

L 9 U 2720/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 5 U 376/05
Datum
26.03.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 2720/08
Datum
28.06.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung des Klägers werden das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 26. März 2008 aufgehoben und der Bescheid der Beklagten vom 26. November 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Januar 2005 abgeändert.

Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 11. März 2002 auch für die Zeit vom 1. Dezember 2004 bis 23. Dezember 2009 eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten in beiden Rechtszügen zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung von Verletztenrente für die Zeit vom 01.12.2004 bis 23.12.2009.

Der am 10.1.1967 geborene Kläger war bei der B. K. Systeme GmbH B.-B. als Elektriker beschäftigt. Bei der Fahrt zu einem Kunden am 11.03.2002 stolperte der Kläger anlässlich einer Pause auf einem Parkplatz über einen Stein und fiel dabei auf die linke Schulter. Hierbei zog er sich eine Acromio-Calviculargelenksprengung (ACG-Sprengung) der linken Schulter zu (vgl. DA-Bericht von Dr. R. vom 11.3.2002, Nachschaubericht von Prof. Dr. ..., Chefarzt der Sportklinik S., vom 12.3.2002). Vom 13.3. bis 22.3.2002 wurde der Kläger in der Sportklinik S. stationär behandelt. Dort wurde am 14.3.2002 eine operative offene Reposition mit Bandnaht und Hakenplatte vorgenommen. Wegen eines Hakenplattenausrisses erfolgte am 18.3.2002 eine operative Revision, bei der eine 6-Loch-Hakenplatte eingebracht wurde. Anschließend erfolgte eine Nachbehandlung mit einem Gilchristverband für drei Wochen (sowie weitergehende physiotherapeutische Behandlung). Bei der stationären Behandlung vom 10.6. bis 13.6.2002 wurde die Hakenplatte in der Sportklinik Stuttgart entfernt (Entlassungsbericht vom 21.6.2002). Der Arzt für Allgemeinmedizin R. teilte der Beklagten unter dem 4.9.2002 mit, die Abduktion im linken Schultergelenk sei nur bis 80° möglich, die Außen- und Innenrotation sei endgradig eingeschränkt. Der Kläger erhalte Krankengymnastik und Elektrotherapie; die Behandlung dauere noch voraussichtlich 6 bis 8 Wochen. Arbeitsunfähigkeit habe vom 11.3. bis 23.6.2002 bestanden.

Die Beklagte veranlasste eine Begutachtung des Klägers durch den Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. S ... Dieser stellte im Gutachten vom 11.11.2002 beim Kläger eine Bewegungseinschränkung der linken Schulter um ca. 1/3, eine Minderung der groben Kraft des linken Armes, eine 7 cm lange Narbe mit Minderung der Gefühlsempfindung seitlich der Narbe sowie einen schmerzhaften Reizzustand des linken Schultergelenks fest. Er schätzte die MdE vom 23.6.2002 bis 11.10.2002 sowie vom 12.10.2002 bis 28.02.2003 auf 20 vH und danach auf 10 vH. Er empfahl, 20 Einheiten erweiterte ambulante Physiotherapie zu genehmigen, um die volle Beweglichkeit bei gleichzeitigem Aufbau der Muskulatur wiederherzustellen. Auch seien gezielte Maßnahmen zur Reduzierung des schmerzhaften Reizzustandes möglich. Es bestünden Einschränkungen für Überkopparbeiten sowie für das Heben schwerer Lasten. Es werde empfohlen, die vorläufige Rente im Rahmen einer Gesamtvergütung zu gewähren.

Mit Bescheid vom 27.11.2002 anerkannte die Beklagte den Unfall als Arbeitsunfall und gewährte dem Kläger eine Rente als vorläufige Entschädigung in Form einer Gesamtvergütung für die Zeit vom 13.5.2002 bis 28.02.2003 nach einer MdE um 20 vH. Als Folgen des Arbeitsunfalls anerkannte sie: Links: Bewegungseinschränkung des Schultergelenks mit belastungsabhängigen Beschwerden, Gefühlsminderung und Druckschmerzen im Narbenbereich nach operativ versorgter knöchern festverheilte Schulterreckgelenkssprengung.

