L 6 U 4997/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 13 U 5151/11
Datum
11.10.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 4997/13
Datum
22.01.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Die Höhe der MdE richtet sich bei Schulterverletzungen maßgeblich nach den Bewegungseinschränkungen, wobei eine MdE um 20 v. H. ab einem Bewegungsmaß bei der Armhebung vorwärts/seitwärts bis 90° in Betracht kommt. Wenn die Beweglichkeit insoweit schmerzfrei möglich ist, insbesondere der dann einsetzende Schmerz nicht von einer solchen Intensität ist, dass deshalb die weitere Anhebung verweigert worden wäre, kommt keine Erhöhung der MdE in Betracht. Eine fehlende ventrale Stabilität des Gelenks mit bewegungsgedingter Schmerzsymptomatik muss erfahrungsgemäß auch zu einer Verschmächtigung der Muskulatur führen.
Auf die Berufung des Klägers werden der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 11. Oktober 2013 und der Bescheid vom 4. März 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 2011 teilweise aufgehoben und die Beklagte verurteilt, als weitere Folge des Arbeitsunfalles vom 10. Februar 2010 eine Muskelteilruptur des distalen Muskulus subscapularis festzustellen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt 1/10 der außergerichtlichen Kosten des Klägers beider Instanzen.

Tatbestand:

Im Streit steht die Feststellung von Unfallfolgen sowie die Gewährung einer Verletztenrente aufgrund eines von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfalles.

Der am 22.08.1955 geborene Kläger ist als gelernter Karosseriebauer bei der D. AG, einem Mitgliedsunternehmen der Beklagten, zuletzt im Kundendienst in der Auftragsannahme beschäftigt.

Ausweislich des am 10.02.2010 bei der Beklagten eingegangenen Durchgangsarztberichtes der Chirurgischen Praxis Dr. N., S. stellte sich der Kläger am selben Tage um 16:02 Uhr in der Praxis vor und gab an, am 10.02.2010 um 9:35 Uhr auf dem Werksgelände des Betriebes auf einer Eisplatte ausgerutscht und auf die rechte Schulter gefallen zu sein. Befundet wurden eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung des rechten Armes im Schultergelenk in alle Richtungen, Haarknotengriff und Schürzenbindegriff aktiv und passiv nicht möglich, äußerlich keine Verletzungszeichen sowie Sensibilität und Pulsationen ohne Befund. Nach radiologischer Untersuchung diagnostizierte der Durchgangsarzt eine Prellung der rechten Schulter sowie einen Verdacht auf Rotatorenmanschettenruptur rechts (Durchgangsarztbericht vom 10.02.2010).

Die weitere Behandlung erfolgte im Wesentlichen durch den Chirurgen Dr. L., bei dem sich der Kläger erstmals am 12.02.2010 vorstellte. In der/dem von ihm veranlassten Magnetresonanztomographie/Magnetresonanztomogramm (MRT) der rechten Schulter vom 17.02.2010 erkannte der Radiologe Dr. S. eine traumatische Ruptur der Sub¬scapularissehne distalseitig mit Retraktion und ödematöser Verquellung sowie eine Muskelteilruptur des distalen Muskulus subscapularis, eine ausgeprägte aktivierte AC-Gelenksarthrose, eine Tendinopathie und einen partiellen Teil-Riss der distalen dorsalen Anteile der Supraspinatussehne, eine Bursitis subacromialis/subdeltoidea, eine aktivierte hypertrophe AC-Gelenksarthrose, ein Bone "groß" (gemeint wohl "bruise") des dorsalen Humeruskopfes sowie eine geringe Degeneration des Labrums ohne evidente Einrisse.

Im Unfallfragebogen gab der Kläger am 17.02.2010 an, er sei auf einer Eisplatte, die mit Schnee bedeckt gewesen sei, ausgerutscht und gestürzt. Er habe sofort Schmerzen in der rechten Schulter gehabt, allerdings keine Kraft- und Bewegungsschmerzen. Er habe die Arbeit nach dem Unfall nicht sofort einstellen müssen. Er habe seinen Vertreter in die noch offenen Reparaturen einweisen können. Auf dem

beigefügten Schaubild kreuzte der Kläger an, auf die Seite mit ausgestrecktem Arm gefallen zu sein. Da nichts zum Festhalten dagewesen sei, habe er auch nicht versucht, den Sturz durch Festhalten abzufangen.

