom 11. Februar 2005 ein. Er führt hierzu aus, der Gesundheitsschaden wäre aufgrund des Grades der Schadensanlage wahrscheinlich nicht innerhalb weniger Wochen eingetreten. Diese Aussage bestätigt er auch auf nochmalige Nachfrage der Beklagten. In seinem Schreiben vom 3. März 2005 hat er ausgeführt, normale körperliche Belastungen, wie sie bei Maurern auftreten, wären ausreichend gewesen, in absehbarer Zeit den Gesundheitsschaden zu bewirken. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kommt es aber nicht auf die bei Maurern auftretenden körperlichen Belastungen, sondern auf alltäglich vorkommende Ereignisse an. Außerdem wären die Erscheinungen nach Ansicht des Gutachters dadurch nicht zu derselben Zeit in Erscheinung getreten, sondern in "absehbarer Zeit". Der Gutachter hat also seine vorherige Angabe nicht widerrufen oder korrigiert, sondern lediglich präzisiert. Die anderen Gutachter äußern sich zu dieser Fragestellung nicht.

Da aber aller Wahrscheinlichkeit nach davon auszugehen ist, dass der Unfall mit einer – wenn auch geringen – unphysiologischen Krafteinwirkung auf das Schultergelenk verbunden war, und solche Krafteinwirkungen auf das Schultergelenk im Alltag gerade nicht regelmäßig vorkommen, kann von einer annähernd zeitgleichen Auslösung der Krankheitserscheinungen durch die Krankheitsanlage in dieser Art nicht ohne weiteres ausgegangen werden. Es besteht die durchaus naheliegende Möglichkeit, dass der Kläger ohne den Unfall noch lange Zeit beschwerdefrei im Schultergelenk geblieben wäre. Für eine andere Einschätzung fehlen jedenfalls jegliche Anhaltspunkte.

Das Unfallereignis kann aber nicht schon dann als bloße, im Sinne der Rechtsprechung nicht wesentliche "Gelegenheitsursache" bewertet werden, wenn ein alltägliches Ereignis etwa zu der selben Zeit möglicherweise zum selben Erfolg geführt hätte. Es muss auch diesbezüglich eine Wahrscheinlichkeit vorliegen, von der hier nicht ausgegangen werden kann. Es ist demgegenüber äußerst unwahrscheinlich, dass eine alltägliche Belastung gerade im Zeitpunkt des Unfallereignisses oder alsbald danach zu der selben Schädigung geführt hätte. Denn der Kläger hat zuvor täglich in seiner beruflichen Tätigkeit ganz erhebliche, das alltägliche Maß überschreitende Anforderungen im Schulter-Arm-Bereich bewältigt und dadurch die Rotatorenmanschette entsprechenden Belastungen ausgesetzt, ohne dass es dadurch jemals zu Schulterbeschwerden gekommen wäre. Dann ist nicht wahrscheinlich, dass es unter geringeren alltäglichen Belastungen zu dieser Zeit zu denselben Folgen gekommen wäre.

III. Der Klageantrag ist auch in Bezug auf die Leistungsklage zur Verurteilung der Beklagten auf Zahlung einer Rente wegen Erwerbsminderung in Höhe von mindestens 30% begründet. Nach allen Gutachtern ist von einer Ellenbogengelenksbeweglichkeit rechts von 0-25-90 bzw. 0-30-90 auszugehen. Bei diesen geringfügigen Unterschieden handelt es sich um Messungenauigkeiten. Die Unterarmumwendebeweglichkeit wird von der Klinik B. im Abschlussbericht vom 14. Oktober 2004 als nahezu frei eingeschätzt. Die gleiche Angabe findet sich im Zwischenbericht von Dr. D. vom 3. Dezember 2004, und auch Dr. H./Dr. W. gaben im Gutachten vom 26. Mai 2005 Messwerte an, die den Normalwerten entsprechen. Eine geringgradige Einschränkung der Unterarmrotation gab demgegenüber Dr. M. in seinem Gutachten vom 11. Februar 2005 mit Messwerten von 70-0-60 an. Insgesamt kann daher allenfalls von einer äußerst geringgradigen Einschränkung der Unterarmdrehbewegung ausgegangen werden. Ohne Berücksichtigung des Schulterschadens wäre nach der Stellungnahme von Prof. Dr. M. die Bewertung der MdE des Klägers von 20% angemessen. Unter Berücksichtigung des unfallbedingten Schulterschadens ergibt sich jedoch aufgrund der funktionellen Einheit des Armes eine deutliche Schlechterstellung, so dass in Übereinstimmung mit den Ausführungen von Dr. M. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 7. September 2009 von einer MdE von 30% auszugehen ist. Dies ist angemessen, da in der Literatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, 8. Aufl. 2010, S. 419) für eine Bewegungseinschränkung in der Schulter, die eine Armvorwärtshebung nur noch bis 120 Grad erlaubt, eine MdE von 10 % und bei einer Einschränkung auf 90 Grad eine MdE von 20 % angegeben werden. Die für den Kläger diesbezüglich erhobenen Messwerte schwanken zwischen 90 und 110 Grad. Lediglich zum Schluss der berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung im Bergmannstrost am 12. Oktober 2004 wurde ein Wert von 150 Grad gemessen, wobei aber das seitwärtige Anheben des Armes nur bis 100 Grad gelang. Auch nach den anderen Messwerten ist das seitwärtige Anheben des Armes beim Kläger stärker eingeschränkt, als die Anhebung nach vorn. Nach der anzustellenden Gesamtbetrachtung erscheint daher – auch unter Berücksichtigung der zusätzlichen geringen Einschränkungen in der Oberarmdrehbewegung – eine Gesamt-MdE von 30 % angemessen.

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

Gründe für Zulassung der Revision liegen nicht vor, da es sich um eine Einzelfallentscheidung auf geklärter Rechtsgrundlage handelt.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-01