In einem Befundbericht der Sportklinik S. vom 15.1.2003 wird folgender Befund der linken Schulter beschrieben: Aktive Abduktion 80°, Flexion 100°, passive Abduktion 140°, Flexion 150°, jeweils deutlich Schmerzen bei endgradiger Bewegung, ARO 70°, IRO 80°, grobe Kraft für Abduktion Kraftgrad 4/5, Jobe-Test positiv, Bizepssehnenfunktionstest negativ, deutliche Druckdolenz im Bereich des AC-Gelenkes und

der lateralen Clavikula. Es wurden zunächst Überweisungen zum neurologischen Konsil sowie zur kernspintomographischen Untersuchung veranlasst und eine Re-Arthroskopie geplant.

Im nervenärztlichen Befundbericht vom 3.2.2003 führt Dr. M. aus, beim Kläger sei eine leichte Axillarisläsion links mit entsprechenden sensiblen Störungen im entsprechenden Versorgungsgebiet anzunehmen. Hinweise auf einen motorischen Befund habe er nicht gefunden.

Am 28.2.2003 beantragte der Kläger wegen fortbestehender Beschwerden und starker Bewegungseinschränkung die Weitergewährung der Verletztenrente.

Die Sportklinik S. legte den MRT-Bericht vom 3.2.2003 sowie einen Befundbericht vom 30.4.2003 vor.

Die Beklagte veranlasste eine erneute Begutachtung des Klägers durch Dr. S ... Dieser führte im Gutachten vom 1.8.2003 aus, der Bewegungsumfang der linken Schulter betrage in allen Ebenen addiert 535° (rechts 750°). Der linke Arm könne nur bis 120° seitwärts geführt werden, die Drehbewegung bei anliegendem Arm nach außen sei deutlich eingeschränkt. Er schätze die MdE für die Unfallfolgen vom 1.3.2003 bis 4.7.2003 auf 20 vH und vom 5.7.2003 für ein weiteres Jahr auf 20 vH. Er rechnete mit einer vollständigen Besserung der Nervus-axillaris-Läsion und hielt eine Besserung der Beweglichkeit für wahrscheinlich und empfahl weitere krankengymnastische Maßnahmen.

Mit Bescheid vom 28.08.2003 gewährte die Beklagte dem Kläger im Anschluss an den Gesamtvergütungszeitraum ab 1.3.2003 eine Rente als vorläufige Entschädigung nach einer MdE um 20 vH. Als Folgen des Arbeitsunfalls anerkannte sie am linken Arm: Bewegungseinschränkung des Schultergelenks mit Druckschmerzen, Kraftminderung des Armes, leichte Schädigung des Axillarisnerv mit hierdurch bedingten Empfindungsstörungen und Muskelminderung im Bereich der Schulter.

Wegen anhaltender Beschwerden stellte sich der Kläger in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. vor, die zum Ausschluss eines Thoracic-Outlet-Syndrom (TOS) eine Untersuchung beim Neurologen und Gefäßchirurgen veranlasste (Bericht vom 16.6.2004). Der weiterbehandelnde Chirurg Dr. R. diagnostizierte ein TOS beidseits, das er als unfallunabhängig ansah (Nachschaubericht vom 20.8.2004).

Die Beklagte veranlasste eine Begutachtung des Klägers durch den Chirurgen Dr. D ... Dieser nannte im Gutachten vom 11.10.2004 als Unfallfolgen eine endgradige Bewegungseinschränkung der linken Schulter, eine geringe Kraftminderung des linken Armes, einen Hochstand des linken Schlüsselbeins, eine mäßige Atrophie des Deltamuskels links sowie ein Pelzigkeitsgefühl im Narbenbereich. In der Befundbeschreibung gab er an, die linke Schulter sei passiv frei beweglich, wobei endgradig jedoch Schmerzen angegeben würden; die Abduktion sei aktiv bis 120° möglich, die Rotation sei frei, während er für die Abduktion links im Messblatt 170° angab. Er schätze die MdE auf 20 vH.

Dr. S. führte in der beratungsärztlichen Stellungnahme dazu aus, sofern die mitgeteilten Messwerte so zuträfen, könne eine MdE um 20 vH nicht begründet werden. In der ergänzenden Stellungnahme vom 28.10.2004 erklärte Dr. D., die aktive Abduktion sei links bis 170° möglich; die Angaben im Messblatt seien korrekt.

