

L 2 U 923/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 8 U 3977/08
Datum
09.12.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 2 U 923/10
Datum
10.01.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 9. Dezember 2009 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass dem Kläger ab dem 6. Oktober 2007 Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu gewähren ist.

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

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht die Gewährung einer Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um mindestens 20 v.H. im Streit.

Der geborene Kläger war als Selbständiger (Bauunternehmen mit fünf Mitarbeitern) am 26. März 2007 auf einer Baustelle damit beschäftigt, Hölzer zum Transport aufzuschichten. Laut dem Durchgangsarztbericht des Privatdozenten (PD) Dr. H., Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, H. vom 26. März 2007 löste sich ein Betonkübel aus der Verankerung eines Kranes und schwenkte gegen die rechte Schulterkappe des Klägers. PD Dr. H. diagnostizierte eine Claviculamehrfragmentfraktur rechts. Diese wurde zunächst konservativ behandelt. Aufgrund anhaltender Schmerzen wurde beim Kläger am 4. Juni 2007 eine Kernspintomografie des rechten Schultergelenkes durchgeführt (Bericht der Dres. G. und W. vom 6. Juni 2007). Danach wurde ein subacromiales Impingement mit entzündlichen Veränderungen der Supraspinatussehne, eine Ruptur der Supraspinatussehne im ventralen Anteil, eine Bursitis subacromialis/subdeltoidea, ein leichtgradiger Schultergelenkserguss, insbesondere subcoracoidal und ein Zustand nach Claviculafraktur mit Dislozierung und umgebenden Reizzustand beschrieben (Bl. 30 Verwaltungsakte - VA -). Nach einem Bericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. (BG-Klinik) vom 8. August 2007 (Bl. 78 VA) würden keine Anzeichen eines Rotatorenmanschettenschadens vorliegen. Degenerative Veränderungen im Bereich der Supraspinatussehne seien vorhanden. Im Anschluss war der Kläger vom 15. August 2007 bis 12. September 2007 in stationärer Behandlung in der BG-Klinik. Im Entlassbericht vom 13. September 2007 wird als Diagnose von der BG-Klinik ein Bewegungs- und Belastungsdefizit nach konservativ therapierter Claviculaschaftfraktur rechts beschrieben und als Nebendiagnosen ein Zustand nach mehrmaliger Gastroskopie bei chronischer Gastritis mit Ulcera sowie Zustand nach Oberlappenteilresektion rechts bei Tuberkulom im Dezember 1996. Unter anderem wird dort noch ausgeführt, die klinische Untersuchung der Rotatorenmanschette sei aufgrund der subacromialen Beschwerdesymptomatik nicht richtig beurteilbar. Ein Anhalt für eine Rotatorenmanschettenläsion habe es nicht gegeben. Der Supraspinatussehnentest sei negativ gewesen, aber schmerzhaft. Der Kläger wurde danach als vollschichtig arbeitsfähig am 12. September 2007 entlassen. Im ausführlichen Krankheitsbericht der BG-Klinik vom 1. Oktober 2007 wurde noch mitgeteilt, dass Arbeitsunfähigkeit nunmehr bis zum 4. Oktober 2007 bestanden habe.

Der Kläger hatte im Übrigen in der Zeit vom 26. März bis 27. März 2007 sowie ab 16. April 2007 bis auf weiteres Verletzengeld erhalten (Bescheid vom 23. Juli 2007, Bl. 47 VA).

Mit Bescheid vom 9. November 2007 (Bl. 196 VA) lehnte die Beklagte die Gewährung einer Verletztenrente ab, da der am 26. März 2007 erlittene Schlüsselbeinbruch rechts folgenlos verheilt sei und keine MdE messbaren Grades über den 24. September 2007 hinaus bedinge. Die bestehenden Beschwerden im Bereich der rechten Schulter seien auf unfallunabhängige formverbildende Veränderungen der rechten Rotatorenmanschette mit teilweiser Läsion der Supraspinatussehne rechts sowie auf den Zustand nach Teilresektion des rechten Lungenoberlappens zurückzuführen. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe bis einschließlich 12. September 2007 bestanden.