Im Rahmen einer am 08.03.2010 in den Kreiskliniken E. durchgeführten Arthroskopie wurde eine traumatische Subscapularissehnenruptur der rechten Schulter diagnostiziert und es erfolgte eine offene Rotatorenmanschettennaht. Außerdem wurden die Diagnosen Impingement-Syndrom der Schulter, Läsionen der Rotatorenmanschette sowie Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette gestellt. Da sich im Rahmen der Operation die Bizepssehne intakt zeigte mit lediglich leichter Auffaserung im Ankerbereich, aber ohne Luxationstendenz bei Außenrotation, konnte sie belassen werden (OP-Bericht vom 16.03.2010). Im Anschluss wurde die Schulter für vier Wochen ruhig gestellt.

In seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 23.03.2010 vertrat der Chirurg Dr. S. die Auffassung, dass der beschriebene Hergang hinsichtlich einer möglichen Verletzung der Rotatorenmanschette zumindest nicht überzeugend sei, das MRT vom 17.02.2010 habe am Oberarmknochen durchaus Veränderungen im Sinne einer Hill-Sachs-Delle gezeigt, es bestehe ein Ödem des Oberarmkopfes, die Kontinuität der Sehne des unteren Schulterblattmuskels sei nicht erhalten und es finde sich vermehrt Flüssigkeit. Darüber hinaus bestehe eine deutliche aktivierte Arthrose des Schultereckgelenkes. Ansatznah finde sich ein kleiner Defekt der Sehne des oberen Schulterblatt-Grätenmuskels. Am großen Oberarmhöcker bestünden Zeichen der chronischen Ansatzstörung der Sehne mit entsprechenden knöchernen Veränderungen. Der Defekt der Sehne des oberen Schulterblatt-Grätenmuskels wirke degenerativer Natur, eine Atrophie der dazugehörigen Muskeln finde sich nicht. Nach Kenntnisnahme des Operationsberichts vom 16.03.2010 ergänzte Dr. S. seine beratungsärztliche Stellungnahme dahingehend, dass der Schaden an der Sehne des unteren Schulterblattmuskels unfallbedingt, die Arthrose des Schultereckgelenks und ein kernspintomographisch nachgewiesener kleiner Defekt der Sehne des oberen Schulterblatt-Grätenmuskels aber unfallunabhängig seien. Nachdem ihm sodann noch der histologische Befund (Sehnenteilstück mit mäßigen degenerativen Veränderungen und Zeichen einer Ruptur in Abheilung, kein Anhalt für einen aktiven Entzündungsprozess oder Malignität) übersandt worden war, verblieb Dr. S. bei seiner Auffassung, dass der Unfall die wesentliche Ursache für die Subscapularisruptur gewesen sei, auch wenn sich Zeichen einer stattgehabten Einblutung hier nicht hätten nachweisen lassen, da sich auf der anderen Seite keine degenerativen Veränderungen, die dem Alter deutlich vorauseilten, gefunden hätten (ergänzende Stellungnahme vom 17.05.2010, Bl. 122 Behördenakten).

Vom 22.04. bis 13.05.2010 befand sich der Kläger in der B.-Klinik, Ü., zur stationären Rehabilitationsbehandlung. Bei Entlassung wurde eine passive Beweglichkeit in den Schultergelenken seitwärts/körperwärts rechts 60-0-0 Grad, links 140-0-30 Grad, rückwärts/vorwärts rechts 45-0-60 Grad, links 70-0-170 Grad, auswärts-/einwärts drehen (Oberarm anliegend) rechts 0-0-70 Grad, links 45-0-100 Grad gemessen (Entlassungsbericht vom 17.05.2010, Bl. 136 Behördenakten). Anlässlich der Kontrolluntersuchung in den Kreiskliniken E. am 29.07.2010 bestand noch eine eingeschränkte Beweglichkeit der Schulter, vor allem bei Abduktion und Elevation, die aktiv nur bis ca. 90 Grad möglich war. In der Folgezeit wurden von Dr. L. mehrfach die Bewegungsmaße des rechten Arms ermittelt. Am 17.05.2010 konnte der Kläger den rechten Arm nach vorne und seitlich bis 90 Grad anheben, der Schürzengriff war ihm nicht möglich, der Nackengriff nur mit Schwierigkeiten. Bei einer Untersuchung am 10.08.2010 konnte der Kläger den Arm im Schultergelenk nahezu uneingeschränkt anheben, der Schürzen- und Nackengriff waren jedoch noch nicht vollständig ausführbar. Nach Wiedereingliederung am 13.09.2010 war bei einer Kontrolluntersuchung am 30.09.2010 das Anheben des rechten Arms nach vorn bis 130 Grad, nach hinten bis 40 Grad, das seitliche Anheben bis 90 Grad und der Nacken- und Schürzengriff möglich (vgl. Zeugenauskunft Dr. B., Bl. 27 ff. LSG-Akten). Bei der Vorstellung am 18.10.2010 in den Kreiskliniken E. ergab die klinische Untersuchung eine Abduktion/Elevation von 130 Grad, eine Innenrotation bis Dornfortsatz L 5, eine Außenrotation von 40 Grad, bei negativem Lift-Off-Test und Außenrotationskraft ohne Befund. Da der Kläger jedoch über persistierende ventral-seitige Schmerzen am rechten Schultergelenk klagte, die nach Auffassung von Prof. Dr. H., Kreiskliniken E., mit einer Bizeps-Problematik nach Erhalt der Bizepssehne bei Subscapularissehnen-Ruptur erklärbar seien, veranlasste dieser ein weiteres MRT am 21.10.2010 bei Dr. K ... Dieser vermochte keine eindeutige Kontinuität im Bereich des Subscapularissehnen-Ansatzes zu erkennen, die Zone sei durch erhebliche postoperative Metallartefakte überlagert. Es bestehe ein subacromiales Impingement bei aktivierter AC-Gelenksarthrose mit Tendinose und Peritendinitis der Supraspinatussehne. Die lange Bizepssehne verlaufe kurzstreckig medioventral luxiert, der Glenoid-Ansatz erscheine jedoch unauffällig, sei dabei jedoch durch Metallartefakte ebenfalls nur eingeschränkt beurteilbar. Anlässlich der Vorstellung bei Dr. L. am 10.01.2011 wurde das Anheben seitlich bis 140 Grad und nach vorn bis 150 Grad gemessen und der Kläger gab an, keine Probleme bei der Arbeit zu haben.

