L 10 U 3943/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 2 U 1780/08
Datum
04.05.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 3943/10
Datum
24.01.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 04.05.2010 aufgehoben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 08.11.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 07.03.2008 verurteilt, dem Kläger ab dem 12.03.2007 Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu gewähren.

Die außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Rechtszügen trägt die Beklagte.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Gewährung von Verletztenrente.

Der am 1951 geborene Kläger ist als selbständiger Bauunternehmer bei der Beklagten versichert. Am 26.10.2006 übersah er auf einem Betriebsweg mit seinem LKW an einer Kreuzung einen von rechts auf einer bevorrechtigten Straße kommenden PKW, so dass es zu einem Auffahrunfall kam, bei dem sich der zum Unfallzeitpunkt angegurtete (Bl. 33 VA) Kläger schwere Verletzungen zuzog.

Noch am Unfalltag diagnostizierte Dr. L. in der Kreisklinik O. multiple Rumpfprellungen und eine Nasenbeinfraktur (D-Arztbericht Bl. 1 VA). Im Vordergrund der bis 31.10.2006 erfolgten stationären Überwachung standen Wirbelsäulenbeschwerden und der Ausschluss einer visceralen Verletzung. Schmerzen und eine erhebliche Bewegungseinschränkung im linken Schultergelenk, die nach dem Vorbringen des Klägers seit dem Unfall bestanden (Bl. 15 SG-Akte), wurden ärztlicherseits erstmalig am 03.11.2006 dokumentiert (aktive Abduktion 50°, Zwischenbericht Dr. L. Bl. 44 VA). Kernspintomographisch zeigten sich am 16.11.2006 eine deutliche entzündlich-ödematöse Veränderung der Supraspinatussehne nebst deutlicher angrenzender Weichteilschwellung, ein deutliches Muskelödem im Muskelsehnenübergang und im Muskel selbst sowie eine AC-Gelenksreizung bei AC-Gelenksarthrose mit Gelenkerguss in der Gelenkkapsel (Arztbrief des Radiologen Dr. E. Bl. 23 VA). Die Radiologen Dres. W./H. sahen nach einer erneuten Kernspintomographie der linken Schulter am 05.03.2007 eine Partialläsion der Supraspinatussehne (Impingement Grad II) bei prädisponierend engem subacromialen Raum und AC-Gelenksarthrose, eine bursale Reizreaktion sowie einen deutlichen, vermutlich noch posttraumatischen Gelenkerguss (Arztbrief Bl. 61 VA). Nach ambulanter Vorstellung des Klägers am 09.03.2007 ging Dr. L. von einem abgeklungenem Muskelödem aus und stellte eine Abduktionsfähigkeit mit 90° fest. Er attestierte Arbeitsfähigkeit ab dem 12.03.2007 (Bl. 63 VA) und teilte mit, der Kläger nehme am Montag, den 19.03.2007 seine Arbeit wieder auf (Bl. 62 VA). Nach eigenen Angaben nahm der Kläger seine Tätigkeit mit erheblichen Einschränkungen wieder auf (Bl. 79 LSG-Akte). Die Beklagte gewährte dem Kläger Verletztengeld vom 26.10.2006 (Bl. 48 VA) bis 11.03.2007 (Bl. 69 VA).

In dem von der Beklagten eingeholten unfallchirurgischen Zusammenhangsgutachten gelangte der Chefarzt des Krankenhauses St. E. R. , Prof. Dr. M. , nach Untersuchung des Klägers im Juli 2007 zu der Einschätzung, dass der Verkehrsunfall zu einer Prellung der linken Schulter mit Beweglichkeitseinschränkung und kernspintomographisch nachweisbarem Ödem in der Schultermuskulatur geführt habe. Die daneben durch bildgebende Verfahren festgestellten Veränderungen im Schultereckgelenk und vor allem in der Supraspinatussehne seien degenerativer Art. Insoweit ging Prof. Dr. M. von einem ungeeigneten Unfallereignis und angesichts fehlender Vorbeschwerden von dem bekannten Umstand aus, dass degenerative Veränderungen in der Rotatorenmanschette häufig gar nicht bemerkt würden oder zumindest nicht als Anlass genommen würden, sich in ärztlicher Behandlung zu begeben. Darauf gestützt schlug Dr. K. der Beklagten beratungsärztlich vor, eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit wegen des durch den Unfall bedingten Muskelödems nach Schulterkontusion bei bestehendem Vorschaden bis 11.03.2007 anzuerkennen (Bl. 132 VA).