Der dagegen vom Kläger erhobene Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 10. Juli 2008 (Bl. 209 VA) zurückgewiesen.

Hiergegen hat der Kläger durch seinen damaligen Bevollmächtigten am 8. August 2008 Klage vor dem Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben. Zur Begründung hat der Bevollmächtigte unter anderem darauf verwiesen, dass der Leiter der Abteilung Orthopädie I der Orthopädischen Universitätsklinik H. Prof. Dr. L. den Kläger untersucht und hierbei festgestellt habe, dass die von der Beklagten vertretene Auffassung, die Schultersteife des Klägers sei unfallunabhängig, aufgrund der vorliegenden Datenlage nicht nachvollziehbar sei und die Kausalitätsbeurteilung einer eingehenden Begutachtung bedürfte (Schreiben von Prof. Dr. L. vom 14. April 2008).

Die Beklagte ist dem entgegengetreten und hat darauf verwiesen, dass ein geeigneter Unfallhergang fehle, es habe sich um ein direktes Aufpralltrauma gehandelt.

Das SG hat sodann Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens bei dem Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin-Orthopädie Dr. H., Freiburg vom 2. März 2009 (Bl. 65 ff SG-Akte). Dr. H. ist in seinem Gutachten zu dem Ergebnis gelangt, dass unmittelbar auf den Unfall vom 26. März 2007 die Claviculafraktur rechts zurückzuführen sei. Der Rotatorenmanschettendefekt sei zwar grundsätzlich unfallunabhängig, da hier kein dafür geeignetes, allein verantwortliches Unfallereignis mit entsprechendem Unfallmechanismus vorhanden gewesen sei. Auch bei bereits vorbestehendem Rotatorenmanschettendefekt sei aber von einer vorübergehenden oder dauernden Verschlimmerung der funktionellen Auswirkungen des Rotatorenmanschettendefekts aufgrund des Unfalles vom 26. März 2007 auszugehen. Die Rotatorenmanschettenruptur der rechten Schulter sei mangels eines geeigneten Unfallmechanismus mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht durch den Unfall vom 26. März 2007 entstanden. Da durch den Unfall aber eine erhebliche Gewalteinwirkung sicher auch mit Traumatisierung der ventralen Schulterweichteile beim Kläger stattgefunden habe, müsse eine Verschlimmerung der auf diesen Rotatorenmanschettendefekt zurückzuführenden Beschwerden angenommen werden. Hierzu würden auch der Befund der Kernspintomografie vom 6. Juni 2007 (gemeint wohl 4. Juni 2007, der Bericht datierte vom 6. Juni 2007) sowie der Verlauf der beschriebenen Beschwerden, ferner auch die in den Akten vorhandenen klinischen Befunde passen. Bereits in den aktenkundigen Voruntersuchungen seitens der behandelnden Ärzte sei dokumentiert, dass die Claviculafraktur rechts in Fehlstellung und verkürzt verheilt sei. Leider sei das Ausmaß der Verkürzung seiner Ansicht nach nicht oder nur unzureichend festgestellt und vor allem in seinen biomechanischen Auswirkungen berücksichtigt worden. Durch die Verkürzung der Clavicula bestehe als sekundäre Unfallfolge eine deutliche Ventral- und Tieferstellung der rechten Schulter. Diese führe wiederum zu einer kontinuierlichen Eintauchung sowohl des Sternoclavicular- als auch des Acromioclaviculargelenkes, also beider Gelenke des Schlüsselbeines. Zusätzlich entstehe dadurch ein kontinuierlicher Reizzustand unter dem rechten Schulterdach im Sinne einer chronischen Bursitis sowie eine vermehrte Beanspruchung des vorderen Anteils der Rotatorenmanschette, welche bereits ruptiert gewesen und im November 2007 operativ versorgt worden sei. Die entzündlichen Veränderungen des AC-Gelenkes und Supacromialraumes rechts seien noch in der Kernspintomographie der BG-Klinik vom 5. Oktober 2007 nachweisbar und sei auch bei der gutachterlichen Untersuchung durch ihn, Dr. H., noch mit entsprechender klinischer Symptomatik zu finden. Arbeitsunfähigkeit habe entsprechend den Feststellungen der BG-Klinik vom 5. Oktober 2007 für die Zeit vom 26. März 2007 bis 5. Oktober 2007 bestanden. Die Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit der operativen Behandlung der Rotatorenmanschettenruptur im November 2007 sei als überwiegend unfallunabhängig einzustufen, da auch die Rotatorenmanschettenruptur selbst nicht durch den Arbeitsunfall vom 26. März 2007 verursacht, sondern lediglich in ihren Folgen durch den selben verstärkt worden sei. Die durch den Arbeitsunfall vom 26. März 2007 verursachte MdE hat Dr. H. entsprechend der Dauer der Arbeitsunfähigkeit auf 100 v.H. für die Zeit vom 26. März 2007 bis 5. Oktober 2007 eingeschätzt und danach die unfallbedingte MdE mit 20 v.H. aufgrund der bestehenden Bewegungseinschränkung, Fehlstellung und Schmerzhaftigkeit der rechten Schulter.