Nach Anhörung des Klägers teilte die Beklagte ihm mit Bescheid vom 26.11.2004 mit, wegen der Folgen des Arbeitsunfalls bestehe kein Anspruch auf Rente für unbestimmte Zeit. Seine Rente werde ab 1.12.2004 entzogen. Als Unfallfolgen bestünden noch eine geringe Bewegungseinschränkung des Schultergelenks links und eine geringe Kraftminderung des Armes mit Hochstand des körperfernen Schlüsselbeins und belastungsabhängige Beschwerden. Das Nervenkompressionssyndrom beidseits im Schulterbereich sei unfallunabhängig. Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 26.1.2005 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 7.2.2005 Klage zum Sozialgericht (SG) Heilbronn erhoben, mit der er zuletzt die Gewährung von Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 vH ab 1.12.2004 begehrte.

Das SG hat zunächst den Orthopäden Dr. D. mit der Begutachtung des Klägers beauftragt. Dieser hat im Gutachten vom 19.6.2005 ausgeführt, als Folgen des Arbeitsunfalls vom 11.3.2002 lägen beim Kläger eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der linken Schulter, eine Atrophie des Muskulus deltoideus sowie die Sensibilitätsstörungen im Axillarisgebiet vor. Aufgrund seiner Feststellungen beim Ankleiden des Klägers gehe er davon aus, dass eine Abduktion und Flexion des Armes bis mindestens 120° möglich sei und halte die während der Fotodokumentation gezeigten 90-100° Abduktion bzw. Flexion für zu gering demonstriert. Das Einschlagen des Armes bei Überkopftätigkeiten sei sicherlich im Zusammenhang mit den festgestellten beidseitigen TOS zu sehen, das unfallunabhängig sei. Die Möglichkeit, den Arm auf über 90° zu heben (bis maximal 120°), entspreche einer MdE um 10 vH. Diese berücksichtige die bereits benannten Unfallfolgen inklusive die Nervus axillaris-Schädigung. Auffällig sei die demonstrierte Schwäche des gesamten linken Armes (linke Hand, linker Unterarm, Ellbogenkraft), die mit den bisherigen neurologischen Befunden nicht hinreichend erklärt werden könne. Die gute Bemuskelung des linken Armes spreche dabei für einen weitgehend normalen Einsatz des Armes im Alltag. Gegebenenfalls sollte eine neurologische Untersuchung durchgeführt werden.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das SG den Orthopäden Dr. S. mit der Begutachtung des Klägers beauftragt. Dieser hat im Gutachten vom 21.10.2005 folgende Bewegungsausmaße der Schultergelenke erhoben: Vor-/Rückheben rechts 170-0-40°, links aktiv 20-0-90°, passiv 20-0-100°, Armhebung seitlich bei freiem Schulterblatt aktiv rechts 170-0-30°, links aktiv 90-0-20°, passiv 100-0-20°. Die von ihm veranlasste Angiographie habe ergeben, dass kein Thoracic-Outlet-Syndrom auf Gefäßbasis bestehe. Da damit ein Thoracic-Outlet-Syndrom auf Nervenbasis nicht ausgeschlossen sei, sei eine neurologische Untersuchung bei Dr. M. am 5.10.2005 veranlasst worden. Dabei sei eine distale Latenz, motorische NLG des Nervus medianus mit 3,3 m/s festgestellt worden. Diese dürften auf die Medianusschädigung, die auf den operierten Weichteilschädigungen im subclaviculären Bereich beruhten, zurückzuführen sein und würden eine Irritation des Armplexus beim Kläger bewirken. Unter Mitberücksichtigung der postoperativen Axillarissschädigung und der postoperativen unteren Nervenplexusschädigung mit Gefühlsstörung im Ausbreitungsbereich des Nervus axillaris (sensibel) liege beim Kläger seit dem Arbeitsunfall eine MdE um 20 vH vor.

In der ergänzenden Stellungnahme vom 23.6.2006 hat Dr. S. dargelegt, es bestehe definitiv eine Einseitigkeit des TOS auf der linken Seite

und keine Beidseitigkeit, wovon Dr. D. ausgehe. Er bleibe dabei, dass beim Kläger ein TOS links bestehe.