Mit Bescheid vom 08.11.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 07.03.2008 (abgesandt am 10.03.2008) lehnte die Beklagte die Gewährung einer Verletztenrente ab. Sie ging lediglich von einer unfallbedingten Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit bis

11.03.2007 aus.

Gegen den Widerspruchsbescheid hat der Kläger mit dem in der ersten Aprilwoche 2008 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben vom 02.04.2008 "Widerspruch" erhoben. Die Beklagte hat das Schreiben als Klage an das Sozialgericht Ulm weitergeleitet. Das Sozialgericht hat den Leitenden Oberarzt der Kreisklinik O. Dr. B. schriftlich als sachverständigen Zeugen befragt. Dieser hat die Schulterkontusion auf den erlittenen Unfall zurückgeführt und im Übrigen die Supraspinatussehnenpartialläsion, die AC-Gelenksarthrose und Bursitis als rein degenerativ erachtet.

Mit Urteil vom 04.05.2010 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Nach dem überzeugenden Gutachten von Prof. Dr. M. sei es bei dem Unfall lediglich zu einer Prellung der linken Schulter mit Bewegungseinschränkung und kernspintomograpisch nachweisbarem Ödem in der Schultermuskulatur gekommen. Diese Verletzungsfolgen seien nicht schwerwiegend und folgenlos ausgeheilt.

Gegen das ihm am 22.07.2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am 19.08.2010 unter Hinweis auf fortbestehende enorme Probleme an der linken Schulter Berufung eingelegt.

Der Senat hat zunächst das Vorerkrankungsverzeichnis der A. B. die Gesundheitskasse Direktion M. beigezogen und den Allgemeinmediziner und Chirotherapeuten Dr. S. , den Kardiologen und Internisten Dr. G. sowie den Chirurgen und Orthopäden Dr. T. schriftlich als sachverständige Zeugen befragt. Ferner sind die erstellten bildgebenden Befunde, der Operationsbericht und die Patientenakte des Klinikums O. beigezogen worden. Hinweise auf vorbestehende Beschwerden an der linken Schulter haben sich dabei nicht ergeben.

Sodann hat der Senat den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Prof. Dr. L. mit der Erstellung eines fachorthopädisch-unfallchirurgischen Gutachtens beauftragt. Dieser hat nach Untersuchung des Klägers im September 2011 im Bereich der linken Schulter eine Muskelminderung, eine Bewegungsstörung, eine hochgradige aktive und endgradige passive Bewegungseinschränkung (aktiv vorwärts bis 80°, aktiv seitwärts bis 90°, Rotation bei 90° abgespreiztem Oberarm nicht möglich), Bewegungsschmerzen und eine Kraftminderung bei knöcherner Einengung des Gleitraumes für die Rotatorenmanschette unter dem Schulterdach, Sehnenveränderungen und eine Gelenksarthrose diagnostiziert. Unter Berücksichtigung der Beschwerdefreiheit bis zum Zeitpunkt des Unfalls, des unmittelbaren Eintretens der Beschwerden nach dem Unfall einerseits und dem für eine Schädigung der Rotatorenmanschette seiner Auffassung nach nicht geeigneten Verletzungsmechanismus sowie den in den bildgebenden Befunden beschriebenen ausgeprägten Verschleißveränderungen andererseits ist er zu der Auffassung gelangt, dass sich der Kläger bei dem Unfall eine schwere Prellung oder Quetschung der linken Schulter zugezogen habe, ohne dass es jedoch zu strukturellen Schäden im Bereich des Oberarmkopfes, der Rotatorenmanschette, des Schulterdachs und/oder des Schultereckgelenks gekommen sei - die Sehnenveränderungen hat er dementsprechend als degenerativ bewertet. Allerdings hat er die bei der Untersuchung festgestellten Bewegungsstörungen durch die objektivierbaren Veränderungen des Haltungs- und Bewegungsapparats für nicht erklärt erachtet und den Verdacht geäußert, dass es bei der direkten Gewalteinwirkung zu einer Schädigung des Arm-Nerven-Geflechts (Plexus brachialis) gekommen sein könnte. Losgelöst von der Frage der Ursächlichkeit hat er die Bewegungsstörung mit einer MdE um 20 v.H. bewertet.

