

L 1 U 3613/10

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 11 U 1125/08

Datum

26.05.2010

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 1 U 3613/10

Datum

25.11.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 26.05.2010 wird zurückgewiesen.

2. Die Beklagte hat auch die außergerichtlichen Kosten des Klägers im Berufungsverfahren zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Verletztenrente im Streit.

Der am 22.12.1958 geborene Kläger stürzte während seiner Arbeit als Zimmermann am 22.07.2004 von einer Leiter. Nach dem Durchgangsarztbericht des Chirurgen Dr. A. vom 23.07.2004 habe eine Schulterprellung rechts vorgelegen. In einem Zwischenbericht vom 18.08.2004 teilte Dr. A. nach Auswertung einer Magnetresonanztomographie mit, dass beim Kläger eine AC-Gelenksprengung Typ Rocco II, eine Teiltraktur der Supraspinatussehne und ein Ödem der Infraspinatusinsertion im Sinne einer Zerrung festgestellt worden seien. Nach einem Untersuchungsbericht des Dr. B. der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen vom 02.11.2004 könne die im Kernspintomogramm auch sonographisch dokumentierte Verletzung des AC-Gelenkes im Sinne einer AC-Gelenksprengung Tossy I bis II durchaus dem Unfallmechanismus zugeordnet werden, so dass eine Zusammenhangsbegutachtung entbehrlich sei.

Im ersten Rentengutachten vom 23.06.2005 des Prof. Dr. D. wurden als wesentliche Unfallfolgen eine in einer straffen Pseudarthrose ausgeheilte AC-Gelenksprengung Typ Tossy II mit beginnender posttraumatischer AC-Gelenksarthrose, eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion mit Teiltraktur der Supraspinatussehne, ein unfallbedingtes Impingementsyndrom der rechten Schulter mit verdickter Supraspinatussehne und Bursitis subacromialis bei rechtsseitig vorliegenden kleinen osteophytären Ausziehungen am Acromionunterrand, eine auf 3/5 bis 4/5 eingeschränkte Kraftminderung der rechten oberen Extremitäten sowie eine glaubhafte Beschwerde- und Schmerzsymptomatik mitgeteilt. Vom Tag des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit am 11.02.2005 an habe bis zum Vortag der Untersuchung am 06.06.2005 eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 20 von Hundert (v.H.) vorgelegen. Anschließend habe nur noch eine MdE um 10 v.H. bestanden.

Am 16.01.2007 wurde der Kläger von einem Team um Dr. C. wegen einer Teiltraktur der rechten Supraspinatussehne operiert (Revision des rechten Schultergelenks mit Naht der Supraspinatussehne).

Nach einem Gutachten des Chirurgen Dr. C. vom 08.08.2007 seien als Unfallfolgen noch eine AC-Gelenksarthrose bei Zustand nach AC-Gelenksprengung Typ Tossy II sowie eine daraus resultierende Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes vorhanden gewesen. Die MdE bewertete Dr. C. ebenso wie der Vorgutachter Prof. Dr. D ...

Daraufhin bewilligte die Beklagte mit Bescheid vom 04.12.2007 eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. für die Zeit vom 08.02.2005 bis zum 06.06.2005. Nach diesem Zeitpunkt sei eine Rente nicht mehr zu gewähren, weil die MdE nur noch 10 v.H. betrage. Als Unfallfolgen wurden anerkannt: Bewegungseinschränkung des Schultergelenkes, Minderung der Schultermuskulatur sowie röntgenologisch nachweisbare arthrotische Veränderungen im Bereich des Acromioclaviculargelenkes nach AC-Gelenksprengung Typ Tossy II und Teiltriss der Supraspinatussehne. Unabhängig vom Unfall vom 22.07.2004 lägen ein Zustand nach Bruch des Oberarmhockers rechts (Arbeitsunfall vom 05.11.1997, im Zuständigkeitsbereich der Beklagten, MdE um 0 v.H.) sowie ein Zustand nach Daumenendgliedamputation links (Unfall vom 01.12.1990, für den die Zuständigkeit noch geprüft werde) vor. Derzeit würden noch Ermittlungen bezüglich eines Stützrententatbestandes wegen des Unfalles vom 01.12.1990 durchgeführt, wozu noch weitere Nachricht ergehen werde.