Das SG hat Dr. E., Chefarzt der Klinik für Neurologie am Klinikum am Weißenhof, mit der Begutachtung des Klägers beauftragt. In dem zusammen mit Oberarzt Hellenbarth erstatteten Gutachten vom 14.02.2007 hat er ausgeführt, trotz dreier Schulteroperationen links, zuletzt am 11.6.2002, bestehe eine klinisch und radiologisch eindeutig nachweisbare Fehlstellung des Schultergelenks links mit einer deutlichen Dehiszenz des Gelenks von 1,2 cm. Seitdem habe sich ein Schultertiefstand links von 2,5 cm herausgebildet. Beim Kläger bestehe als weitere Folge des Unfalls vom 11.3.2002 ein posttraumatisches costoclaviculäres Engpasssyndrom mit dynamischer Kompression von Teilen des Plexus brachialis links, wovon insbesondere der mittlere Plexus brachialis, entsprechend dem Versorgungsgebiet der Wurzel C7, betroffen sei. Die typische Anamnese mit bewegungs- und belastungsabhängigen Parästhesien und Hypästhesien im Versorgungsgebiet des mittleren Plexus brachialis links, verbunden mit Schmerzen, die neurologische Untersuchung mit den durchgeführten Provokationstests und der eindrucksvolle radiologische Befund mit dem Nachweis von Verkalkungen im Weichteilgewebe zwischen Clavicula und Rippen, in einem Gebiet, durch das Teile des Plexus brachialis zögen, wiesen dies eindeutig nach. Einzeln und insbesondere in ihrem Zusammenwirken verursachten die bleibende Fehlstellung des Schultergelenks und das posttraumatische costoclaviculäre Engpasssyndrom eine erhebliche Funktionseinschränkung des linken Schultergelenks. Seine Beweglichkeit sei durch eine dynamische Kompression von Anteilen des Plexus brachialis und die Gelenkfehlstellung für Elevation, Abduktion, Außenrotation und Reversion eingeschränkt, hinzu kämen glaubhafte Belastungs- und Ruheschmerzen sowie intermittierende Gefühlsstörungen, die dann auch zu einer vorübergehenden Funktionsstörung der Finger 2 bis 4 der linken Hand führten. Die MdE betrage seit dem Ende der Arbeitsunfähigkeit am 23.6.2002 20 vH.

In der ergänzenden Stellungnahmen vom 20.6.2007 haben Dr. E. und Oberarzt H. ausgeführt, es sei schwierig, die festgestellte MdE in Einzel-MdE-Grade aufzuteilen, da die bewegliche Funktion des Schulter- und Schultergelenks und die bewegungs- und belastungsabhängige Auslösung des dynamischen Nerven-Kompressionssyndroms eine anatomische Funktionseinheit bildeten. Das von ihnen festgestellte posttraumatische costoclaviculäre Engpasssyndrom links gehe in die unfallbedingte Gesamt-MdE von 20 vH mit einer Einzel-MdE von 15 vH ein.

Die Beklagte hat dazu eine Stellungnahme von Prof. Dr. S. vom 14.9.2007 vorgelegt, der darin ausführt, dem Gutachten von Dr. E. sei hinsichtlich der Diagnose eines thorakalen Engpass-Syndroms sowie der Annahme, dass es sich dabei um eine Unfallfolge handle, zu folgen. Nicht zu folgen sei dagegen der MdE-Bewertung, die lediglich mit 10 vH anzusetzen sei. Dr. E. und Oberarzt Dr. H. haben in ihrer weiteren Stellungnahme vom 7.12.2007 an ihrer MdE-Einschätzung von 20 vH festgehalten.

Mit Urteil vom 26.3.2008 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, der Kläger habe keinen Anspruch auf eine Verletztenrente über den 31.12.2003 (gemeint wohl: 30.11.2004) hinaus. Denn nach allen erhobenen Befunden könne er seinen Arm um mehr als 90° vorheben. Eine solche Bewegungseinschränkung (mehr als 90°, weniger als 120°) führe zu einer MdE um 10 vH. Das bei ihm festgestellte TOS führe zu keiner Erhöhung der MdE. Auf die Entscheidungsgründe im Übrigen wird Bezug genommen.

Gegen das am 2.6.2008 zugestellte Urteil hat der Kläger am 9.6.2008 Berufung eingelegt und vorgetragen, die Beweglichkeit des linken Schultergelenks werde zusätzlich durch eine dynamische Kompression von Anteilen des Plexus brachialis sowie durch die Gelenkfehlstellung für Elevation, Abduktion, Außenrotation und Reversion eingeschränkt. Die Nervenkompression und die Schmerzen führten zu einer bewegungs- und belastungsabhängigen Beschwerdeausprägung. Die Beschwerdeausprägung mit Kraftminderung, die Belastungs- und Ruheschmerzen mit intermittierenden Gefühlsstörungen sowie die vorübergehenden Funktionsstörungen der Finger 2 bis 4 an der linken Hand seien typisch für ein TOS. Die Nervenkompressionen seien zusätzlich zur Einschränkung der Schulterbeweglichkeit zu berücksichtigen.