Deswegen hat der Senat den Leiter der Gutachtensstelle der Neurologischen Universitätsklinik H. , Prof. Dr. M. , mit der Erstellung eines neurologischen Gutachtens nebst neurophysiologischen Zusatzgutachten beauftragt. Elektrophysiologisch hat er als einzigen objektiven unfallassoziierten Befund eine floride Denervierung (partieller oder kompletter Funktionsausfall eines Organs bzw. Organsystems; Quelle: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage, Sichtwort "Denervierung") des Infraspinatusmuskels vorgefunden. Zur Erklärung der Differenz zwischen den umfangreichen Kraftminderungen des linken Schultergürtels und linken Oberarms und diesem pathologischen Befund hat er angenommen, dass sich eine traumatische Armplexusläsion partiell zurückgebildet habe und ein Schmerzsyndrom mit schmerzbedingter Minderinnervation verblieben sei. In der medizinisch-wissenschaftlichen Literatur gebe es zahlreiche epidemiologische Untersuchungen zur Ursache von Armplexusläsionen durch Verkehrsunfälle, beispielsweise als Gurttrauma während eines Auffahrunfalls. Die im November 2006 im MRT-Befund beschriebenen ödematösen Veränderungen hat er als Denervierungsödem bei Teilläsion des Plexus brachialis bewertet und darauf hingewiesen, dass eine Neubefundung der Bilder unter diesem Aspekt eventuell einen Erkenntnisgewinn bringen könnte.

Dies hat den Senat veranlasst, den Leiter der Sektion Neuroradiologie, diagnostische und interventionelle Radiologie der Neurochirurgischen Klinik der Universität U. im Bezirkskrankenhaus G. , Prof. Dr. S. , mit der Erstellung eines radiologischen Gutachtens zu beauftragen. Dieser hat die vorhandenen bildgebenden Befunde sowie ein neu angefertigtes MRT vom 05.06.2012 ausgewertet. Eine direkte Läsion des Plexus brachialis hat er für unwahrscheinlich erachtet, obwohl Läsionen in dazwischen liegenden Bereichen nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden könnten. Die bildgebenden Befunde sprächen für traumatisch verursachte Ödeme der Muskeln infraspinatus und teres minuor im Rahmen einer partiellen Sehnenansatzruptur. Auch wenn dies nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden könne, stellten sich diese Ödeme nicht wie typische Denervierungsödeme dar. Prof. Dr. L. habe zwar eine Verletzung der Rotatorenmanschette im Sinne einer Zerreißung als unwahrscheinlich beschrieben. Er habe sich jedoch nur mit der kompletten Zerreißung befasst. Eine kleinere Teilläsion im Sinne einer Partialruptur am Sehnenansatz sei aber auch ohne größere sichtbare Hämatome denkbar. Darüber hinaus bestünden degenerative Veränderungen im Sinne eines Impingement-Syndroms bei subacromialer Enge.

In seiner ergänzenden Stellungnahme hat Prof. Dr. M. hierzu ausgeführt, dass die beiden Muskeln, die auch nach Ansicht von Prof. Dr. S. ein Ödem zeigten, einen gemeinsamen Ausgangs- und Ansatzpunkt, eine gemeinsame Funktion und eine komplizierte Nervenversorgung hätten. Ein deutliches Muskelödem sei ohne weitere Begleitphänomene seines Erachtens ganz ungewöhnlich. Die mit Abstand nächst liegende Erklärung sei, dass es sich hier tatsächlich, wie bereits in seinem Hauptgutachten ausgeführt, um ein Denervierungsödem handele. Eine direkte Kontusion dieser beiden tief liegenden Muskeln in toto ohne entsprechende Kontusionsspuren in den darüber liegenden Muskeln sei völlig undenkbar. Eine Sehnenansatzruptur halte er, wie Prof. Dr. S. , für denkbar, auch wenn bei einer Sehnenruptur, die zwei Muskeln deutlich beeinträchtige, weitere, hier jedoch nicht erkennbare Strukturmerkmale einer solchen Ruptur zu fordern seien. Eine Zerrungsschädigung, der in Gelenknähe exponiert und kompliziert verlaufenden Versorgungsnervenäste dieser Muskeln, halte er dagegen für problemlos möglich. Dies umso mehr, als er bei seiner Untersuchung eindeutig pathologische Veränderungen des Musculus infraspinatus festgestellt habe. Es gebe also mehrere gute Gründe, die Denervierungshypothese zu favorisieren und die anderen - vielleicht denkbaren aber eben nicht sonderlich realistischen - Möglichkeiten zu verwerfen. Dass Prof. Dr. S. die von ihm postulierte nervale Schädigung nicht

