

L 8 U 2705/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 10 U 1630/09
Datum
23.05.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 2705/11
Datum
23.11.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 23. Mai 2011 abgeändert. Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 07. Oktober 2004 für die Zeit vom 01. Februar 2005 bis 11. August 2005 Rente nach einer MdE von 10 v.H. zu gewähren. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Im Übrigen wird die Berufung der Beklagten zurückgewiesen.

Die Beklagte erstattet ein Achtel der außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Rechtszügen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung einer Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 07.10.2004.

Der 1940 geborene Kläger ist selbständiger Stukkateurmeister und als solcher bei der Beklagten unfallversichert.

Ausweislich seiner Unfallanzeige vom 04.10.1993 knickte er am 27.09.1993 beim Absteigen von einer Diele auf einen Plastiksack mit dem linken Fuß um, verlor das Gleichgewicht und verletzte sich den linken Fuß und den rechten Arm beim Versuch, sich mit der rechten Hand abzustützen. Er begab sich in Behandlung bei Dr. M., Chirurg, der eine distale Bizepssehnenruptur am rechten Arm und eine Distorsion des linken oberen Sprunggelenks feststellte (Durchgangsarztbericht vom 27.09.1993). Am 11.10.1993 wurde die Bizepssehne mittels transossärer Reinsertion wieder befestigt. Nach Einholung von zwei chirurgischen Gutachten von Dr. K. und Prof. Dr. W. vom 13.04.1994 und 21.09.1994 sowie eines neurologischen Gutachtens von Dr. S. vom 01.09.1994 gewährte die Beklagte mit Bescheid vom 25.11.1994 eine Gesamtvergütung nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 v.H. für die Zeit vom 10.05.1994 bis 30.11.1994. Als Folgen des Arbeitsunfalls stellte sie fest: ?Am rechten Arm: Endgradige Bewegungseinschränkung des Ellenbogengelenks sowie der Unterarmdrehbeweglichkeit; Narbe in der Ellenbogenbeuge, kleine Weichteilverkalkung im Sehnenverlauf, Empfindungsstörung am Oberarm und an der Hand nach operiertem Bizepssehnenriss?.

Auf den dagegen gerichteten Widerspruch des Klägers, mit dem er eine Gewährung der Rente über den 30.11.1994 hinaus begehrte, holte die Beklagte ein weiteres Gutachten von Prof. Dr. W. und Dr. K. vom 03.03.1995 ein, die die verbliebenen Folgen des Unfalls vom 27.09.1993 mit einer MdE von 10 vH auf Dauer einschätzten. Mit Bescheid vom 11.04.1995 stellte die Beklagte die Folgen des Unfalls wie folgt fest: ?Am rechten Arm: Einschränkung der Unterarmdrehbeweglichkeit, reizlos verheilte Operationsnarbe im Bereich der Ellenbeuge, kleine Weichteilverkalkung im Sehnenverlauf, Empfindungsstörung im Bereich des Oberarms und der Hand nach operativ versorgtem Riss der Bizepssehne?. Der dagegen erhobene Widerspruch hatte keinen Erfolg (Widerspruchsbescheid vom 07.06.1995). Dagegen erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG - S 3 U 1542/95). Mit Bescheid vom 10.05.1996 lehnte die Beklagte erneut die Gewährung einer Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls ab, weil keine MdE von wenigstens 20 vorliege. Mit Urteil vom 16.01.1997 wies das SG nach Einholung eines unfallchirurgischen Gutachtens die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, dass die Unfallfolgen mit einer MdE von 10 zutreffend erfasst seien.

Ausweislich seiner Unfallanzeige vom 16.11.2004 baute der Kläger am 07.10.2004 zusammen mit sieben weiteren Mitarbeitern ein Gerüst ab. Dabei wurden die Gerüstteile von oben nach unten weiter gereicht. Der Kläger selbst stand auf dem Gehweg (später: auf der Ladefläche eines LKW) und nahm die Gerüstteile von oben an. Dabei rutschte einem Mitarbeiter ein Gerüststrahlen aus der Hand und der Kläger fing ihn ab. Er hatte erhebliche Schmerzen und konnte den Arm nicht mehr richtig anheben. Deshalb begab er sich am 12.10.2004 in Behandlung beim Chirurgen Dr. M., der die Diagnose einer Zerrung der rechten Schulter stellte. Er stellte ausweislich seines Durchgangsarztberichts vom 12.10.2004 einen Bewegungsschmerz und eine deutliche Bewegungseinschränkung der rechten Schulter fest. Das Heben des Arms sei bis knapp zur Horizontalen möglich, Drehbewegungen seien eingeschränkt, an der Oberarmaußenseite bestehe ein Druckschmerz. Dr. M.

veranlasste eine Untersuchung des Klägers mithilfe eines MRT, bei der sich ein Anriss der Supraspinatussehne herausstellte (Zwischenbericht vom 15.11.2004). Ausweislich des Berichts des Radiologen Dr. R. vom 10.11.2004 bestand gleichzeitig ein Aspekt einer leichten subacromialen Enge und mäßigen AC-Gelenkarthrose.