Der beratende Arzt der Beklagten Dr. B. hat in seinen Stellungnahmen vom 23. April und 1. Juli 2009 der Einschätzung von Dr. H. widersprochen, die Verkürzung des rechten Schlüsselbeines mit (fraglicher) Ventral- und Tieferstellung der rechten Schulter führe zu einer kontinuierlichen Eintauchung sowohl des Schultergelenkes als auch des Brust-Schlüsselbeingelenkes. Dies sei medizinisch nicht nachvollziehbar, da hierdurch keine Eintauchung der Gelenke, sondern eine Dehnung im Sinne einer Entlastung stattefinde. Ähnlich verhalte es sich mit dessen Aussage, dass dadurch ein kontinuierlicher Reizzustand unter dem rechten Schulterdach im Sinne einer chronischen Schleimbeutelentzündung sowie eine vermehrte Beanspruchung des vorderen Anteiles der Rotatorenmanschette entstehe. Insgesamt gebe es medizinischerseits keine plausible Erklärung, dass durch die beschriebene leichte Fehlstellung des rechten Schlüsselbeines die funktionellen Auswirkungen des unfallunabhängigen Rotatorenmanschettendefekts rechts vorübergehend oder dauernd verschlimmert seien. Die MdE sei entsprechend ärztlicher Erfahrung bei den funktionellen Einbußen infolge einer reinen Supraspinatussehnenläsion bzw. einem reinen in Fehlstellung verheilten Schlüsselbeinschaftbruch auf Dauer auf 10 v.H. einzuschätzen und zwar ab Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit, ab dem 6. Oktober 2007.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 3. Juni 2009 hat Dr. H. nach Auseinandersetzung mit der Stellungnahme von Dr. B. vom April 2009 an seiner Einschätzung festgehalten und unter anderem darauf verwiesen, dass entgegen der Auffassung von Dr. B. die Verkürzung des rechten Schlüsselbeines etwas mehr als 3 cm betrage und auch die Verschleißzeichen des Schultergelenkes beim Kläger etwas überdurchschnittlich ausgeprägt seien. Die funktionellen Auswirkungen der erheblich verkürzten rechten Clavicula auf die Funktion des rechten Schultergelenkes würden von Dr. B. fälschlicherweise und ohne Begründung bagatellisiert. Durch die Verkürzung der Clavicula fehle ein stabilisierender Positionierungsfaktor des rechten Schultergelenkes von erheblicher Bedeutung, welcher zu einem Vorwärtswandern und sekundär auch Tiefertreten des rechten Schultergelenkes führe.

Abschließend hat Dr. B. in seiner zweiten Stellungnahme vom 1. Juli 2009 darauf hingewiesen, dass durchaus Unfallfolgen, insbesondere im Sinne einer Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes, vorliegen würden. Da jedoch gleichzeitig ein unfallunabhängiger Rotatorenmanschetten Schaden bestehe, sei diese funktionelle Einbuße im Bereich des rechten Schultergelenkes ursächlich anteilig auf die Unfallfolgen und anteilig auf den unfallunabhängigen Schaden zurückzuführen. Entsprechend den gutachterlichen Richtlinien würde die jetzt vorliegende funktionelle Einbuße im Bereich des rechten Schultergelenkes einschließlich der Muskelverschmächtigung eine MdE von 20 v.H. bedingen, wovon 10 v.H. ausschließlich auf die unfallunabhängige Supraspinatussehnenläsion und 10 v.H. ausschließlich auf den Unfall zurückzuführen seien.