darstellen könne, sei nicht weiter verwunderlich, da es sich bei der Schädigung mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht um einen Wurzel- oder Nervenabriss, sondern lediglich um eine Teilläsion von Nervenendästen oder -faszikeln gehandelt habe. Den Schädigungsmechanismus könne man sich entweder als direkte Traumatisierung oder als mit Verzögerung einsetzende Folge einer schwellungsbedingten Kompression von Nervenästen hypothetisieren. Gegen eine direkte Traumatisierung spreche zweifellos, dass der Kläger die Armheberlähmung nicht sofort bemerkt habe. Zusammenfassend sei es auch nach Ansicht des neuroradiologischen Gutachters zu einer - wie auch immer gearteten - traumatischen Schädigung der genannten Muskeln gekommen, deren Konsequenzen klinisch, elektromyographisch und kernspintomographisch bis heute eindeutig nachweisbar und deshalb MdE-relevant seien. Das Schädigungsmuster entspreche dem bei einer Teilläsion des oberen Plexus brachialis, weshalb eine MdE um 20 v.H. angemessen sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 04.05.2010 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 08.11.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.03.2008 zu verurteilen, ihm Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v.H. ab dem 12.03.2007 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte trägt zur Erwiderung vor, sowohl die Annahme einer Sehnenteilruptur (Prof. Dr. S.) als auch einer Nervenläsion (Prof. Dr. M.) seien reine Mutmaßung, die sich nicht durch objektive Befunde sichern lasse. Da mithin nicht eindeutig zu klären sei, ob beim Kläger eine unfallbedingte Schädigung der linken Schulter vorliege, müsse die Kausalitätsfrage im Hinblick auf die im Bereich der linken Schulter des Klägers vorgefundenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen weiterhin verneint werden.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144, 151 SGG zulässige Berufung des Klägers ist begründet. Das Sozialgericht hätte die Beklagte zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. verurteilen, den angefochtenen Bescheid somit aufheben müssen.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, haben nach § 56 Abs. 1 Satz 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Anspruch auf eine Rente.

Versicherungsfälle sind nach § 7 Abs. 1 SGB VII Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind nach § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit).

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3, 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit; § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls i.S. des § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII (zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führt) ist danach in der Regel erforder¬lich (BSG, Urteil vom 12.04.2005, B 2 U 11/04 R in SozR 4-2700 § 8 Nr.14), dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzu¬rechnen ist (innerer bzw. sach¬licher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zum Unfallereignis geführt hat und letzteres einen Gesundheits(-erst-)schaden oder den Tod des Versicherten ver¬ursacht (haftungsbegründende Kausalität) hat. Das Entstehen von länger andauernden Unfall¬folgen auf Grund des Gesundheits(-erst-)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist nicht Vor¬aussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gilt wie allgemein im Sozialrecht für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden die Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 12.04.2005, B 2 U 27/04 R in SozR 4-2700 § 8 Nr. 15). Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden schon aus diesem Grund nicht ursächlich. Andernfalls ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob das versicherte Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinn), z.B. Krankheitsanlagen, so war die versicherte Ursache wesentlich, sofern die unversicherte Ursache nicht von überragender Bedeutung war. Eine überwiegende oder auch nur gleichwertige Bedeutung der versicherten gegenüber der konkurrierenden Ursache ist damit für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs nicht Voraussetzung.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbe-gründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit) und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung 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. u. a. BSG, Urteil vom 30.04.1985, 2 RU 43/84 in SozR 2200 § 555a Nr. 1). 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. BSG, Urteil vom 30.04.1985, a.a.O.); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, B 2 U 47/98 R in SozR 3-1300 § 48 Nr. 67; Urteil vom 02.05.2001, B 2 U 16/00 R in SozR 3-2200 § 551 Nr. 16). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende

Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.1988, 2/9b RU 28/87 in SozR 2200 § 548 Nr. 91). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, 2 RU 31/90 in SozR 3-2200 § 548 Nr. 11).

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 22.06.2004, 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.