Auf Nachfrage der Beklagten teilte der Kläger mit, dass der Arm beim Auffangen des Gerüstteils vom Körper weggestreckt gewesen sei. Er habe die aus ca. 3 m Höhe stürzende Last von ca. 20 kg aufgefangen. Dabei sei sein Arm gewaltsam vom Körper weggerissen worden. Zuvor habe er keine Beschwerden in der betroffenen Schulter gehabt.

Am 17.01.2005 teilte Dr. M. mit, dass nach krankengymnastischer Übungsbehandlung nunmehr noch eine Bewegungseinschränkung der Schulter bestehe (Elevation 110°, Abduktion 90°, Rückwärtsbewegung 70°). Außerdem klagte der Kläger über Kraftlosigkeit im Gebrauch des rechten Arms.

Der Beratungsarzt Dr. M. vertrat am 25.01.2005 die Ansicht, dass MRT Befund und Röntgenbilder die Diagnose eines Supraspinatussehnen-Anrisses nicht belegten. Es finde sich nur ein Ödem im Sehnenansatz. Darüber hinaus seien deutliche degenerative und arthrotische Zeichen des Schultergelenks und des AC Gelenks zu erkennen. Gesichert sei insofern allenfalls die Diagnose einer Schulterzerrung.

Mit Bescheid vom 28.01.2005 erkannte die Beklagte eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit bis einschließlich 02.12.2004 an. Für diese Zeit bestehe ein Anspruch auf Verletzengeld. Der dagegen mit der Begründung gerichtete Widerspruch, dass bei dem Unfall ein Anriss der Supraspinatussehne erfolgt sei, hatte keinen Erfolg (Widerspruchsbescheid vom 25.04.2005).

Im Rahmen des dagegen geführten Rechtsstreits (S 2 U 1528/05) legte der Kläger einen Arztbrief des Orthopäden Dr. S. vom 08.07.2005 vor, der von einer traumatischen Ruptur der Supraspinatussehne ausging. Es bestanden deutliche weichteilige Krepitationen, eine endgradig aktiv eingeschränkte Schultergelenksbeweglichkeit und hoch positive Rotatorenmanschettentests mit deutlicher Kraftabschwächung (Kraftgrad 3-4/5). Die mitgebrachten MRT Aufnahmen zeigten eine Ruptur des Supraspinatus im muskulo-tendinösen Übergang.

Am 11.08.2005 wurde im Universitätsklinikum M. eine arthroskopische Mikrofakturierung und offene Naht der Supraspinatussehne durchgeführt. Dabei fand sich eine Omarthrose Grad IV mit Knochenglatze im Bereich des Humeruskopfes (Zwischenbericht vom 15.08.2005).

Das SG befragte Prof. Dr. S. vom Universitätsklinikum M. schriftlich als sachverständigen Zeugen. Er gab unter dem 06.10.2005 an, der vom Kläger schriftlich und auch ihm gegenüber geschilderte Unfallmechanismus sei geeignet, eine traumatische Supraspinatussehnenruptur herbeizuführen. Für eine traumatische Ruptur spreche auch, dass das Vorerkrankungsverzeichnis betreffend Schulterbeschwerden leer sei. Weiterhin habe sich der Kläger sofort zum Arzt begeben. Der kernspintomographische Befund habe keinen Anhalt für eine Muskelatrophie oder Muskelverfettung der gerissenen Supraspinatussehne erbracht. Auch hätten sich keine Anhaltspunkte für lange vorbestehende Sehnendefekte ergeben. Gegen den Ursachenzusammenhang spreche eine mäßiggradige vorbestehende AC Gelenksarthrose, die als Vorschädigung des Gelenks zu werten sei. Ebenfalls als Vorschädigung sei eine intraoperativ erkennbare humeraleseitige Chondromalazie zu bewerten. Für den Zusammenhang spreche auch ein drop-arm-sign nach dem Unfall. Bei Abwägung überwiegen die Kriterien für einen Unfallzusammenhang. Prof. S. legte den Operationsbericht vom 11.08.2005 vor mit einer Partialruptur Typ Snyder III der Supraspinatussehne als intraoperativen Befund.