Mit Bescheid vom 04.03.2011 lehnte die Beklagte eine Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 10.02.2010 ab, da die Unfallfolgen in Form einer endgradigen Bewegungseinschränkung mit belastungsabhängigen Beschwerden im Bereich der Schulter nach operativ versorgtem Riss der Subscapularissehne keine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um wenigstens 20 vom Hundert (v. H.) bedingten. Unabhängig von dem Arbeitsunfall lägen ein Teil-Riss der Supraspinatussehne (Defekt des oberen Schulterblatt-Grätenmuskels) und arthrotische Veränderungen im rechten Schultereckgelenk vor.

Im anschließenden Widerspruchsverfahren erstatteten Prof. Dr. S./Dr. W., Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik T., nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 13.04.2011 den ambulanten Untersuchungsbericht mit fachärztlicher Stellungnahme vom 28.04.2011. Ihre klinische Untersuchung ergab eine nahezu seitengleiche Muskelbemantelung bei Druckschmerzen über dem kranialen Sulcus bicipitalis und im AC-Gelenk. Gemessen wurde im rechten Schultergelenk aktiv eine Abduktion/Adduktion von 90-0-30 Grad, eine Anteversion/Retroversion von 140-0-20 Grad sowie eine Außenrotation/Innenrotation von 45-0-70 Grad. Passiv lasse sich eine Abduktion/Adduktion von 130-0-40 Grad und eine Anteversion/Retroversion von 160-0-30 Grad rechtsseitig erreichen. Die Rotationsbewegung entspreche der aktiven Beweglichkeit. Der Lift-Off-Test sei nicht durchführbar, es zeige sich ein Kraftgrad 4/5 im Vergleich zur Gegenseite, der Schürzen- und Nackengriff sei eingeschränkt, der Belly-Press-Versuch sei seitengleich kräftig, das Impingement-Zeichen nach Neer sei negativ, das Drop-Arm-Zeichen ebenfalls, der Palm-up-Test sei deutlich positiv. Dem Kläger sei eine erneute operative Revision des Gelenkes mit Arthroskopie und arthroskopisch durchgeführter Bizepssehnentenodese und Entfernung des intraartikulären Verlaufs der Bizepssehne empfohlen worden. Zusätzlich solle eine subacromiale Dekompression mit Coplaning des AC-Gelenks durchgeführt werden. Darunter sollte sich eine deutliche Verbesserung der Schmerzsymptomatik erreichen lassen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 02.08.2011 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

Bei einer nachfolgenden Untersuchung am 19.08.2011 durch Dr. L. war dem Kläger ein Anheben des Arms nach vorne rechts mit 120-0-40 Grad, links mit 150-0-50 Grad sowie ein Anheben der Arme seitlich rechts mit 100-0-30 Grad und links 140-0-60 Grad möglich. Der Kläger

klagte über Schmerzen im rechten Schultergelenk bei längerer Belastung und es bestanden deutliche Einschränkungen beim Nackengriff; beim Schürzengriff wurde mit der Hand nur die untere Lendenwirbelsäule erreicht.

Am 02.09.2011 hat der Kläger beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage erhoben.