Seinen deswegen am 27.12.2007 eingelegten Widerspruch begründete der Kläger damit, dass die Unfallfolgen sich seit der Begutachtung nicht geändert hätten und weiterhin eine MdE um 20 v.H. anzunehmen sei. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 13.02.2008 zurück, wozu sie auf das Ergebnis beider Begutachtungen Bezug nahm.

Der Kläger hat deswegen am 11.03.2008 Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben, mit welcher er sich darauf berufen hat, dass nach Berichten des Dr. C. vom 08.05.2007, 25.09.2007 und 22.01.2008 eine MdE um 20 v.H. vorliege. Außerdem lägen Stützrententatbestände aus Arbeitsunfällen vom 29.05.1993 und 05.11.1997 aus dem Zuständigkeitsbereich der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft vor.

Die Beklagte hat zu dem Unfall vom 01.12.1990 mitgeteilt, dass dieser nicht in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert gewesen sei, weil der Kläger sich die Verletzung im Rahmen seiner Tätigkeit als privater Bauherr zugezogen habe, für die keine Versicherung bei der Beklagten abgeschlossen worden sei. Der diesbezügliche Ablehnungsbescheid der Beklagten vom 18.12.2007 ist vom Kläger nicht mit dem Widerspruch angegriffen worden.

Das SG hat sachverständige Zeugenaussagen bei den behandelnden Ärzten Dr. F. und Dr. E. eingeholt. Dr. F. hat am 27.11.2008 mitgeteilt, dass über den Kläger keine Unterlagen mehr vorhanden seien. Dr. E. hat am 20.12.2008 mitgeteilt, dass er im Wesentlichen eine schmerzhaft Anhebung des rechten Armes nach vorne und seitlich festgestellt habe, wobei auch die Außen- und Innenrotation erheblich schmerzbedingt eingeschränkt gewesen sei.

Im Auftrag des Gerichts hat der Orthopäde Prof. Dr. G. ein Gutachten erstellt, in dem er als Folgen des Arbeitsunfalls vom 23.07.2004 eine mittels straffer Pseudarthrose ausgeheilte AC-Gelenkssprengung Typ Tossy II rechts mit schmerzhafter Funktionsbeeinträchtigung der rechten Schulter bei Impingementsymptomatik und beginnender posttraumatischer Arthrose sowie bei Zustand nach traumatischer Rotatorenmanschettenläsion mit Naht der teillrupturierten Supraspinatussehne mitgeteilt hat. Bezüglich des Arbeitsunfalles im Jahre 1997 liege eine folgenlos ausgeheilte Infraktion des rechten Tuberkulum majus nach Schulterprellung vor. Als Folge eines 1993 bei einem Wegeunfall erlittenen stumpfen Bauchtraumas mit nachfolgender Ileumteilresektion seien abdominal Beschwerden mit häufigen Diarrhöen und unkontrollierten Stuhlabgängen vorhanden. Zudem bestehe aufgrund des 1990 erlittenen nicht versicherten Unfalls ein Endgliedverlusts des linken Daumens mit guter Stumpfdeckung. Die durch den Unfall vom 22.07.2004 bedingte MdE werde vom 11.02.2005 an auf dauerhaft 20 v.H. eingeschätzt. Mit der aktenkundigen Dokumentation durch Befundberichte und Gutachten und mit der Notwendigkeit einer in der Zwischenzeit erfolgten operativen Intervention sowie dem aktuellen Befund sei hinreichend objektiviert, dass keine Befundverbesserung eingetreten sei, welche eine MdE-Reduzierung von 20 v.H. auf 10 v.H. rechtfertigen könne. Der Funktionszustand der rechten Schulter sei dem am 07.06.2005 erhobenen Befund vergleichbar. Die Muskelumfangsdifferenz links gegenüber rechts habe sich seitdem von 0,5 cm auf 2 cm vergrößert. Nach der Gutachtenliteratur sei zudem, wenn wie beim Kläger ein Arm einschließlich Schultergürtel aktiv nur um 90 Grad angehoben werden könne, eine MdE um 20 v.H. gerechtfertigt. Zur Frage der MdE aufgrund des 1993 erlittenen Wegeunfalls müssten zunächst weitere Ermittlungen durchgeführt werden. Aufgrund des Arbeitsunfalles im Jahre 1997 liege ab dem 19.01.1998 nur noch eine MdE von unter 10 v.H. vor, da die rechte Schulter des Klägers ein Jahr nach dem Unfall völlig beschwerdefrei gewesen sei.