Die Beklagte übersandte den Vorgang dem Chirurgen Dr. T., der am 20.12.2005 dahingehend Stellung nahm, dass ein traumatischer Rotatorenmanschettenschaden sehr selten, ein degenerativer Schaden dagegen die Regel sei. Die Rotatorenmanschette, insbesondere der Supraspinatusmuskel unterliege aufgrund seiner besonderen Lage im Gelenk einem vorzeitigen Verschleiß. Nach der Fachliteratur gebe es einen isolierten, ausschließlich traumatischen Supraspinatussehnenriss nicht. Eine Fehlbelastung bzw. traumatisch bedingte Kontinuitätsunterbrechung des Supraspinatus setze eine unphysiologische Dehnungsbelastung voraus. Ausschließlich ein Schadensmechanismus mit einer gewaltsamen passiven Heranführung des Arms an den Körper könne zu einer Verletzungsgefährdung des Supraspinatus führen. Der vom Kläger geschilderte Unfallmechanismus entspreche diesen Kriterien nicht. Bei dem geschilderten Unfallmechanismus sei wenigstens auch eine Schädigung des Deltamuskels zu erwarten, aber keine isolierte Schädigung des Supraspinatus. Auch das Verhalten des Klägers nach dem Unfall spreche gegen einen Zusammenhang. Er habe nachweislich fünf Tage weiter gearbeitet bevor er sich zum Arzt begeben habe. Eine traumatische Sehnenruptur führe zu einer Pseudoparalyse mit Drop-Arm-Syndrom. Die Verletzten stellten also zeitnah die Arbeit ein und suchten einen Arzt auf. Gegen eine traumatische Ruptur spreche auch, dass in den vorgelegten Röntgenaufnahmen eine AC-Gelenksarthrose mit Hypertrophie des lateralen Schlüsselbeinendes und Gelenkspaltverschmälerung und ein deutlicher Humeruskopfhochstand, eine Formveränderung der Kopfkalotte sowie cystische Aufhellungen im Humeruskopf zur Darstellung kämen. Die volle Funktionsfähigkeit des Schultergelenks vor dem Ereignis sei kein ausreichendes Indiz für eine traumatische Supraspinatusläsion, weil aufgrund entsprechender Untersuchungen bekannt sei, dass selbst fortgeschrittene degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette lange Zeit ohne Beschwerden verlaufen könnten und sich erstmals bei einem Schadensereignis mit ungeeignetem Mechanismus manifestierten. Die festgestellte Omarthrose stelle ein Ausschlusskriterium für eine traumatische Supraspinatussehnenruptur dar.

Das SG holte ein Gutachten des Orthopäden Prof. Dr. L. vom 13.02.2006 ein. Dort gab der Kläger an, er habe mit ausgestreckten Händen den Gerüststrahlen von ca. 30 kg Gewicht annehmen wollen. Der Rahmen sei abgerutscht und er habe ihn auffangen müssen. Dabei sei sein Arm gewaltsam nach unten gerissen worden. Inzwischen habe er zwei weitere Operationen zum Aufbau des Knorpels im Gelenk durchführen lassen müssen, die letzte drei Wochen vor der Untersuchung. Jetzt beginne die Rehabilitation. Die Beschwerden im rechten Ellenbogen nach dem Unfall aus dem Jahr 1993 hätten ihn drei Jahre lang beschäftigt, sich aber dann schließlich zurückgebildet. Prof. Dr. L. stellte eine Bewegungseinschränkung auf der rechten Seite und eine Schonhaltung fest, die er auf die Ruhigstellung nach der wenige Wochen zuvor erfolgten Operation zurückführte. Die Schulterhaubenmuskulatur rechts sei noch etwas verschmächtigt. Das linke Schultergelenk sei frei beweglich. Der rechte Bizepssehnenmuskel sei etwas verformt, körpfernah verdickt, körpfernah verschmächtigt. Die Verformung verstärke sich beim Anspannen. Die Beweglichkeit sei uneingeschränkt, die Kraftentfaltung gegenüber links etwas eingeschränkt. Prof. Dr. L. kam zu dem Ergebnis, dass am rechten Schultergelenk zwei Schäden vorlägen, die wahrscheinlich unabhängig voneinander seien. Einerseits bestehe eine Läsion der Obergrätensehne mit teilweisem Abriss, andererseits ein ausgeprägter Knorpelschaden im Bereich des