Hier ist zwischen den Beteiligten unstreitig und steht auch für den Senat ohne Zweifel fest, dass der Kläger am 26.10.2006 einen Arbeitsunfall erlitt.

Unter Anwendung der dargestellten Grundsätze steht dem Kläger wegen diesem Arbeitsunfall Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu. Denn der Senat ist davon überzeugt, dass als Folge dieses Unfalls beim Kläger eine - so Prof. Dr. M. - floride Denervierung des Infraspinatusmuskels und ein Schmerzsyndrom mit schmerzbedingter Minderinnervation verblieben sind, die die von Prof. Dr. L. beschriebene Muskelminderung, Bewegungsstörung, hochgradige Bewegungseinschränkung, Bewegungsschmerzen und Kraftminderung erklären. Am Vorliegen dieser Störungen hat der Senat keine Zweifel. Auch die Beklagte hat sie nicht in Frage gestellt, vielmehr lediglich keine ausreichend nachgewiesenen Ansatzpunkte gesehen, um diese Störungen als traumatisch bedingt anzusehen.

Prof. Dr. M. hat, wie im Übrigen bereits von Prof. Dr. L. für naheliegend erachtet, aber für den Senat schlüssig und überzeugend dargelegt, dass die eben beschriebenen Störungen auf eine zwischenzeitlich weitgehend zurückgebildete traumatische Schädigung der oberen Anteile des linken Plexus brachialis und einer Teilläsion des Nervus suprascapularis links als Gesundheitserstschaden zurückzuführen sind. Seine Auffassung stützt sich auf das Ergebnis zahlreicher epidemiologischer Studien zur Ursache von Armplexusläsionen durch Verkehrsunfälle, z.B. durch ein Gurttrauma. Der Kläger war, wie sich aus den polizeilichen Unterlagen ergibt, zum Unfallzeitpunkt angegurtet. Die im November 2006 im MRT beschriebenen ödematösen Veränderungen sind als Denervierungsödem bei Teilläsion des Plexus brachialis zu werten. Nachdem der Kläger eine Armheberlähmung nicht sofort bemerkte - was nach der ständigen Rechtsprechung des Senats ("plötzliche Funktionseinschränkung") auch gegen eine traumatische Sehnenverletzung spricht (u.a. Urteil vom 24.06.2010, L 10 U 2320/09) - ist als Schädigungsmechanismus von einer schwellungsbedingten Kompression der Nervenäste auszugehen. Die auch nach Ansicht von Prof. Dr. S. ödematös veränderten Muskeln infraspinatus und teres minor haben einen gemeinsamen Ausgangs- und Ansatzpunkt und insofern, als die aus zwei unterschiedlichen und getrennt verlaufenden Nerven entspringenden Muskeläste zu diesen beiden Muskeln eine Verlaufsumkehr zeigen, eine komplizierte Nervenversorgung. Für ein Denervierungsödem und gegen das von Prof. Dr. S. vornehmlich gesehene Muskelödem im Rahmen einer partiellen Sehnenansatzruptur spricht, dass - so Prof. Dr. M. weiter - ein deutliches Muskelödem ohne weitere Begleitphänomene ganz ungewöhnlich ist. Eine direkte Kontusion der beiden betroffenen, tief liegenden Muskeln in toto ist, ohne dass in den darüber liegenden Muskeln entsprechende Kontusionsspuren nachweisbar sind, nicht denkbar. Für eine Sehnenansatzruptur, die zwei Muskeln deutlich beeinträchtigt, fehlt es - so letztlich übereinstimmend Prof. Dr. M. und Prof. Dr. L. - an entsprechenden Strukturmerkmalen, wie z.B. eine Einblutung oder eine nachgewiesen gerissene Sehne. Für eine Zerrungsschädigung der in Gelenknähe exponiert verlaufenden Versorgungsnervenäste der ödematös veränderten Muskeln sprechen vor allem die von Prof. Dr. M. elektromyographisch eindeutig festgestellten pathologischen Veränderungen am Infraspinatusmuskel.