Mit Urteil vom 9. Dezember 2009 hat das SG den Bescheid der Beklagten vom 9. November 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Juli 2008 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, dem Kläger aufgrund des Arbeitsunfalles vom 26. März 2007 Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. zu gewähren. Das SG hat hierbei die Auffassung vertreten, dass auf der Grundlage des Gutachtens von Dr. H. festzustellen sei, dass der Kläger bei dem Arbeitsunfall am 26. März 2007 eine Schlüsselbeinfraktur rechts erlitten habe, die Rotatorenmanschettenruptur der rechten Schulter hingegen mangels geeignetem Unfallmechanismus nicht durch den Unfall

verursacht worden sei, der Unfall jedoch zu einer wesentlichen Verschlimmerung des Rotatoren-manschettendefektes geführt habe. Aufgrund der bestehenden Bewegungseinschränkungen, der Fehlstellung und Schmerzhaftigkeit der rechten Schulter gehe deshalb das SG in Übereinstimmung mit Dr. H. davon aus, dass die unfallbedingte MdE 20 v.H. betrage. Hierbei werde auch die Kraftminderung der rechten Schulter in Verbindung mit einer anhaltenden Fehlstellung der rechten Schulter und des Schultergürtels berücksichtigt. Soweit Dr. B. in seiner beratungsrätlichen Stellungnahme die Ansicht vertrete, dass die Ausführungen von Dr. H. medizinisch nicht plausibel seien, habe das SG dem nicht folgen können. In seiner ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 3. Juni 2009 habe Dr. H. zu Recht darauf hingewiesen, dass Dr. B. auf den von Dr. H. erhobenen klinischen Befund nicht wirklich eingegangen sei. Dr. H. habe auch weiter ausgeführt, dass das Ausmaß der Clavicularverletzung rechts durch die erhebliche und einwandfrei dokumentierte Gewalteinwirkung absolut nachvollziehbar sei, insoweit habe es sich beim Kläger eben nicht um eine "normale" Clavicularfraktur gehandelt. Die Verkürzung des rechten Schlüsselbeins sei beim Kläger überdurchschnittlich ausgeprägt. Durch die Verkürzung der Clavicular fehle ein stabilisierender Positionierungsfaktor des rechten Schultergelenks von erheblicher Bedeutung. Die Fehlpositionierung sei mit einer Rotationsbewegung und Kippung des Schulterblattes verbunden.

Die Beklagte hat gegen das ihr mit Empfangsbekanntnis am 15. Februar 2010 zugestellte Urteil am 25. Februar 2010 Berufung eingelegt. Zur Begründung macht die Beklagte geltend, selbst bei Unterstellung einer Impingementsymptomatik wären die unfallunabhängigen wesentlichen Vorschäden im rechten Schultergelenksinnenraum zu berücksichtigen. Die unfallbedingte MdE wäre auch in diesem Fall nur mit 10 v.H. zu bewerten. Es werde in dem Zusammenhang auf die Stellungnahmen von Dr. B. vom 23. April 2009 und 1. Juli 2009 verwiesen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 9. Dezember 2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Klägerbevollmächtigte beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Er hält die Entscheidung des SG für zutreffend. So habe Dr. H. in überzeugender Weise bestätigt, dass maßgeblich für die Überlastungsbeschwerden und entzündlichen Reizerscheinungen der rechten Schulter die im Vergleich zur Verschleißsymptomatik des AC-Gelenkes wesentlich ausgeprägtere Fehlstellung der gesamten Schulter sei und daher von einer unfallbedingten MdE von 20 v.H. auszugehen sei.

Mit Schreiben vom 1. September 2010 wurden die Beteiligten darauf hingewiesen, dass eine Entscheidung durch Beschluss nach [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) in Betracht komme. Den Beteiligten war Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Der Senat konnte nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) über die Berufung ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung ehrenamtlicher Richter durch Beschluss entscheiden, da er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

II.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1 SGG](#) liegt nicht vor. Im Streit steht die dauerhafte Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE um (wenigstens) 20 v.H.