Die Beklagte hat eine beratungsärztliche Stellungnahme des Chirurgen Dr. H. vom 14.06.2009 vorgelegt, wonach die Ausführungen des Gutachters Prof. Dr. G. bezüglich der Kausalität weder überzeugend noch schlüssig seien. Die von dem Kläger vorgetragenen Beschwerden im Bereich des rechten Schultergelenks mit einer dadurch bedingten Funktionsstörung seien hinreichend erklärbar durch die kernspintomographisch (Bl. 272 der Verwaltungsakte) nachgewiesenen anlagebedingten strukturellen Veränderungen im Bereich des Supraspinatus. Insofern sei es nicht korrekt, den regelwidrigen Körperzustand im Bereich des rechten Schultergelenks einem posttraumatischen Impingementsyndrom zuzuordnen. Aufgrund der nach Schulterreckgelenkssprengung verbliebenen röntgenmorphologischen Veränderung lasse sich der von Prof. Dr. G. dokumentierte Funktionsbefund nicht erklären. In Kenntnis des Kernspintomographiebefundes sei bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. C. lediglich ein geringer Teil der festgestellten Funktionsstörungen ursächlich auf die Schulterreckgelenkssprengung rechts und somit auf den Unfall zurückgeführt worden, wodurch sich allerdings eine rentenberechtigende MdE nicht begründen lasse. So werde in der einschlägigen Gutachtenliteratur (mit Hinweis auf Schönberger/Mehrtens/Valentin) eine Bewegungseinschränkung mit Hervorhebung bis 120 Grad nur mit einer MdE 10 v.H. bewertet.

Auf Anforderung des SG hat Prof. Dr. G. am 08.07.2009 eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme abgegeben, nach der entgegen den Ausführungen von Dr. H. vom Vorliegen eines für den weiteren Verlauf wesentlichen posttraumatischen Impingements mit subacromialem Hämatom im Bereich der rechten Schulter auszugehen sei. Die Argumentation des Dr. H. beziehe sich lediglich auf die eingangs genannten Diagnosen, wobei ihm beizupflichten sei, dass diesbezüglich unfallfolgenbedingte Residuen unwahrscheinlich seien. Es sei aber hinreichend bekannt und entspreche langjähriger unfallchirurgisch-orthopädischer Erfahrung, dass Schulterweichteilverletzungen wie im Falle des Klägers zu Verklebungen und anhaltenden Beschwerden mit dadurch bedingten Schultergelenks-Kapselschrumpfungen führten, die sich nicht röntgenologisch erfassen und schwer oder gar nicht erfolgreich konservativ therapieren ließen. Dies zeigten zahlreiche posttraumatische Schultersteifen mit der Notwendigkeit zu Narkose-Schultergelenksmobilisationen und verklebungslösenden, mobilisierenden operativen Eingriffen. Der Verlauf im Falle des Klägers entspreche diesen Gegebenheiten.

Die Beklagte hat eine Erwiderung des Dr. H. hierzu vom 01.08.2009 vorgelegt. Danach sei das von Prof. Dr. G. angeführte subacromiale Hämatom beim Kläger zu keinem Zeitpunkt nachgewiesen worden. Da ein solches Hämatom zudem bekanntlich nach spätestens vier bis sechs Wochen vollständig resorbiert sei, könne dies nicht fünf Jahre später Ursache einer subacromialen Raumenge sein. Entgegen seiner Darstellung habe sich Prof. Dr. G. auch nicht mit den Ursachen des Impingements im Bereich der rechten Schulter des Klägers auseinandergesetzt. Da beim Kläger eine unfallbedingte subacromiale Enge nicht vorliege, beruhe seine Impingementsymptomatik ausschließlich auf unfallfremden Ursachen.