Oberarmkopfes im Sinne einer Schultergelenksarthrose, die überwiegend auf Alter und Verschleiß zurückzuführen sei. Für den aktuellen Zustand und die Entwicklung in der Zukunft sei nur die Arthrose relevant. Die Schädigung der Rotatorenmanschette sei für den Gesamtbefund von untergeordneter Bedeutung und spätestens drei Monate nach der operativen Rekonstruktion im August 2005 im Wesentlichen abgeheilt. Zur Begründung wiederholte Prof. Dr. L. zunächst im Wesentlichen die Ausführungen von Dr. T. zu den Grundsätzen einer Anerkennung von Supraspinatussehnenrissen als Folge eines Arbeitsunfalls. Grundsätzlich sei das Ereignis vom 07.11.2004 geeignet, eine Verletzung der Rotatorenmanschette herbeizuführen. Die Beschwerden aus dem Durchgangsarztbericht vom 12.10.2004 seien mit einem Drop-Arm-Zeichen zu vereinbaren. Ein vollständiger Abriss der Supraspinatussehne sei nicht erfolgt. Das MRT und der OP-Bericht vom August 2005 sprächen für eine nur teilweise Schädigung im Ansatzbereich. Der Befund sei nicht verletzungstypisch, weil bei einer nicht vollständig abgerissenen Sehne ein Heilungsprozess einsetze. Dennoch überwiegen die Gründe für die Annahme einer traumatischen Schädigung. Das Ereignis vom 07.10.2004 sei aber nicht geeignet, eine traumatische Knorpelschädigung hervorzurufen. Aufgrund der Schultergelenksarthrose könne außerdem angenommen werden, dass die Durchblutung in diesem Bereich beeinträchtigt gewesen sei. Das könne erklären, warum es nicht zu einer Heilung der Sehne gekommen sei. Die über die Operation vom 11.08.2005 hinaus bestehenden Beschwerden seien auf die Knorpelschädigung und nicht auf die Sehnenbeschädigung zurückzuführen. Die Folgen des Unfalls vom 07.10.2004 seien weitgehend abgeheilt. Bis zum 07.04.2005 sei die MdE wegen der Folgen des Unfalls vom 07.10.2004 mit 20, danach mit 10 vH einzuschätzen.

Auf Nachfrage der Beklagten nahm Dr. T. am 05.04.2006 dahingehend Stellung, dass der im Durchgangsarztbericht vom 12.10.2004 geschilderte Befund nicht mit einem Drop-Arm-Syndrom zu vereinbaren sei. Ein solches sei gar nicht geprüft worden, vielmehr stehe dort, dass eine Bewegung bis knapp zur Horizontale möglich sei. Aus einem Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse ergebe sich, dass der Kläger bereits im Jahr 1984 wegen eines Schulter-Arm-Syndroms arbeitsunfähig erkrankt gewesen sei. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Supraspinatussehnenriss und Schadensereignis sei weiterhin unwahrscheinlich.

Prof. Dr. L. führte auf Anforderung des SG am 11.04.2006 ergänzend aus, dass nach allgemeiner klinischer Erfahrung Teilrisse der Rotatorenmanschette folgenlos ausheilen. Dies sei beim Kläger nicht eingetreten. Bei ihm sei es zu einem vollständigen Sehnendefekt gekommen, der zur Operation am 11.08.2005 geführt habe. In einer weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 22.05.2006 führte er aus, eine primäre Schultergelenksarthrose sei kein Ausschlusskriterium. Vielmehr sei es so, dass die Häufigkeit von Rotatorenmanschettenläsionen bei Personen mit einer solchen Arthrose statistisch geringer sei als bei der Normalbevölkerung. Die Annahme eines plötzlich nach unten fallenden Gerüstrahmens sei kein willentlich gesteuerter Handlungsablauf. Der Durchgangsarztbericht dokumentiere eine deutliche Bewegungseinschränkung. Eine Arbeitsunfähigkeit wegen Schulterbeschwerden 20 Jahre vor dem Ereignis spreche nicht für eine Vorschädigung. Die ihm nunmehr vorliegenden Röntgenaufnahmen vom 12.10.2004 veranlassten ihn aber zu einer Änderung seiner Zusammenhangsbeurteilung. Darin seien deutliche Hinweise auf einen strukturellen Vorschaden im Bereich der Rotatorenmanschette in der Ansatzzone des großen Oberarmhöckers zu erkennen. Die Ergussbildung im MRT könne deshalb auch ein Reizerguss und keine frische Einblutung sein. Ein neu aufgetretener struktureller Schaden an der Rotatorenmanschette erscheine ihm deshalb unwahrscheinlich. Der Kläger habe sich entgegen seiner ursprünglichen Auffassung am 07.10.2004 wohl doch nur eine schwere Zerrung der Schulter zugezogen.