Nachdem am 28.9.2009 eine arthroskopische subacromiale Dekompression und ACG-Resektion durchgeführt worden war, hat der Senat vom Kläger und der Beklagten weitere ärztliche Unterlagen beigezogen: Arztbrief der Arkadenklinik vom 16.6.2009 OP-Bericht der Arkadenklinik vom 28.9.2009 Zwischenbericht der Arkadenklinik vom 29.9.2009 H-Arztbericht von Dr. P. vom 22.11.2007 Verlaufsberichte von Dr. P. vom 5.12.2009, 31.1. und 28.4.2010 Behandlungsaufzeichnung von Dr. P., die Zeit vom 22.11.2007 bis 26.7.2010 betreffend, MRT-Berichte der linken Schulter vom 4.1.2008 und 15.6.2009 DA-Bericht von Dr. J./M./W./Frau M. vom 28.4. und 16.6.2009 Befundbericht Dr. S. vom 24.9.2010.

Mit Bescheid vom 19.10.2010 gewährte die Beklagte dem Kläger ab 24.12.2009 eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 vH. Als Unfallfolgen stellte sie fest: Links: "Bewegungseinschränkung und belastungsabhängige Beschwerden des Schultergelenks, Verkalkung des Schulterdachbandes sowie Hochstand und Verkürzung des seitlichen Schlüsselbeines mit Engpasssymptomatik."

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn von 26. März 2008 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 26. November 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Januar 2005 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm vom 1. Dezember 2004 bis 23. Dezember 2009 eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 vH zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur weiteren Darstellung des Tatbestandes wird auf die Akten der Beklagten, des SG sowie des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist die Entziehung der gewährten Rente als vorläufige Entschädigung mit Wirkung ab 1.12.2004. Auch wenn das primäre Ziel der Weitergewährung der Rente durch das Erheben einer Anfechtungsklage erreicht werden könnte, ist die vom

Kläger erhobene Anfechtungs- und Leistungsklage zulässig, weil die Beklagte mit Bescheid vom 26.11.2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.1.2005 zugleich auch die Gewährung einer Rente für unbestimmte Zeit (sog. Dauerrente) abgelehnt hat (BSG, Urteil vom 5.2.2008 - [B 2 U 6/07 R](#) - in [SozR 4-1300 § 41 Nr. 1](#) und Urteil vom 16.3.2010 - [B 2 U 2/09 R](#) in Juris). Der Bescheid vom 19.10.2010, mit dem dem die Beklagte dem Kläger ab 24.12.2009 eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. gewährt hat, ist nicht gem. [§§ 153 Abs. 1, 96 Abs. 1 SGG](#) Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden. Denn durch diesen Bescheid wurde die Regelung im bisherigen Bescheid nicht abgeändert und erst recht nicht ersetzt. Darüber hinaus war Gegenstand des Berufungsverfahrens ausweislich des gestellten Antrags lediglich die Gewährung von Verletztenrente bis 23.12.2009.

Die Berufung des Klägers ist auch begründet, da der Kläger auch für die Zeit vom 1.12.2004 bis 23.12.2009 Anspruch auf eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. hat.

[§ 62 Abs. 2 Satz 2](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) räumt der Beklagten das Recht ein, bei der erstmaligen Festsetzung der Rente nach der vorläufigen Entschädigung den Vomhundertsatz der MdE abweichend von der vorläufigen Entschädigung festzustellen, auch wenn sich die Verhältnisse nicht geändert haben. Dies muss sie jedoch innerhalb von drei Jahren nach dem Versicherungsfall tun, weil die Rente nach dessen Satz 1 spätestens mit Ablauf von drei Jahren nach dem Versicherungsfall kraft Gesetzes nicht mehr als vorläufige Entschädigung, sondern als Rente auf unbestimmte Zeit geleistet wird. [§ 62 SGB VII](#) verdrängt in seinem Anwendungsbereich die generelle Regelung des [§ 48](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles (Arbeitsunfall) über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nach [§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#) nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern.