Im Auftrag des SG hat daraufhin der Orthopäde Prof. Dr. Beck am 29.10.2009 ein weiteres Gutachten erstellt, in welchem dieser den Ausführungen des Prof. Dr. G. vollumfänglich zustimmt. Seit dem Unfall vom 22.07.2004 bestehe durchgängig ein Impingementsyndrom des rechten Schultergelenks mit entsprechender schmerzhafter Bewegungseinschränkung und Muskelminderung. Die unfallbedingte MdE betrage über den 06.06.2005 hinaus unverändert 20 v.H. Den Einlassungen des Beratungsarztes Dr. H. könne nicht gefolgt werden, da nicht einsehbar sei, aus welchen Gründen jetzt die Diagnose einer unfallunabhängigen "Insertionstendopathie" der Supraspinatussehne auftauchen solle. Dieser Begriff sei erstmals in der unfallchirurgischen Begutachtung vom 03.07.2007 verwendet worden. Hierin würden die

Folgen des ansatznahen Risses der Supraspinatussehne gedeutet als "Tendinose" und die sich im sehnigen Bereich darstellenden kleineren Verkalkungen als Tendinitis calcarea. Die Schlussfolgerung führe dann zu der auch von Dr. H. übernommenen Diagnose einer unfallfremden "Insertionstendopathie bzw. Tendinitis der Supraspinatussehne". Die im Gutachten von Prof. Dr. G. angegebene Umfangsdifferenz der Oberarmmuskulatur beruhe, wie die bei der zweiten Begutachtung für das SG wiederholte Messung beweise, nicht auf einem Mess- oder Übertragungsfehler, wie dies von Dr. H. vermutet worden sei. Schließlich könne auch der von Prof. Dr. G. beschriebene schmerzhaft eingeschränkte Bewegungsumfang des rechten Schultergelenks bestätigt werden.

Die Beklagte hat eine neuerliche Stellungnahme des Beratungsarztes Dr. H. vom 18.01.2010 vorgelegt, wonach ein Mess- bzw. Übertragungsfehler durch die wiederholte Messung nunmehr ausgeschlossen werden könne. Dennoch sei die von Prof. Dr. Beck erhobene Befundkonstellation ungewöhnlich und die Argumentation des Sachverständigen nicht überzeugend. Der Nachweis einer Mehrbemuskulung des rechten Unterarms sei in Verbindung mit deutlichen Arbeitsspuren der rechten Hand und einer fehlenden inaktivitätsbedingten Demineralisation des Schulterskeletts rechts ein sicheres objektives Indiz dafür, dass der rechte Arm keiner wesentlichen Schonung oder verminderten Gebrauchsfähigkeit unterworfen sei. Es sei nicht nachgewiesen, dass der Kläger seinen rechten Oberarm lediglich in einem schmerzfreien Bewegungssegment einsetze, wie Prof. Dr. Beck dies angebe. Die Gutachter hätten auch nicht geklärt, woher der Spinatussehnenriss rechts herrühre. Nach übereinstimmender Auffassung in der medizinischen Fachliteratur sei eine direkte äußere Einwirkung ungeeignet, eine Supraspinatussehnenruptur herbeizuführen. Zudem gebe es nach Schönberger/Mehrtens/Valentin den isolierten, ausschließlich traumatischen Supraspinatussehnenriss nicht. Wahrscheinlichkeit habe die Teilläsion der Supraspinatussehne bereits zum Unfallzeitpunkt als klinisch stumme Anlage bestanden und sich erst anlässlich des Versicherungsfalles erstmals manifestiert. Insofern komme Ereignis vom 22.07.2004 im Hinblick auf die Teilläsion der Supraspinatussehne lediglich die Bedeutung einer Teilursache zu.

In einer ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 12.03.2010 ist Prof. Dr. Beck bei seiner Einschätzung verblieben. Dr. H. habe lediglich zu einzelnen Befunden aus dem Verletzungsgeschehen des Klägers geäußert und andere, nicht konvenierende Gesichtspunkte wie das Ausmaß der schmerzhaften Bewegungseinschränkungen einfach ignoriert.