Der Kläger legte nunmehr das in seinem Auftrag erstattete Gutachten des Prof. Dr. H., Chirurg, vom 22.08.2006 vor, der die Auffassung vertrat, dass es am 07.10.2004 zu einem Partialriss der Supraspinatussehne gekommen sei. Der Knorpelschaden im Bereich des rechten Oberarmkopfes sei unfallunabhängigen, aber wahrscheinlich durch den Unfall aktiviert worden. Inzwischen sei es zur Reruptur der Supraspinatussehne gekommen, die nunmehr unwiederbringlich verschmächtigt sei. Aus einer vergleichenden Untersuchung der linken vollkommen gesunden Schulter sei zu schließen, dass auch die rechte Schulter bis zum Unfall gesund gewesen sein müsse. Die Unfallfolgen bedingten eine MdE von 30 v.H. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 26.10.2006 blieb Prof. Dr. H. bei seiner Einschätzung. Die Beteiligten stritten dann um das genaue Unfallgeschehen. Damit setzte sich Prof. H. in einer weiteren Stellungnahme vom 15.12.2006 auseinander. Es beschrieb das Schadensereignis vom 07.10.2004 als *conditio sine qua non* für den Supraspinatussehnenriss. Er sei keine Gelegenheitsursache gewesen.

Das SG holte auf Antrag des Klägers ein Gutachten des Chirurgen Dr. A. vom 31.03.2007 ein. Er bestätigte die Interpretation des MRT, dass ein Abriss der Supraspinatussehne nicht vorgelegen habe. Der Kläger habe über viele Jahre hinweg schultergelenksbelastende Tätigkeit auf dem Bau durchgeführt. Dennoch sei es zu keinen Beschwerden an der Schulter gekommen. Der Unfallmechanismus sei geeignet, die Sehne anzureißen, zumal davon auszugehen sei, dass ein altersentsprechender Vorschaden der Sehne mit Aufspaltungen bestanden habe. Der Kläger sei bei der Beklagten mit diesen Vorschäden versichert gewesen. Auf den Unfall seien weder die Arthrose in der Schulter noch der dort vorhandene Knorpelschaden zurückzuführen. Die unfallbedingte MdE betrage 20 v.H. ohne Berücksichtigung der Knorpelschäden.

Im Erörterungstermin am 30.07.2007 vernahm das SG Mitarbeiter des Klägers als Zeugen zum Unfallereignis. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 04.10.2007 führte Dr. A. aus, dass es seines Erachtens ausgeschlossen sei, dass nach einer traumatischen Supraspinatussehnenriss weitere Rahmentheile mit einem Gewicht von über 20 kg angenommen würden. Dieses Verhalten schließe eine frische Verletzung der Sehne faktisch aus. Der Kläger bestritt darauf hin, nach dem Unfall weiter gearbeitet zu haben. Das SG vernahm am 13.02.2008 weitere Zeugen, die bestätigten, dass ein Mitarbeiter den Platz des Klägers bei der Annahme der Gerüstteile eingenommen habe.

Am 10.10.2008 einigten sich die Beteiligten im Wege eines prozessbeendenden Vergleichs schließlich darauf, dass die Beklagte Verletztengeld bis 31.01.2005 gewährte.

Am 03.11.2006 hatte der Kläger die Gewährung einer Verletztenrente bei der Beklagten beantragt. Diesen Antrag wiederholte er am 21.10.2008.

Mit Bescheid vom 22.12.2008 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen der Folgen des Ereignisses vom 07.10.2004 ab. Bei dem Unfall sei es zu einer schweren Zerrung der rechten Schulter ohne strukturelle Schädigung im Bereich der Rotatorenmanschette gekommen. Dieser Schaden sei inzwischen folgenlos ausgeheilt. Dagegen erhob der Kläger am 30.01.2009 Widerspruch, zu dessen Begründung er Bezug nahm auf die Stellungnahmen von Dr. A., Prof. S. und Prof. H. ... Mit Widerspruchsbescheid vom 15.04.2009 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Dagegen erhob der Kläger am 18.05.2009 Klage zum SG, zu deren Begründung er im Wesentlichen auf sein Vorbringen im vorhergehenden Rechtsstreit Bezug nahm. Unter Berücksichtigung der MdE von 10 wegen der Folgen des Unfalls vom 27.09.1993 müsse ihm eine Rente nach einer MdE von 30 gewährt werden, denn die Folgen des Ereignisses vom 07.10.2004 bedingten eine MdE von 20.