Der Kläger hat sich mehrfach zur Infiltration des rechten Schultergelenks in der Sportklinik S. vorgestellt, was letztlich jedoch nicht zu einer Besserung der Beschwerden geführt hat. Die aktive Beweglichkeit wurde dort bei Abduktion/Anteversion/Außenrotation mit 70/90/30 Grad, passiv erweiterbar auf 110-150-50 Grad gemessen. Dr. L. ermittelte am 23.04.2012 ein Anheben des Armes über 100 Grad, am 05.07.2012 ein Anheben nach vorne bis 110 Grad, seitlich bis 70 Grad, am 26.10.2012 Abduktion/Adduktion 70-0-40 Grad, Anheben nach vorn 105-0-35 Grad, Auswärtsdrehung 60-0-90 Grad, Pro- und Supination 90-0-90 Grad, am 07.01.2013 keine Veränderung im Vergleich zur Voruntersuchung am 26.10.2012 sowie am 25.06.2013 nach vorne und seitlich aktiv jeweils mit 70 Grad (Zeugenauskunft Dr. B.).

Im Rahmen des Klageverfahrens hat nach Erörterung des Sachverhalts am 26.07.2012 die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme des Orthopäden Dr. F. vom 02.07.2013 vorgelegt, der von einer unfallunabhängigen Beschwerdesymptomatik ausgegangen ist, weil die von Dr. L. beschriebenen Befunde alle auf eine subacromiale Problematik hindeuteten und die Rotationsbelastung weitestgehend frei sei.

Mit Gerichtsbescheid vom 11.10.2013 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, dass die beantragte Feststellung eines chronischen Schmerzsyndroms nicht erfolgen könne, da eine solche Gesundheitsstörung nicht nachgewiesen sei. Da später eingetretene Verschlechterungen mit einem eigenen Neufeststellungsantrag zu verfolgen seien und der alleinige Streitgegenstand, nämlich die Feststellung entsprechender Funktionsbeeinträchtigungen im streitgegenständlichen Zeitraum und die hieraus folgende MdE, nach dem Erlasszeitpunkt der letzten behördlichen Entscheidung zu beurteilen sei, seien Änderungen im Gesundheitszustand nach Erlass des Widerspruchsbescheids nicht entscheidungserheblich.

Der Kläger hat gegen den seinem Prozessbevollmächtigten am 21.10.2013 zugestellten Gerichtsbescheid am 19.11.2013 Berufung beim Landessozialgericht eingelegt und geltend gemacht, sich bei dem Arbeitsunfall eine traumatische Ruptur der Subscapularissehne des rechten Schultergelenkes zugezogen zu haben und bis zum heutigen Tage an einer erheblichen Bewegungseinschränkung zu leiden mit gleichfalls nicht unerheblichen Schmerzen. Das SG hätte dem Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens auf orthopädischem Gebiet stattgeben müssen, nachdem weder im Verwaltungsverfahren noch im erstinstanzlichen Verfahren ein entsprechendes Gutachten eingeholt worden sei. Im beigefügten ärztlichen Attest des Chirurgen Dr. B. vom 05.02.2014 wird angegeben, dass die momentane Bewegungseinschränkung mittelgradig sei und daher eine MdE in rentenberechtigendem Ausmaß angemessen erscheine.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 11. Oktober 2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, unter Abänderung des Bescheides vom 4. März 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 2011 als weitere Unfallfolgen eine Muskelfaserruptur der distalen Anteile des Muskulus subscapularis, einen Zustand nach operativ versorgter Subscapularissehnenruptur rechts, Impingementsyndrom der rechten Schulter, Subcoracoidales Impingement bei Bursitis subcoracoidea sowie ein chronisches Schmerzsyndrom festzustellen und ihm eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat sich im Wesentlichen auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Gerichtsbescheides berufen. Aus dem vorgelegten Attest des Dr. B. ergäben sich keine neuen Erkenntnisse.

Der Senat hat Dr. B. als sachverständigen Zeugen schriftlich vernommen. Dieser hat mit Schreiben vom 20.03.2014 den Behandlungsverlauf geschildert und angegeben, es hätten sich nach anfänglicher Besserung zunehmend Verschlimmerungen ergeben, die sich im jetzigen Zustand festgesetzt hätten.