Das SG hat die Beklagte mit Urteil vom 26.05.2010 unter Abänderung des Bescheides vom 04.12.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.02.2008 verurteilt, die Teilrente von 20 v.H. der Vollrente über den 06.06.2005 hinaus zu gewähren. Die von den Gerichtssachverständigen festgestellten Unfallfolgen entsprächen im Wesentlichen den auch von der Beklagten im angefochtenen Bescheid festgestellten Unfallfolgen sowie den von den Vorgutachtern Prof. Dr. D. und Dr. C. festgestellten Gesundheitsstörungen. Aufgrund des eingeschränkten Bewegungsausmaßes des rechten Schultergelenkes und der Minderung der Schultermuskulatur sei, wie die Sachverständigen für das Gericht überzeugend dargelegt hätten, von einer deutlich schmerzhaft beeinträchtigten Funktion des rechten Schultergelenks auszugehen, woraus sich eine unfallbedingte MdE in Höhe von 20 v.H. auch über den 06.06.2005 hinaus ergebe. Das Urteil des SG ist der Beklagten am 01.07.2010 zugestellt worden.

Die Beklagte hat am 02.08.2010 (Montag) beim Landessozialgericht Berufung eingelegt. Das SG habe sich einseitig auf die übereinstimmenden medizinischen Gutachten gestützt, ohne auf die im Klageverfahren vorgetragene detaillierten und substantiierten Bedenken einzugehen. Hierzu hat die Beklagte auf den Inhalt der Stellungnahmen des Beratungsarztes Dr. H. Bezug genommen. Den verschiedenen angefertigten MRT-Untersuchungen sowie der intraoperativen Befundung vom 16.01.2007 sei zu entnehmen, dass Befunde für ein unfallbedingtes Impingementsyndrom nicht mehr erhoben worden seien. Dies stehe im Einklang mit den intensiven Reha-Maßnahmen, welche die Beklagte nach dem Arbeitsunfall zur Wiederherstellung der Schulterfunktion des Klägers habe durchführen lassen. Wegen des fehlenden NachD.s eines unfallbedingten Impingementsyndroms sei von einem schicksalhaften Geschehen auszugehen, welches nicht bei der Bemessung der MdE berücksichtigt werden könne.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 26. Mai 2010 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Kläger hält das angefochtene Urteil für zutreffend und verweist auf die vom SG eingeholten Sachverständigengutachten.

Die Beteiligten wurden mit Verfügung vom 14.09.2010 zu der Absicht des Senats angehört, über die vorliegende Berufung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung nach [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) zu entscheiden. Für die weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und den Vortrag der Beteiligten wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten, die Akten des SG sowie die Akten des Landessozialgerichts Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143 f. und 151 SGG](#) statthafte und zulässige Berufung ist nicht begründet. Der Senat hat über die Berufung der Beklagten gemäß [§ 153 Abs. 4 Satz 1 SGG](#) durch Beschluss entschieden, weil er das Rechtsmittel einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich gehalten hat. Im Anhörungsverfahren (vgl. Hinweis vom 14.09.2010) haben sich keine Gesichtspunkte ergeben, von dieser Verfahrensform abzuweichen.

Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens liegen zurzeit beim Kläger noch Folgen aufgrund des Arbeitsunfalls vom 22.07.2004 vor, welche eine MdE um 20 v.H. bedingen. Da die Rentengewährung bereits aufgrund dieses Arbeitsunfalles zu erfolgen hat, kommt es im vorliegenden Verfahren auf das Vorliegen von Stützrententatbeständen aufgrund anderer Arbeitsunfälle nicht an.

Gem. [§ 26 Abs. 1 SGB VII](#) haben Versicherte Anspruch auf Entschädigungsleistungen u. a. in Form von Heilbehandlung ([§ 27 SGB VII](#)) oder Geldleistungen (Verletztengeld [§ 45 SGB VII](#) und Rente [§ 56 SGB VII](#)). Insbesondere nach [§ 56 Abs. 1 SGB VII](#) erhalten Versicherte, deren

Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, eine Rente. Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit ([§ 8 Abs. 1 SGB VII](#)).

Erforderlich ist, dass sowohl ein kausaler Zusammenhang zwischen der in innerem Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit stehenden Verrichtung und dem Unfall als auch zwischen dem Unfall und dem Gesundheitsschaden besteht. Diese so genannte doppelte Kausalität wird nach herkömmlicher Dogmatik bezeichnet als die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität. Für beide Bereiche der Kausalität gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung sowie der Beweismaßstab der - überwiegenden - Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 15.02.2005 - [B 2 U 1/04 R](#) -, [SozR 4-2700 § 8 Nr. 12](#)).