Prof. Dr. S. hat zwar entgegen Prof. Dr. M. eine direkte Läsion des Plexus brachialis in seinem radiologischen Gutachten für unwahrscheinlich erachtet. Nachdem er jedoch Läsionen in "dazwischen liegenden Bereichen" nicht sicher ausgeschlossen hat, hindert dies den Senat nicht daran von einer solchen Läsion auszugehen. Insoweit hat Prof. Dr. M. nachvollziehbar dargelegt, dass es nicht verwunderlich ist, dass auf den von Prof. Dr. S. im Juni 2012 angefertigten Kernspintomogrammen keine nervale Schädigung zur Darstellung kam. Denn es handelte sich bei der hier anzunehmenden Schädigung nicht um einen Wurzel- oder Nervenabriss, sondern nur um eine Teilläsion von Nervenendästen oder -faszikeln mit deren Darstellbarkeit sechs Jahre nach dem Unfallereignis nicht mehr zu rechnen ist. Insoweit sind auch weitere Ermittlungen, wie Prof. Dr. M. angibt, nicht erfolgversprechend und damit nicht angezeigt.

Soweit die Beklagte wegen den von den Sachverständigen verwandten Formulierungen eingewandt hat, bei der Annahme einer Nervenläsion handle es sich - genauso wie bei der von Prof. Dr. S. angenommenen Sehnenteilruptur - um eine reine Mutmaßung, die sich nicht durch objektive Befunde sichern ließen, folgt dem der Senat nicht. Es trifft zwar zu, dass Prof. Dr. M. zur Begründung seiner Auffassung wiederholt auf "wahrscheinliche" Vorgänge hingewiesen (z.B. "wahrscheinliche Erklärung ", Bl. 154 LSG-Akte) und von einer "Denervierungshypothese" (Bl. 206 LSG-Akte) gesprochen hat. Die Beklagte übersieht jedoch, dass zwischen Prof. Dr. L. , Prof. Dr. M. und Prof. Dr. S. Einigkeit darüber besteht, dass die nun schon seit Jahren bestehenden Beschwerden des Klägers an der linken Schulter auf den Arbeitsunfall zurückzuführen sind, entweder als Folge einer Armplexusläsion (so Prof. Dr. L. und Prof. Dr. M.) oder als Folge einer Sehnenteilruptur (so Prof. Dr. S.). An der Richtigkeit dieser Grundannahme gibt es keine Zweifel.

Nach den durchgeführten Ermittlungen ist hinsichtlich des linken Schultergelenks die vom Kläger angegebene Beschwerdefreiheit belegt.

Weder seinem Vorerkrankungsverzeichnis noch den sachverständigen Zeugenaussagen der vorbehandelnden Ärzte gegenüber dem Senat lassen sich Hinweise auf vorbestehende Beschwerden entnehmen. Für den Senat steht somit fest, dass die in Rede stehenden Beschwerden im Bereich der linken Schulter erst seit dem Unfall bestehen.

Der Kläger zog sich - so Prof. Dr. L. - bei dem Unfall im Oktober 2006 eine schwere Prellung oder Quetschung der linken Schulter zu. Prof. Dr. M. führte die am 16.11.2006 kernspintomographisch festgestellten ödematösen Veränderung auf dieses Ereignis zurück. Selbst der Beratungsarzt Dr. K. bejahte angesichts des Muskelödems eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis 11.03.2007 (Bl. 132 VA). Auch daraus erschließt sich zwanglos die erhebliche Traumatisierung des Schulterbereiches bei dem Arbeitsunfall.

Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass die am linken Schultergelenk des Klägers bestehenden, jedoch als degenerativ - mithin nicht unfallbedingt - zu bewertenden Sehnenveränderung und arthrotischen Veränderungen sowie die knöcherne Enge des Gleitraums der Rotatorenmanschette die erheblichen Bewegungsstörungen des Schultergelenks gerade nicht erklären. Der Senat entnimmt dies dem überzeugenden Gutachten von Prof. Dr. L. , der als ausgewiesener Spezialist und sehr erfahrener Sachverständige bei Schulterbeschwerden hier insbesondere auf eine eindeutige Muskelasymmetrie und ein untypisches Mitbewegen des Schulterblattes mit Abstehen des unteren Schulterrandes hingewiesen hat. Der Auffassung des sachverständigen Zeugen Dr. Bischoff, der die fortbestehenden Beschwerden des Klägers offensichtlich allein den eben genannten degenerativen Veränderungen bzw. der Enge im Schultergelenk zugeordnet hat, vermag der Senat vor diesem Hintergrund nicht zu folgen. Mithin muss die nachgewiesenermaßen erfolgte Traumatisierung zu (weiteren) Schäden geführt haben, die das überdauernde Störungsbild bedingen.