Nachdem der Kläger den im Erörterungstermin des Berichterstatters am 15.05.2014 geschlossenen Vergleich widerrufen hat, hat der Senat auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Dr. N., Oberarzt der Klinik A., mit der Erstattung des orthopädischen Gutachtens vom 21.10.2014 beauftragt. Nach ambulanter klinischer und radiologischer Untersuchung des Klägers am 07.08.2014 ist der Sachverständige zu dem Ergebnis gelangt, dass ein Zustand nach operativ versorgter Subscapularissehnen-Ruptur rechts, Impingement-Syndrom der rechten Schulter sowie subcoracoidales Impingement bei Bursitis subcoracoidea Unfallfolgen seien. Anhand der Ergebnisse der ambulanten Untersuchung seien die Unfallfolgen als leicht zu bezeichnen, die Behandlungsbedürftigkeit aufgrund der Unfallfolgen habe bis zum 25.10.2010 bestanden. Nach abgeschlossener Behandlung und Eintreten der Arbeitsfähigkeit bewerte er die MdE mit 20 v. H.

Der Senat hat den Sachverständigen unter Hinweis darauf, dass die ermittelten Bewegungsmaße nach der unfallversicherungsrechtlichen Literatur lediglich eine MdE um 10 v. H. begründeten, um ergänzende Stellungnahme gebeten. Mit Schreiben vom 01.12.2014 hat der Sachverständige nochmals bestätigt, dass eine chronische Schmerzstörung nicht vorliege. Zwar werde das von ihm gegebene Ausmaß der Beweglichkeit nach der genannten Literatur mit einer MdE um 10 v. H. bewertet und sei die Schmerzsymptomatik in dieser Einschätzung beinhaltet, vorliegend seien jedoch erhebliche funktionelle Einbußen bei dieser Festlegung nicht berücksichtigt, nämlich eine fehlende ventrale Stabilität des Gelenkes. Die Beklagte hat sich hierzu beratungsärztlich geäußert (Stellungnahme Dr. H.).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten und der Gerichtsakten beider Rechtszüge verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist gemäß §§ 143 und 144 SGG statthaft, nach § 151 SGG frist- und formgerecht erhoben sowie auch im Übrigen zulässig. Sie ist in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang teilweise auch begründet.

Der Kläger hat zwar einen Anspruch auf Feststellung weiterer Unfallfolgen, ein Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente steht ihm hingegen nicht zu. Prozessual kann der Kläger sein Begehren im Wege der kombinierten Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage i. S. des § 54 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4 SGG durchsetzen (vgl. zur Klageart BSG, Urteil vom 15.05.2012 – B 2 U 31/11 R –, juris). Maßgeblicher Zeitpunkt für die Überprüfung der Sach- und Rechtslage ist bei kombinierten Anfechtungs-,Verpflichtungs- und Leistungsklagen, anders als bei einer reinen, isolierten Anfechtungsklage, der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung und nicht, wie von der Beklagten und dem SG angenommen, der Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung (vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 54 Rdnr. 34 m. w. N.).

Nach § 102 SGB VII haben die Versicherten gegen den zuständigen Unfallversicherungsträger einen Anspruch auf Feststellung einer Unfallfolge (oder eines Versicherungsfalls), wenn ein Gesundheitsschaden durch den Gesundheitserstschaden eines Versicherungsfalls oder infolge der Erfüllung eines Tatbestandes des § 11 SGB VII rechtlich wesentlich verursacht wird (BSG a. a. O.).

Die Beklagte hat (spätestens) in dem angefochtenen Bescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheides festgestellt, dass der Kläger am 10.02.2010 einen Arbeitsunfall erlitten hat. Als Gesundheitserstschaden hat sie einen operativ versorgten Riss der Subscapularissehne rechts und als Gesundheitsfolgeschaden eine endgradige Bewegungseinschränkung mit belastungsabhängigen Beschwerden im Bereich der rechten Schulter anerkannt, so dass kein Rechtsschutzbedürfnis auf Feststellung eines Zustandes nach Zustand nach operativ versorgter Subskapularissehneruptur rechts besteht, da diese Unfallfolge bereits festgestellt ist.