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)), d.h. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ([BSGE 1, 174, 178](#); BSG [SozR 2200 § 581 Nr. 22](#)).

Beim Kläger liegen als Unfallfolgen, wie die Beklagte im Bescheid vom 04.12.2007 festgestellt hat, eine Bewegungseinschränkung des Schultergelenkes, eine Minderung der Schultermuskulatur sowie röntgenologisch nachweisbare arthrotische Veränderungen im Bereich des Acromioclaviculargelenkes nach AC-Gelenkssprengung Typ Tossy II und Teilriss der Supraspinatussehne vor. Insbesondere bestehen keine Bedenken hinsichtlich der AC-Gelenkssprengung und des Teilrisses der Supraspinatussehne als Unfallfolgen; das direkte Anpralltrauma der Schulter durch den Sturz spricht nicht gegen dessen Kausalität für die Unfallfolgen. Denn für eine AC-Gelenkssprengung stellt dies einen geeigneten Unfallhergang dar.

Bereits Dr. B. von der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen hat am 02.11.2004 darauf hingewiesen, dass die im Kernspintomogramm und auch sonographisch dokumentierte Verletzung des AC-Gelenkes im Sinne einer AC-Gelenkssprengung Tossy I bis II dem Unfallmechanismus zugeordnet werden könne, so dass eine Zusammenhangsbegutachtung entbehrlich sei. Der Gutachten Prof. Dr. G. weist zur Frage der Kausalität zu Recht darauf hin, dass schon der erste Gutachter Prof. Dr. D. (S. 7 des Gutachtens vom 23.06.2005) als Unfallfolge eine unfallbedingte Impingementsymptomatik der rechten Schulter mit verdickter Supraspinatussehne angenommen hat. Schon bei der Erstbegutachtung im Verwaltungsverfahren durch Prof. Dr. D. wurde zudem darauf hingewiesen, dass bei dem Kläger in Zukunft weitere Probleme aufgrund der unfallbedingten Arthrose entstehen könnten.

Entsprechend dem Gutachten des Prof. Dr. Beck ist nicht einsehbar, weshalb die Diagnose einer unfallunabhängigen "Insertionstendopathie" der Supraspinatussehne zu stellen ist, nachdem dieser Begriff erstmals in der unfallchirurgischen Begutachtung am 03.07.2007 verwendet worden ist. Die Deutung der Folgen des ansatznahen Risses der Supraspinatussehne als "Tendinose", und der sich im sehnigen Bereich darstellenden kleineren Verkalkungen als Tendinitis calcarea, führen nach Dr. H. zur Diagnose einer unfallfremden "Insertionstendopathie bzw. Tendinitis der Supraspinatussehne". Diese Schlussfolgerung von Dr. H. vermag indes nicht zu überzeugen, weil bereits zuvor und unfallnah eine Verletzung der Supraspinatussehne gutachterlich festgestellt worden ist.

Nachdem auch die beiden SG-Gutachter insoweit einen Zusammenhang schlüssig begründen, hält es der Senat mit den teils spekulativen Ausführungen von Dr. H. nicht für überzeugend, die Beteiligung der Supraspinatussehne an den Verletzungsfolgen in Frage zu stellen; insoweit wird auf die überzeugenden Ausführungen der Gutachter Prof. Dr. G. und Prof. Dr. Beck in deren Gutachten und ergänzenden gutachterlichen Stellungnahmen Bezug genommen.

Auch nachdem am 16.01.2007 eine Revision des rechten Schultergelenks mit Naht der Supraspinatussehne durchgeführt worden ist, haben sich die Beschwerden des Klägers nach dem Unfall vom 22.07.2004 nicht wesentlich gebessert.