Die Beklagte trat der Klage entgegen und wies darauf hin, dass aktuell nicht bekannt sei, ob vom Unfall vom 27.09.1993 noch Folgen zurückgeblieben seien, die eine MdE von wenigstens 10 bedingten.

Das SG beauftragte zunächst Dr. P. mit einer Begutachtung des Klägers. Er teilte unter dem 30.11.2009 mit, dass der Kläger sich im Mai 2005 bei ihm vorgestellt habe und er ihm damals erläutert habe, dass ein Unfallereignis im engeren Sinne wohl nicht vorliegen dürfe.

Das SG entband ihn daraufhin von der Begutachtung des Zustands des Klägers und holte ein Gutachten des Orthopäden Dr. J. vom 15.02.2010 ein. Bei der dortigen Untersuchung hob der Kläger den rechten Arm nur knapp über die Horizontale. Die Schultergelenke stellten sich leicht verplumt dar. Die Schulterkontur sei rechts gegenüber links verschmächtigt, überwiegend sei der Supraspinatus-, geringer der Infraspinatus- und der Deltamuskel betroffen. Die Schultergelenksbeweglichkeit betrage rechts 90/0/15, links 140/0/25°. Rückwärts/vorwärts 15/0/105 rechts, 25/0/140 links. Bei den Muskelprüfungen bestehe eine leichte Schwäche der Supra- und Infraspinatusmuskeln und des Subscapularismuskels. Eindeutig positive Tests betreffend die Supra- und Infraspinatusmuskeln seien nicht gegeben. Nacken- und Schürzengriffe seien rechts gegenüber links deutlich eingeschränkt. Die Armmuskulatur sei rechts kräftiger als links. Die Röntgenbilder vom 12.10.2004 und das MRT vom 09.11.2004 lägen ihm nicht vor. Der beim Kläger anzunehmende Unfallmechanismus sei geeignet, einen unfallbedingten Riss der Rotatorenmanschette zu begründen. Der vom Kläger beschriebene Verlauf nach dem Unfall sei mit einem traumatischen Riss vereinbar. Seines Erachtens spreche mehr für als gegen einen Kausalzusammenhang des Ereignisses vom 07.10.2004 und der Rotatorenmanschettenruptur, die beim Kläger vorliege. Die nach dem Unfall nachgewiesenen degenerativen Veränderungen hätten nicht zu einer funktionellen Beeinträchtigung der Schulter geführt. Das Ereignis vom 07.10.2004 sei deshalb wesentliche Teilursache für die Rotatorenmanschettschädigung. Die MdE für das Unfallereignis vom 27.09.1993 schätze er durchgehend auf 10. Für die Folgen des Unfalls vom 07.10.2004 habe bis 07.04.2005 eine MdE von 20 vorgelegen. Für die Zeit ab 14.07.2006, als es zu einer Ruptur der Supraspinatussehne gekommen sei, bis zur Begutachtung durch ihn fehle es an ausreichenden Befunden. Eine MdE von 20 sei erwägenswert.

Die Beklagte legte eine weitere Stellungnahme von Dr. T. vom 19.03.2010 vor.

Das SG holte die ergänzende Stellungnahme von Dr. J. vom 06.05.2010 ein. Eine suffiziente Beurteilung der MdE zwischen dem 08.04.2005 und dem 31.07.2006 sowie bis zu seiner Begutachtung am 08.02.2010 könne er nicht abgeben. Dazu fehle es an ausreichenden Befunden. Ab seiner Untersuchung schätze er die MdE mit 20 ein.

Die Beklagte legte nunmehr eine beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. T. vom 28.06.2010 vor.