Weitere Folge des Arbeitsunfalles vom 10.02.2010 ist indes die Muskelteilruptur der distalen (zur Körpermitte hin liegenden) Anteile des Muskulus subscapularis (unterer Schulterblattmuskel) an der rechten Schulter des Klägers. Wie sich für den Senat überzeugend aus dem Befundbericht des Radiologen Dr. S. vom 17.02.2010 ergibt, hat die MRT vom 17.02.2010 nicht nur eine traumatische Ruptur der Subscapularissehne distalseitig mit Retraktion und ödematöser Verquellung gezeigt, sondern darüber hinaus auch eine Muskelteilruptur des distalen Muskulus subscapularis. Die Beklagte hat jedoch nur den operativ versorgten Riss der Subscapuarissehne als Unfallfolge anerkannt, die Muskelfaserschädigung hingegen weder bei den unfallbedingten noch bei den unfallunabhängigen Gesundheitsstörungen erwähnt. Im Operationsbericht vom 08.03.2010 wird ebenfalls eine Verletzung der Muskeln erwähnt, ohne dies allerdings im Einzelnen zu spezifizieren. Auch wenn Dr. S. in seiner ergänzenden beratungsärztlichen Stellungnahme vom 23.03.2010 deshalb die Angaben im Operationsbericht insgesamt für spärlich erachtet hat, hat er doch den Schaden an der Sehne des unteren Schulterblattmuskels für unfallbedingt, den kleinen Defekt der Sehne des oberen Schulterblattgrätenmuskels (Muskulus supraspinatus) hingegen für unfallunabhängig gehalten. Schließlich hat auch der Sachverständige Dr. N. in seinem auf Antrag des Klägers eingeholten Gutachten vom 21.10.2014 schlüssig und überzeugend dargelegt, dass der Kläger bei seinem Unfall am 10.02.2010 sich nicht nur einen Sehnenriss, sondern auch einen Riss des Muskelbauches des Muskulus subskapularis zugezogen hat. Mithin kann der Kläger die Feststellung dieser Gesundheitsstörung als Folge des Arbeitsunfalles vom 10.02.2010 von der Beklagten nach § 102 SGB VII, § 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG verlangen.

Weitere Unfallfolgen, wie zuletzt im Senatstermin beantragt, sind indessen nicht festzustellen. Eine endgradige Bewegungseinschränkung hat die Beklagte ohnehin anerkannt, ein darüber hinaus vorliegendes Impingementsyndrom ist nicht im Vollbeweis nachgewiesen. Worauf der Sachverständige Dr. N. seine Einschätzung, es läge unfallbedingt ein Impingementsyndroms der rechten Schulter und ein subcoracoidales Impingement bei Bursitis subcoracoidea vor, gründet, ist für den Senat nicht nachvollziehbar gewesen und widerspricht sowohl dem radiologischen wie von ihm selbst erhobenen Befund. Denn zuletzt hat Prof. Dr. D. am 15.08.2014 eine regelrechte Artikulation im Schulter- und Schultereckgelenk ohne höhergradige Einengung des Subakrominalraums beschrieben. Typisch beim Impingementsyndrom der Schulter ist ein Schmerz bei der Abduktion (Abspreizen) des Oberarms im Bereich von 70° bis 130° ("painful arc"), aber auch die Außen- und Innenrotation in der Schulter sind mehr oder weniger stark eingeschränkt. Dem Kläger war aber bei den stattgehabten Untersuchungen das Anheben nach vorn sogar bis 150 Grad und zur Seite bis 140 Grad möglich und er hatte, was dazu passt, auch in der Folge keine Probleme bei der Arbeit geschildert. Selbst beim Sachverständigen Dr. N. waren die ermittelten Bewegungsmaße so, dass der Kläger in der Lage war, den rechten Arm bis 140 Grad vorwärts sowie bis 120 Grad seitwärts anzuheben bei lediglich leicht eingeschränkter Rotationsbeweglichkeit nach auswärts. Dabei war in der Seitbewegung die Beweglichkeit bis 90 Grad schmerzfrei, aber auch der dann einsetzende Schmerz war nicht von solcher Intensität, dass deshalb die weitere Anhebung verweigert worden wäre. Dessen ungeachtet ist das subacrominale Impingement, also die Funktionsbeeinträchtigung der Gelenkbeweglichkeit, selbst aber – so es überhaupt im Vollbeweis vorliegt - nach den zeitnah erhobenen Befunden jedenfalls auf die vorbestehende AC-Gelenksarthrose zurückzuführen und damit unfallunabhängig, daher auch aus diesem Grund nicht als Unfallfolge festzustellen.