Voraussetzung für die Berücksichtigung einer Gesundheitsstörung bzw. Funktionseinschränkung als Unfallfolge bei der Bemessung der MdE ist grundsätzlich u. a. ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis bzw. dem dadurch eingetretenen Gesundheitserstschaden und der fortdauernden Gesundheitsstörung (sog. haftungsausfüllende Kausalität). Dabei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, zu denen - neben der versicherten Tätigkeit - der Gesundheitserstschaden und die eingetretenen fortdauernden Gesundheitsstörungen gehören, mit einem der Gewissheit nahekommenen Grad der Wahrscheinlichkeit erwiesen sein. Für die Bejahung eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Gesundheitserstschaden und den fortdauernden Gesundheitsstörungen gilt in der gesetzlichen Unfallversicherung die Kausalitätstheorie der "wesentlichen Bedingung". Diese hat zur Ausgangsbasis die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob das Ereignis nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (conditio sine qua non). Auf Grund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden, bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen. Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens abgeleitet werden (vgl. die zusammenfassende Darstellung der Kausalitätstheorie der wesentlichen Bedingung im Urteil des BSG vom 9.5.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#) = [BSGE 96, 196-209](#) und juris).

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

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22.6.2004, [B 2 U 14/03 R](#) in [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)): Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel.

Gemessen an den vorstehenden Voraussetzungen hat der Kläger auch für die Zeit vom 1.12.2004 bis 23.12.2009 Anspruch auf eine Verletztenrente. Zu diesem Ergebnis gelangt der Senat insbesondere aufgrund des Gutachtens von Dr. S. vom 2.10.2005 nebst ergänzender Stellungnahme vom 23.6.2006 sowie des Gutachtens von Dr. E. vom 14.2.2007 nebst ergänzenden Stellungnahmen vom 21.3.2007, 20.6.2007 und 7.12.2007.

Bei dem Arbeitsunfall vom 11.3.2002, bei dem der Kläger über einen Stein gestolpert und auf die linke Schulter gefallen ist, hat sich der Kläger eine ACG-Sprengung links zugezogen. Nach einer operativen Reposition mit Bandnaht und Hakenplatte musste wegen eines Ausrisses der Hakenplatte diese erneut implantiert werden. Als Folgen dieses Unfalls hat die Beklagte mit den bindend gewordenen

Bescheiden vom 27.11.2002 und 28.8.2003, mit denen sie dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. (als Gesamtvergütung bzw. vorläufige Entschädigung) gewährt hat, anerkannt: Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks mit belastungsabhängigen Beschwerden, Gefühlsminderung und Druckschmerzen im Narbenbereich nach operativ versorgter knöchern fest verheilter Schulterreckgelenkssprengung (Bescheid vom 27.11.2002) bzw. Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks mit Druckschmerzen, Kraftminderung des linken Armes, leichte Schädigung des Axillarisnervs mit hierdurch bedingten Empfindungsstörungen und Muskelminderung im Bereich der Schulter links (Bescheid vom 28.8.2003).

In der streitigen Zeit ab 1.12.2004 lagen über die von der Beklagten im Bescheid vom 26.11.2004 festgestellten Unfallfolgen (geringe Bewegungseinschränkung des Schultergelenks links, geringe Kraftminderung des Armes mit Hochstand des körperfernen Schlüsselbeinendes und belastungsabhängige Beschwerden) hinaus ein posttraumatisches costoclavikuläres Engpasssyndrom mit dynamischer Kompression von Teilen des Plexus brachialis vor, wovon insbesondere der mittlere Plexus brachialis, entsprechend dem Versorgungsgebiet der Wurzel C7, betroffen war. Dr. E. hat für den Senat nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass hierfür insbesondere die typische Anamnese mit bewegungs- und belastungsabhängigen Parästhesien und Hypästhesien im Versorgungsgebiet des mittleren Plexus brachialis links, verbunden mit Schmerzen, die neurologische Untersuchung mit den durchgeführten Provokationstests und der eindrucksvolle radiologische Befund mit dem Nachweis von Verkalkungen im Weichteilgewebe zwischen Clavicula und Rippen, durch das Teile des Plexus brachialis ziehen, sprechen. Der Beratungsarzt der Beklagten Prof. Dr. S. hat die von Dr. E. gestellte Diagnose eines thorakalen Engpasssyndroms für zutreffend erachtet und auch der Beurteilung von Dr. E. zugestimmt, dass es sich hierbei um eine Folge des Arbeitsunfalls vom 11.3.2002 handelt.