Mit Urteil vom 23.05.2011 verurteilte das SG die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 22.12.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.04.2009 dem Kläger aufgrund des Arbeitsunfalls vom 07.10.2004 eine Rente nach einer MdE von 30 zu gewähren. Zur Begründung führte es aus, Prof. Dr. H. habe für das Gericht nachvollziehbar eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur angenommen. Die ergänzende Stellungnahme von Prof. Dr. L. nach Einsicht in die Röntgenbilder könne dem Urteil nicht zugrunde gelegt werden, weil die Röntgenbilder vom 12.10.2004 nicht standardisiert seien. Eine Gelegenheitsursache sei das Ereignis vom 07.10.2004 ebenfalls nicht, weil der Kläger seit Jahren körperlich schwerer Tätigkeit nachgegangen sei ohne dass es zu einer Schädigung der Rotatorenmanschette gekommen sei. Es sei deshalb nachvollziehbar, dass die Beschwerden an der Schulter auf die Folgen dieser Ruptur zurückzuführen seien. Diese seien mit einer MdE von 20 zu bewerten. Das ergebe sich zwanglos aus den von Dr. J. mitgeteilten Bewegungsausmaßen. Dazu sei zu berücksichtigen, dass nach den Feststellungen des SG im Urteil von 1995 eine MdE von 10 als Folge des Unfalls vom 27.09.1993 verblieben sei, so dass insgesamt eine Rente nach einer MdE von 30 zu gewähren sei.

Gegen das ihr am 08.06.2011 zugestellte Urteil richtet sich die am 29.06.2011 eingelegte Berufung der Beklagten, zu deren Begründung sie ausgeführt hat, die Einschätzung der MdE mit 30 sei nicht haltbar, weil jedes Unfallereignis eigenständig betrachtet werden müsse. Eine Vermischung der beiden Unfälle sei rechtswidrig. Auch sei eine Rotatorenmanschettenruptur nicht rechtlich wesentlich durch den Unfall vom 07.10.2004 verursacht. Sie hat sich mit den vorliegenden ärztlichen Gutachten und Stellungnahmen auseinander gesetzt.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 23. Mai 2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Hilfsweise das Verfahren zur erneuten Entscheidung und Verhandlung an das Sozialgericht Mannheim zurückzuverweisen.

Er verteidigt das erstinstanzliche Urteil.

Der Vorsitzende hat mit Beschluss vom 04.10.2011 die Vollstreckung aus dem Urteil ausgesetzt.

Betreffend die weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird Bezug genommen auf drei Bände Verwaltungsakten der Beklagten, einen Band Akten des Sozialgerichts Mannheim und die beim Senat angefallenen Akten.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung hat entscheiden können ([§124 Abs. 2 SGG](#)), ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig und teilweise begründet.

Die Berufung ist begründet, soweit das SG zu einer unbefristeten Rente nach einer MdE von mehr als 10 v.H. verurteilt hat. Dagegen ist die

Berufung unbegründet, soweit die vollständige Klageabweisung begehrt wird.

Das SG hat die Beklagte zu Unrecht zur Gewährung einer Rente nach einer MdE von 30 v.H. verurteilt.

Die Klage ist bereits unzulässig, soweit der Kläger die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung einer Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 27.09.1993 begehrt. Die Beklagte hat in dem hier angefochtenen Bescheid vom 22.12.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.04.2009 keine Entscheidung über die Gewährung einer Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 27.09.1993 getroffen. Der Kläger war insofern durch diese Bescheide nicht beschwert und konnte demzufolge insofern auch nicht zulässig Anfechtungsklage erheben. Die damit kombinierte Leistungsklage auf Zahlung einer Rente wegen der Folgen dieses Unfalls scheidet jedenfalls am fehlenden Rechtsschutzbedürfnis, denn dem Kläger steht mit einem Antrag nach [§ 44 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#) zur Überprüfung des nach Rechtskraft des Urteils vom 16.01.1997 bestandskräftigen Bescheids vom 11.04.1995 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 07.06.1995 und des weiteren Bescheids vom 10.05.1996 oder einem solchen auf Änderung dieser Bescheide nach [§ 48 SGB X](#) wegen einer wesentlichen Änderung der Sachlage in Folge des Hinzutretens eines weiteren Versicherungsfalles mit einer MdE von mindestens 10 eine einfachere Möglichkeit zur Erreichung seines Ziels offen als die Klage.

Sofern der Klageantrag so auszulegen war, dass der Kläger eine integrierende MdE Bemessung für beide Versicherungsfälle beehrte, war die Klage jedenfalls unbegründet soweit sie die Folgen des Arbeitsunfalls vom 27.09.1993 betrifft. Nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch \(SGB VII\)](#) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf Rente. Nach Satz 2 besteht für jeden Versicherungsfall ein Anspruch auf Rente, wenn die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert ist und die Vohundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20 erreichen. Nach dem insofern eindeutigen Wortlaut des Gesetzes sind für jeden Versicherungsfall die Folgen gesondert festzustellen und zu bewerten. Eine integrierende MdE für die Folgen mehrerer Versicherungsfälle sieht das Gesetz nicht vor.