Insbesondere besteht kein Anspruch des Klägers auf Feststellung eines chronischen Schmerzsyndroms als Unfallfolge. Der Gesundheitserstschaden, aber auch ein Gesundheitsfolgeschaden müssen im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen (BSG, Urteil vom 02.04.2009 – B 2 U 29/07 R –, juris). Angesichts der zahlreichen in Betracht kommenden Erkrankungen und möglicher Schulenstreite sollte diese Feststellung nicht nur begründet sein, sondern aufgrund eines der üblichen Diagnosesysteme und unter Verwendung der dortigen Schlüssel und Bezeichnungen erfolgen, damit die Feststellung nachvollziehbar ist (z. B. ICD-10 = Zehnte Revision der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO aus dem Jahre 1989, vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ins Deutsche übertragen, herausgegeben und weiterentwickelt, aktuelle Fassung ICD-10 German Modification [GM] Version 2015). Denn je genauer und klarer die bei dem Versicherten bestehenden Gesundheitsstörungen bestimmt sind, um so einfacher sind ihre Ursachen zu erkennen und zu beurteilen sowie letztlich die MdE zu bewerten. Begründete Abweichungen von diesen Diagnosesystemen aufgrund ihres Alters und des zwischenzeitlichen wissenschaftlichen Fortschritts sind damit nicht ausgeschlossen. Lässt sich ein Nachweis nicht führen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten (BSG, Urteil vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R - SozR 4-2700 § 8 Nr. 17; inzwischen mit anderer Begrifflichkeit BSG, Urteil vom 24.07.2012 - B 2 U 9/11 R - SozR 7-2700 § 8 Nr. 44). Das von Seiten des Klägers als Gesundheitsschaden geltend gemachte chronische Schmerzsyndrom wird nach ICD-10 GM 2015 unter F45.41 als "Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren" erfasst. Keiner der behandelnden Ärzte des Klägers hat indes eine solche Diagnose bislang gestellt. Da auch Prof. Dr. S./Dr. W. in ihrem urkundlich zu verwertenden Untersuchungsbericht mit fachärztlicher Stellungnahme zwar eine Schmerzsymptomatik erkannt, eine chronische Schmerzstörung aber nicht diagnostiziert haben und der Sachverständige Dr. N. in seinem Gutachten eine solche Erkrankung explizit

ausgeschlossen hat, steht für den Senat nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Kläger an einer chronischen Schmerzstörung (F45.41 ICD-10) leidet.

Einen Anspruch auf Verletztenrente kann der Kläger aus diesen Unfallfolgen nicht ableiten.

Nach § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (Abs. 2 Satz d. Vorschrift). Bei Verlust der Erwerbsfähigkeit wird Vollrente geleistet; sie beträgt zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes. Bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit wird Teilrente geleistet; sie wird in der Höhe des Vomhundertsatzes der Vollrente festgesetzt, der dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht (Abs. 3 d. Vorschrift).

Die Höhe der MdE richtet sich bei Schulterverletzungen gemäß der unfallmedizinischen Fachliteratur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Nr. 8.4.1.6 [S. 520] und Nr. 8.4.7 [S. 523]) maßgeblich nach den Bewegungseinschränkungen. Danach kommt eine MdE um 20 v. H. ab einem Bewegungsmaß bei der Armhebung vorwärts/seitwärts bis 90 Grad in Betracht. Eine solche Bewegungseinschränkung wurde bei dem Kläger zuletzt am 17.05.2010 festgestellt, bei der Untersuchung durch Dr. L. am 10.08.2010 war die Vorwärtsbewegung jedoch nahezu uneingeschränkt und bei der Kontrolluntersuchung am 30.09.2010 das Anheben des Armes nach vorn bis 130 Grad, seitlich bis 90 Grad sowie der Nacken- und Schürzengriff möglich. In der Folgezeit besserte sich die Beweglichkeit weiter, sodass am 10.01.2011 das Anheben nach vorn sogar bis 150 Grad und zur Seite bis 140 Grad gemessen worden ist und der Kläger angegeben hat, keine Probleme bei der Arbeit zu haben. Auch wenn anschließend bei einzelnen Untersuchungen geringere Messwerte erzielt wurden, belegen die durch den Sachverständigen Dr. N. anlässlich seiner Untersuchung am 07.08.2014 ermittelten Bewegungsmaße doch eindrücklich, dass lediglich eine geringgradige Bewegungseinschränkung der rechten Schulter besteht. Denn hier war der Kläger in der Lage, den rechten Arm bis 140 Grad vorwärts sowie bis 120 Grad seitwärts anzuheben bei lediglich leicht eingeschränkter Rotationsbeweglichkeit nach auswärts. Dabei war in der Seitbewegung die Beweglichkeit bis 90 Grad schmerzfrei, aber auch der dann einsetzende Schmerz war nicht von solcher Intensität, dass deshalb die weitere Anhebung verweigert worden wäre. Der Senat hält deshalb die Schlussfolgerung des Sachverständigen Dr. N. für befundadäquat und schlüssig, wonach die Unfallfolgen als leicht zu bezeichnen sind. Dies stimmt auch mit seinen weiteren Befundangaben überein. Denn bei der körperlichen Untersuchung waren keinerlei Reiz- oder Entzündungserscheinungen in Form einer Rötung, Überwärmung oder eines Gelenkergusses feststellbar. Zwar wurden Schmerzen im ventralen Bereich der Schulter geäußert, der Kapsel-Band-Apparat war aber stabil, beim Durchbewegen ließ sich kein subacromiales Reiben tasten und vor allem fanden sich keine Muskelatrophien im Bereich des Schultergürtels oder an den gesamten oberen Extremitäten beidseits, die auf einen schmerzbedingten Mindergebrauch des rechten Armes hingewiesen hätten. Mit diesen vergleichsweise geringfügigen klinischen Untersuchungsbefunden korrespondiert, dass die durchgeführte radiologische Untersuchung der rechten Schulter keine bedeutenden pathologischen Veränderungen erbracht hat und bei der neurologischen Untersuchung weder motorische noch sensorische Ausfallerscheinungen an den oberen Extremitäten bestanden haben.