Unter Berücksichtigung dieser Erwägungen ist der Senat im Rahmen der gerichtlicherseits vorzunehmenden Beweiswürdigung davon überzeugt, dass die von Prof. Dr. M. dargestellte "Denervierungshypothese" richtig ist. Prof. Dr. M. hat hierzu - wie bereits dargestellt - ausreichende Argumente angeführt und im Übrigen die anderen von ihm als "denkbar" bezeichneten Möglichkeiten, also auch die Annahme einer traumatischen Sehnenansatzruptur mit entsprechenden Folgen, als nicht realistisch verworfen. Mithin hat sich der Sachverständige klar festgelegt und damit bestätigt, was schon Prof. Dr. L. angenommen hat. Die Bezeichnung als "Hypothese" etc. sieht der Senat dabei dem Umstand geschuldet, dass es seinen nachvollziehbaren Ausführungen zufolge vorliegend nicht mehr möglich ist, nach über sechs Jahren eine inzwischen weitgehend zurückgebildete Teilläsion von nur 1-2 mm dicken Nervenendästen oder -faszikeln bildgebend darzustellen. Dieser Mangel steht der Überzeugungsbildung des Senats jedoch nicht entgegen.

Doch selbst wenn man wie die Beklagte im Schriftsatz vom 20.11.2012 wegen des Hinweises von Prof. Dr. S. , dass sich die Ödeme in der Bildgebung im Jahr 2006 nicht als typische Denervierungsödeme darstellten und es auch an Denervierungsödemen anderer Muskel fehle, davon ausginge, dass sowohl die Annahme einer Sehnenteilruptur (Prof. Dr. S.) als auch die Annahme einer Nervenläsion (Prof. Dr. M.) "reine Mutmaßung" seien, wären die oben beschriebenen Funktionsstörungen auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Denn auch Prof. Dr. S. sieht die Sehnenteilruptur - in freilich, wie die Beklagte wegen der fehlenden initialen Pseudolähmung selbst einräumt, wenig überzeugender Abweichung zu Prof. Dr. L. - als unfallbedingtes Geschehen an, dem er ausdrücklich auch die ödematösen Veränderungen des noch immer geschädigten Infraspinatusmuskels und des Muskels teres minor zuordnet. Wenn aber bei einem unaufklärbaren Sachverhalt jede in Betracht kommende Variante dazu führt, dass von traumatisch bedingten Funktionsstörungen auszugehen ist, ist dies im Wege der Wahlfeststellung anzunehmen (zur Wahlfeststellung bei Prüfung des Versicherungsschutzes: BSG, Urteil vom 27.06.2000, B 2 U 23/99 R in SozR 3-2200 § 548 Nr. 39). Da sowohl Prof. Dr. M. als auch Prof. Dr. S. ein wesentlich traumatisch geprägtes Geschehen annehmen und die übrigen "eindeutig" degenerativen Veränderungen (AC-Gelenkarthrose) bzw. besonderen prädisponierenden Anlagen (Enge im Schultergelenk) die Funktionsstörungen nicht erklären (so Prof. Dr. L. , s.o.), wären die Voraussetzungen für eine solche Wahlfeststellung hier gegeben.

Die oben genannten Funktionsstörungen bedingen nach übereinstimmender Auffassung von Prof. Dr. L. und Prof. Dr. M. eine MdE um 20 v.H. Diese überzeugende Einschätzung steht im Einklang mit der unfallmedizinischen Literatur. Zwar ist in Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, S. 523 bei einer Bewegungseinschränkung vorwärts/seitwärts bis 90° schon bei freier Rotation eine MdE um 20 v.H. vorgeschlagen. Soweit beim Kläger seitens Prof. Dr. L. eine eingeschränkte Rotation beschrieben worden ist, rechtfertigt dies jedoch noch keine MdE um 30 v.H. Eine solche ist erst bei einer Schultergelenkversteifung (30° Abduktion) oder bei einer Oberarmkopfprothese mit Bewegungseinschränkung und Kraftminderung vorgesehen. Der Kläger ist demgegenüber besser gestellt.

Der Anspruch auf Verletztenrente beginnt gemäß §§ 72 Abs. 1 Nr. 1, 46 Abs. 3 Nr. 1 SGB VII am 12.03.2007 im Anschluss an die Verletztengeldgewährung. Für diesen Tag attestierte Dr. L. Arbeitsfähigkeit.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2013-02-01