Für die Bewertung einer unfallbedingten MdE kommt es auf die gesamten Umstände des Einzelfalles an. Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen oder geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet (BSG, Urt. vom 26.06.1985 - [2 RU 60/84](#) -, in: [SozR 2200 § 581 RVO Nr. 23 m.w.N.](#); BSG, Urt. vom 19.12.2000 - [B 2 U 49/99 R](#) -, in: HVBG-Info 2001, 499). Die Sachkunde des ärztlichen Sachverständigen bezieht sich in erster Linie darauf, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Folgen des Arbeitsunfalls beeinträchtigt sind. Schlüssige ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind zwar bedeutsame Anhaltspunkte, besitzen aber keine bindende Wirkung, auch wenn sie eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE darstellen (BSG, Beschluss vom 22.08.1989 - [2 BU 101/89](#) -, in: HVBG-Info 1989 S. 2268). Bei der Bewertung der MdE sind schließlich auch die in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung und dem versicherungsrechtlichen oder versicherungsmedizinischen Schrifttum ausgearbeiteten Erfahrungssätze zu beachten, um eine gerechte und gleiche Bewertung der zahlreichen Parallelfälle der täglichen Praxis zu gewährleisten.

Das SG hat nach diesen Grundsätzen zutreffend entschieden, dass eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu gewähren ist. Aufgrund der Ausführungen der Gutachter Prof. Dr. G. und Prof. Dr. Beck sind die Voraussetzungen für die Gewährung einer Verletztenrente in dieser Höhe nachgewiesen. Die im Auftrag des SG erstellten, übereinstimmenden Gutachten sind schlüssig und überzeugend. Ein degeneratives Impingementsyndrom im Sinne einer schicksalhaften Entwicklung, welche sich bei dem Unfallgeschehen zufällig manifestiert hat, ist nicht nachgewiesen und wird von Dr. H. zwar vermutet, aber nicht hinreichend belegt. Demgegenüber liegen beim Kläger seit dem Unfall durchgängig Beschwerden im rechten Schultergelenk vor, welche auf das Unfallgeschehen zurückgeführt werden können.

Die unfallbedingte MdE beträgt auch über den 06.06.2005 hinaus unverändert 20 v.H. Seit dem Unfall vom 22.07.2004 besteht durchgängig ein Impingementsyndrom des rechten Schultergelenks mit entsprechender schmerzhafter Bewegungseinschränkung und Muskelminderung (Gutachten des Orthopäden Prof. Dr. Beck vom 29.10.2009, welcher den Ausführungen des Prof. Dr. G. vollumfänglich zustimmt). Die im Gutachten von Prof. Dr. G. angegebene Umfangsdifferenz der Oberarmmuskulatur beruhte zudem nicht auf dem von Dr. H. vermuteten Messfehler, und auch Prof. Dr. Beck hat den von Prof. Dr. G. beschriebenen schmerzhaft eingeschränkten Bewegungsumfang des rechten Schultergelenks bestätigt. Auch nach der Gutachtenliteratur ist für die beim Kläger festgestellte Bewegungseinschränkung vorwärts/seitwärts im Schultergelenk bis 90 Grad eine MdE um 20 v.H. vorgesehen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 523; Bewegungsmaße laut den Feststellungen des Gutachters Prof. Dr. Beck auf S. 6 dessen Gutachtens).

Sofern Dr. H. auf die (leicht) stärkere Bemuskulung des rechten Unterarmes verweist, deutet dies nicht zwingend auf einen stärkeren Gebrauch des rechten Schultergelenkes hin, wie Prof. Dr. Beck zutreffend bemerkt. Denn nach wie vor ist im unfallverletzten Schultergelenk und im näheren Oberarm eine deutlich schwächere Muskulatur objektiv nachgewiesen. Dass demgegenüber die rechte Hand normal muskuliert und zusätzlich auch beschwiele ist, kann auch dadurch erklärt werden, dass der Kläger Rechtshänder ist oder aufgrund der Daumenendgliedamputation an der linken Hand trotz vorhandener Schmerzen mit der rechten Hand besser umgehen kann als mit seiner linken Hand.

Soweit Dr. H. sich auf die MRT-Untersuchungen stützt, ist darauf hinzuweisen, dass das Impingement entsprechend den Ausführungen der Gerichtsgutachter nicht zwangsläufig im MRT nachweisbar sein muss. Außerdem stützen sich die beiden Gutachter auf ihre Erfahrung als Unfallchirurgen und darauf, dass der beim Kläger erhobene Befund einschließlich der Bewegungseinschränkungen und der angegebenen Schmerzen glaubhaft und schlüssig auf das Unfallereignis zurückgeführt werden kann, was schließlich auch den Senat überzeugt hat.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-12-01