Letztlich ist die Problematik an der rechten Schulter somit auf eine gewisse Schmerzsymptomatik ab einem bestimmten, jenseits der 90 Grad liegenden Bewegungsausmaß beschränkt, was indes nicht zu einer MdE um 20 v. H. führt. Insoweit hält der Senat die Einschätzung des Sachverständigen Dr. N. für überhöht. Sie steht auch im Widerspruch mit der in der unfallversicherungsrechtlichen Literatur soweit ersichtlich einhelligen Auffassung. Denn schmerzhafte Funktionseinschränkungen wie die vom Sachverständigen geschilderte fehlende ventrale Stabilität des Gelenkes mit bewegungsbedingter Schmerzsymptomatik führen erfahrungsgemäß zu einer Verschmächtigung der Muskulatur des betroffenen oberen Organes, zumindest aber der Schultermuskulatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, S. 419). Eine solche bei einer schmerzbedingten Schonung zu erwartende Muskelatrophie hat der Sachverständige aber sowohl im Bereich des Schultergürtels wie an den gesamten oberen Extremitäten ausgeschlossen, so dass sich seine Feststellung allein auf die nicht objektivierbare Schmerzangabe des Klägers stützt.

Der Senat vermag sich der MdE-Bewertung des Sachverständigen Dr. N. auch unter Berücksichtigung seiner ergänzenden Stellungnahme vom 01.12.2014 aber auch deshalb nicht anzuschließen, weil er diese ohne Differenzierung zwischen unfallbedingten und unfallunabhängigen Gesundheitsschäden an der rechten Schulter vorgenommen hat. Dabei kann dahin gestellt bleiben, ob ein partieller Supraspinatussehnenriss nachgewiesen ist, den der Radiologe Dr. S. in Auswertung der MRT vom 17.02.2010 angenommen hat, Dr. N. dagegen unter Bezugnahme auf das MRT vom 21.10.2010 nicht für erwiesen hielt. Während er selbst stattdessen die Diagnose aus dem MRT vom 21.10.2010 übernommen hat und somit von einer kleinzystischen Enthesopathie am Supraspinatus ausgegangen ist, hat der Beratungsarzt Dr. S., dem der Sachverständige Dr. N. insoweit nicht widersprochen hat, einen kleinen Defekt an der Sehne des oberen Schulterblatt-Grätenmuskels mit degenerativer Natur erkannt. Zurecht hat die Beratungsärztin Dr. H. aber hierzu festgestellt, dass nach der Refixation der Subscapularissehne sich kein Hinweis mehr auf eine Insuffizienz der der Subscapularisnaht ergab, was auch zur Überzeugung des Senats der Folgeuntersuchung bei Dr. L. vom 10.11.2011 entnommen werden kann. Auch wenn der Radiologe Dr. K. im MRT vom 21.10.2010 keine Kontinuitätsunterbrechung der Supraspinatussehne festgestellt hat, hat er doch ein subakromiales Impingment bei aktivierter AC-Gelenksarthrose mit Tendinose und Peritandinitis der Supraspinatussehne diagnostiziert. Diese, nicht auf den Arbeitsunfall zurückzuführende Problematik im Bereich des oberen Schulterblatt-Grätenmuskels hat der Sachverständige nicht auf seine Beschwerdesymptomatik hin untersucht, sondern ausschließlich die unfallbedingte Schädigung der Subscapularissehne und des Muskulus Subscapularis mit den Beschwerden in Zusammenhang gebracht. Dasselbe gilt für die von ihm diagnostizierte unfallunabhängige Luxation der langen Bizepssehne und die beginnende Arthrose des acromioklavikularen Gelenkes, die er ebenfalls nicht zum Gegenstand seiner MdE-Bewertung gemacht hat.

Ein Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach § 56 SGB VII besteht daher nicht. Die durch den Arbeitsunfall vom 10.02.2010 verursachten Gesundheitsschäden bedingen keine MdE um mindestens 20 v. H.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Bei der Bildung der Kostenquote hat der Senat berücksichtigt, dass die Feststellung weiterer Unfallfolgen vorliegend nicht zur Gewährung einer Verletztenrente führt und somit nur von geringem wirtschaftlichen Wert ist.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.
Rechtskraft

Aus
Login
BWB
Saved
2015-03-12