Die Berufung der Beklagten ist jedoch unbegründet. Das SG hat im Ergebnis die Beklagte zurecht zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. verurteilt. Da das SG allerdings keinen Zeitpunkt festgesetzt hat, ab dem die Verletztenrente zu zahlen ist, ist die Berufung mit der Maßgabe zurückzuweisen, dass die Beklagte verurteilt wird, ab dem 6. Oktober 2007 Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu gewähren, da bis zum 5. Oktober 2007 Arbeitsunfähigkeit und damit Anspruch auf Verletzengeld bestand.

Nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte, Anspruch auf Rente, wenn ihre Erwerbsfähigkeit in Folge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist. Ist die Erwerbsfähigkeit in Folge mehrere Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vom-Hundert-Sätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall Anspruch auf Rente. Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern ([§ 56 Abs. 1 Satz 2](#) und 3 SGB VII).

Gemäß [§ 72 SGB VII](#) beginnt eine Rente nach dem Ende des Anspruchs auf Verletzengeld, das bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit bzw. Rehabilitation (s. [§ 46 SGB VII](#)) gezahlt wird. Versicherungsfälle sind gem. [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Nach [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten in Folge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 und 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Unfallereignis) und die Gesundheitsstörung, derentwegen Entschädigungsleistungen begehrt werden, erwiesen sein, d. h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. [BSGE 58, 80, 83](#); [61, 127, 128](#)). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. [BSGE 58, 80, 83](#); [61, 127, 129](#)); das bedeutet, dass unter vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalles mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann

wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSGE 55, 285, 286).

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (grundlegend: Reichsversicherungsamt, AN 1912, S 930 f; übernommen vom BSG in [BSGE 1, 72](#), 76; [BSGE 1, 150](#), 156 f; st. Rspr. vgl. zuletzt BSG vom 12. April 2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - [BSGE 94, 269](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#), jeweils RdNr. 11). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden ([BSGE 1, 72](#), 76).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. dazu nur Heinrichs in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 65. Aufl. 2006, Vorb. v § 249 RdNr. 57 ff m. w. N. sowie zu den Unterschieden [BSGE 63, 277](#), 280 = [SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Anders als bei der für das Zivilrecht maßgebenden Adäquanztheorie (stellvertretend [BGHZ 137, 11](#), 19ff m.w.N.) folgt daraus keine abstrakt-generalisierende Betrachtungsweise; vielmehr ist die Kausalitätsbewertung in der gesetzlichen Unfallversicherung vom ex-post-Standpunkt aus anhand individualisierender und konkretisierender Merkmale des jeweiligen Einzelfalles vorzunehmen. Daher kommt es bei der Wertung im Bereich der Kausalität vor allem darauf an, welche Auswirkungen das Unfallgeschehen gerade bei der betreffenden Einzelperson mit ihrer jeweiligen Struktureigenheit im körperlich-seelischen Bereich hervorgerufen hat (vgl. [BSGE 66, 156](#), 158 = [SozR 3-2200 § 553 Nr. 1](#) m.w.N.). Gleichzeitig ist im Rahmen der gegenseitigen Abwägung mehrerer, zu einem bestimmten "Erfolg" führender Umstände der Schutzzweck sowohl der gesetzlichen Unfallversicherung im Allgemeinen als auch der jeweils anzuwendenden Norm - hier der [§§ 45, 56 SGB VII](#) - zu berücksichtigen. Dies führt zu der Wertbestimmung, bis zu welcher Grenze der Versicherungsschutz im Einzelfall reicht (vgl. insgesamt BSG [SozR 4-2200 § 589 Nr. 1](#) m.w.N.; [SozR 2200 § 589 Nr. 96](#)).

Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, 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 dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. Dass der Begriff der Gelegenheitsursache durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist, berechtigt jedoch nicht zu dem Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen oder besonderen Problemen in der anschließenden Heilbehandlung, ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne weiteres zu unterstellen ist (vgl. insgesamt zum Vorstehenden BSG, Urteile vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#), [B 2 U 40/05 R](#), [B 2 U 26/04 R](#) -, jeweils m. w. N.).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Es gibt aber im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde ([BSGE 19, 52](#) = [SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO](#); BSG Urteil vom 7. September 2004 - [B 2 U 34/03 R](#); zu Berufskrankheiten vgl. [§ 9 Abs. 3 SGB VII](#)). Für die Feststellung dieses Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. [BSGE 19, 52](#) = [SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO](#); [BSGE 32, 203](#), 209 = [SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO](#); [BSGE 45, 285](#), 287 = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#), [BSGE 58, 80](#), 83 = [SozR 2200 § 555a Nr. 1](#)). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom 09.05.2006 [a.a.O.](#) mH auf BSG [SozR Nr 41 zu § 128 SGG](#); BSG [SozR Nr 20 zu § 542 aF RVO](#); [BSGE 19, 52](#) = [SozR Nr 62 zu § 542 aF RVO](#); BSG [SozR 3-1300 § 48 Nr 67](#); Schönberger/Mehrtens/Valentin aaO, Kap 1.8.2, S 119 f; Meyer-Ladewig/ Keller/ Leitherer, SGG, 9. Aufl. 2008, § 128 RdNr. 3c). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG [SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m. w. N.](#)).

Ausgehend von diesen Grundsätzen steht zur Überzeugung des Senates fest, dass der Kläger als unmittelbare Folge des Arbeitsunfalles vom 26. März 2007 eine Clavicularmehrfragmentfraktur rechts erlitten hat, die in Fehlstellung und Verkürzung verheilt ist. Dahingegen ist die daneben bestehende Rotatorenmanschettenruptur der rechten Schulter mangels geeignetem Unfallmechanismus nicht ursächlich auf den Unfall vom 26. März 2007 zurückzuführen.

Nach Auffassung von Dr. H. ist das Ausmaß der Verkürzung, in der die Clavicularmehrfragmentfraktur rechts verheilt ist, nicht oder nur unzureichend festgestellt und vor allem in seinem biomechanischen Auswirkungen berücksichtigt worden. Durch diese Verkürzung der Clavicule besteht als sekundäre Unfallfolge eine deutliche Ventral- und Tieferstellung der rechten Schulter. Diese führt wiederum zu einer kontinuierlichen Einstauchung sowohl des Sternoclavicula- als auch Acromioclaviculagelenkes, also beider Gelenke des Schlüsselbeines. Nach Auffassung von Dr. H. entsteht dadurch ein kontinuierlicher Reizzustand unter dem rechten Schulterdach im Sinne einer chronischen

Bursitis sowie eine vermehrte Beanspruchung des vorderen Anteils der Rotatorenmanschette, welche bereits ruptiert war und im November 2007 operativ versorgt wurde. Die entzündlichen Veränderungen des AC-Gelenkes und Subacromialraumes waren noch in der Kernspintomographie der BG-Klinik vom 5. Oktober 2007 nachweisbar und sind auch bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. H. mit entsprechender klinischer Symptomatik zu finden. Dr. H. geht von Arbeitsunfähigkeit für den Zeitraum vom 26. März 2007 bis 5. Oktober 2007 entsprechend den Feststellungen der BG-Klinik vom 5. Oktober 2007 aus. Für die Zeit danach besteht auch nach seiner Auffassung keine arbeitsunfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr. Für die Zeit nach dem 5. Oktober 2007 schätzt Dr. H. die unfallbedingte MdE auf 20 v.H. aufgrund der bestehenden Bewegungseinschränkung, der Fehlstellung und Schmerzhaftigkeit der rechten Schulter entsprechen den gutachterlichen Tabellen ein. Diese MdE besteht seiner Einschätzung nach bis heute. Begründet wird die unfallbedingte MdE seiner Auffassung nach mit dem vorliegenden Bewegungsumfang, der Schmerzhaftigkeit und der Kraftminderung der rechten Schulter in Verbindung mit einer anhaltenden Fehlstellung der rechten Schulter und des Schultergürtels. Bei der Untersuchung der Schultergelenke aus der Neutralstellung heraus mit Schulterblattbewegung und vorsichtiger Unterstützung erhob Dr. H. folgende Werte: Armhebung nach vorne, rechts 110 und links 160 Grad, Innen-/Außenrotation seitengleich 80/0/25 Grad, Abspreizung seitlich rechts 80 und links 140 Grad. Der Schürzengriff ist beidseits komplett möglich, links jedoch bis zwischen die Schulterblätter und rechts nur mit Erreichen der Gürtelhöhe, Nackengriff rechts gerade noch und links einwandfrei möglich. In 90 Grad Abduktion Innen-/Außenrotation links 60/80 Grad und rechts 30/0/40 Grad.