Die beim Kläger ab 1.12.2004 vorliegenden Unfallfolgen bedingen unter Mitberücksichtigung des posttraumatischen costoclavikulären Engpasssyndroms eine MdE um 20 v.H. Die Fehlstellung des Schulterreckgelenks führt zusammen mit dem Engpasssyndrom zu einer erheblichen Funktionseinschränkung des linken Schultergelenks. Die Beweglichkeit des linken Schultergelenks wird aufgrund dessen für die Elevation, Abduktion, Außenrotation und Reversion eingeschränkt. So hat Dr. D. ausweislich seines Gutachtens vom 19.6.2005 beim Kläger folgende Bewegungsausmaße erhoben: Armführung rückwärts/vorwärts: links 20-0-100° (rechts 40-0-170°), Armhebung seitlich bei freiem Schulterblatt/Armspreizung: links 90-0-20° (rechts 170-0-30°). Ähnliche Werte hat auch Dr. S. (Armführung rückwärts/vorwärts: links 20-0-90°, rechts 40-0-170°, Armhebung seitlich bei freiem Schulterblatt/Armspreizung: links 90-0-20°, rechts 30-0-170°) beschrieben. Die von Dr. D. genannten günstigeren Werte von 120° bzw. 170° für das Anheben seitwärts konnten damit nicht bestätigt werden. Soweit Dr. D. vermutet hat, die Bewegungsausmaße beim Kläger seien günstiger als die von ihm (Dr. D.) im Messblatt angegebenen und in der Fotodokumentation belegten, da der Kläger in vermeintlich unbeobachteten Momenten beim Anziehen eines T-Shirts seinen Arm auf ca. 120° abduzieren und leicht flexieren konnte, um in den Arm des T-Shirts zu schlüpfen, belegt dies nicht, dass dies als Dauerleistung möglich ist. Aber selbst wenn man davon ausgehen würde, dass nicht zweifelsfrei belegt ist, dass lediglich ein Vorwärts- und Seitwärtsheben bis 90° möglich ist, ist zu berücksichtigen, dass die Rotation nicht frei ist (Armaußendrehung, Oberarm anliegend: links 20-0-70°, rechts 50-0-80°; Armaußendrehung/Innendrehung, Oberarm 90° abgehoben: rechts 70-0-70°, links - nur bei 70° abgehobenen Oberarm möglich - 30-0-50°). Neben der Einschränkung der Außenrotation kommen die Beeinträchtigungen aufgrund des Engpasssyndroms und der Fehlstellung des Schulterreckgelenkes, nämlich die glaubhaften Belastungs- und Ruheschmerzen sowie intermittierende Gefühlstörungen mit vorübergehenden Funktionsstörungen der Finger 2 bis 4 links hinzu. Angesichts dessen ist der Senat davon überzeugt, dass der beim Kläger vorliegende Befund einer "Bewegungseinschränkung vorwärts/seitwärts 90°, Rotation frei" entspricht bzw. vergleichbar ist, der nach der unfallmedizinischen Literatur (Schönberger/Mehrtens/Va-lentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl., Seite 523) eine MdE von 20 v.H. bedingt. Da die Beurteilung der MdE durch Dr. E. im Gutachten vom 14.2.2007 nebst ergänzenden Stellungnahmen damit in Einklang steht, folgt der Senat seiner Beurteilung auch hinsichtlich der MdE-Bewertung.

Die hiervon abweichende Beurteilung von Prof. Dr. S., der die Ansicht vertritt, die aufgrund des Kompressionssyndroms nachvollziehbaren subjektiven Beschwerden führten zu keiner objektivierbaren Funktionsminderung auf neurologischen Gebiet und seien in der orthopädischen MdE mit enthalten, überzeugt den Senat nicht. Denn auch die subjektiven Beschwerden (Gefühlstörungen, Schmerzen) führen zu Funktionseinschränkungen bei Tätigkeiten mit dem linken Arm, wie Dr. E. in der ergänzenden Stellungnahme vom 7.12.2007 nachvollziehbar dargelegt hat.

Nach alledem war das angefochtene Urteil des SG aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 26.11.2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.1.2005 zu verurteilen, dem Kläger auch für die Zeit vom 1.12.2004 bis 23.12.2009 eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. gewähren.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-07-05