Den Einwendungen von Dr. B. in seinen Stellungnahmen vom April und Juli 2009 kann der Senat nicht folgen. Insbesondere ist nach Überzeugung des Senates nach den Feststellungen von Dr. H. davon auszugehen, dass das Ausmaß der Claviculafraktur rechts (Fragmentierung in mehrere Bruchstücke) durch die erhebliche und einwandfrei dokumentierte Gewalteinwirkung absolut nachvollziehbar ist. Insofern handelt es sich nicht um eine "normale" Claviculafraktur, wie sie häufig beim Sturz vom Fahrrad oder während des Snowboardens auftritt. Das Ausmaß der Gewalteinwirkung muss nach Auffassung von Dr. H. ausreichend bedacht werden. Im einzelnen verweist er zu den Einwendungen von Dr. B. darauf, dass auch nach nochmaliger Durchsicht der bei der Begutachtung angefertigten Röntgenaufnahmen des rechten Schultergelenkes und Schlüsselbeines er zu dem Ergebnis kommt, dass sowohl die Verkürzung des rechten Schlüsselbeines etwas mehr als 3 cm beträgt, als auch die Verschleißzeichen des Schultergelenkes beim Kläger etwas überdurchschnittlich ausgeprägt sind. Die Gesamtlänge des unverletzten linken Schlüsselbeines hat Dr. H. anlässlich seiner Begutachtung nicht ausgemessen, da dies unüblich ist. Er schätze diesen Wert bei einer Körpergröße von 1,69 m etwa auf 15 cm. Eine Abweichung der Schlüsselbeinlänge um mindestens 25 % ist nach Auffassung von Dr. H. keine "leichte Fehlstellung", wie dies Dr. B. in seinen Stellungnahmen sieht, sondern durchaus relevant. Die funktionellen Auswirkungen der erheblich verkürzten rechten Clavicula auf die Funktion des rechten Schultergelenkes werden nach Auffassung von Dr. H., von Dr. B. fälschlicherweise und ohne Begründung bagatellisiert. Durch die Verkürzung der Clavicula fehlt ein stabilisierender Positionierungsfaktor des rechten Schultergelenkes von erheblicher Bedeutung, welcher wie vom Gutachter Dr. H. beschrieben zu einem Vorwärtswandern und sekundär auch Tieferreten des rechten Schultergelenkes führt. Die Fehlpositionierung ist mit einer Rotationsbewegung und Kippung des Schulterblattes verbunden, welche sekundär zu Überlastungen der dorsalen stabilisierenden Muskelgruppen und schließlich zu einer sogenannten Impingement-Symptomatik sowohl der vorderen Schulterhauptgelenkscapsel als auch des Subacromialraumes führt. Dr. H. hat in dem Zusammenhang auch an seiner Einschätzung festgehalten, dass maßgeblich für die festgestellten Überlastungsbeschwerden und entzündlichen Reizerscheinungen der rechten Schulter beim Kläger die im Vergleich zur Verschleißsymptomatik des AC-Gelenkes wesentlich ausgeprägtere Fehlstellung der gesamten rechten Schulter ist und unter Berücksichtigung dessen an der von ihm festgestellten unfallbedingten MdE um 20 v.H. festgehalten. Entgegen der Auffassung von Dr. B. hat Dr. H. seiner MdE-Einschätzung auch nicht etwa eine mögliche erst in der Zukunft drohende Verschlechterung zugrunde gelegt, sondern vielmehr die aktuelle Situation.

Aus diesen Gründen war daher die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

III.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-01-19