Soweit das SG die Beklagte allein wegen der Folgen des Unfalls vom 07.10.2004 zu einer Rente nach einer MdE um 30 v.H. verurteilt hat, ist die Berufung der Beklagten teilweise begründet.

Dem Kläger steht wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 07.10.2004 nur eine Rente nach einer MdE von 10 v.H. zu. [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) setzt - wie das SG zutreffend ausgeführt hat - voraus, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten infolge eines Versicherungsfalles, vorliegend also des Arbeitsunfalls vom 07.10.2004, gemindert ist. Das bedeutet, dass zwischen dem Unfallereignis und dem vorliegenden Schaden ein ursächlicher Zusammenhang gegeben sein muss. Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung dieses Ursachenzusammenhangs der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (vgl. BSG, Urteile vom 09.05.2006 [B 2 U 1/05 R](#), SozR 4 2700 § 8 Nr. 17; [B 2 U 40/05 R](#), UV Recht Aktuell 2006, 419; [B 2 U 26/04 R](#), UV Recht Aktuell 2006, 497; alle auch veröffentlicht in Juris). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des ?Vollbeweises?, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG SozR 3 5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 mwN). Der Senat geht auf der Grundlage des vom SG ermittelten Sachverhalts davon aus, dass der Kläger sich bei dem streitigen Arbeitsunfall einen Anriss der Supraspinatussehne zugezogen hat.

Ob die Verursachung eines Gesundheitsschadens eines Versicherten ?durch? einen Arbeitsunfall festgestellt werden kann, entscheidet sich - bei Vorliegen einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne - letztlich danach, ob das Unfallereignis selbst und nicht eine andere, unfallunabhängige Ursache die wesentliche Bedingung für den Eintritt der Schädigung bildet (st. Rspr. des BSG; vgl. stellvertretend [BSGE 63, 277](#), 278 = SozR 2200 § 548 Nr 91 m.w.N.). Welcher Umstand entweder für den Eintritt eines Arbeitsunfalls oder für den Eintritt des Schadens als wesentlich angesehen werden muss, ist durch eine wertende Betrachtung aller in Frage kommenden Umstände zu ermitteln. Die einzelnen Bedingungen müssen gegeneinander abgewogen werden; ob eine von ihnen wesentlich den Erfolg mit bewirkt hat, ist anhand ihrer Qualität zu entscheiden. Auf eine zeitliche Reihenfolge oder die Quantität kommt es nicht an. Zur Bewertung der Qualität einer bestimmten Bedingung hat die Rechtsprechung (vgl. etwa [BSGE 59, 193](#), 195 = SozR 2200 § 548 Nr. 77 m.w.N.) vielfach auf die Auffassung des ?täglichen? oder ?praktischen? Lebens abgestellt. Anders als bei der für das Zivilrecht maßgebenden Adäquanztheorie (stellvertretend [BGHZ 137, 11](#), 19ff m.w.N.) folgt daraus keine abstrakt-generalisierende Betrachtungsweise; vielmehr ist die Kausalitätsbewertung in der gesetzlichen Unfallversicherung vom ex-post-Standpunkt aus anhand individualisierender und konkretisierender Merkmale des jeweiligen Einzelfalles vorzunehmen. Daher kommt es bei der Wertung im Bereich der Kausalität vor allem darauf an, welche Auswirkungen das Unfallgeschehen gerade bei der betreffenden Einzelperson mit ihrer jeweiligen Struktureigenheit im körperlich-seelischen Bereich hervorgerufen hat (vgl. [BSGE 66, 156](#), 158 = [SozR 3-2200 § 553 Nr. 1](#) m.w.N.). Gleichzeitig ist im Rahmen der gegenseitigen Abwägung mehrerer, zu einem bestimmten ?Erfolg? führender Umstände der Schutzzweck sowohl der gesetzlichen Unfallversicherung im Allgemeinen als auch der jeweils anzuwendenden Norm - hier der [§§ 27, 56 SGB VII](#) - zu berücksichtigen. Dies führt zu der Wertbestimmung, bis zu welcher Grenze der Versicherungsschutz im Einzelfall reicht (vgl. insgesamt BSG Urteil vom 09.12.2003 - [B 2 U 8/03 R](#) -, [SozR 4-2200 § 589 Nr. 1](#) m.w.N., Urteil des Senats vom 01.07.2011 - [L 8 U 197/11](#), Juris Rn. 26).

Gibt es neben der versicherten Ursache noch konkurrierende Ursachen, z.B. Krankheitsanlagen, so war die versicherte Ursache wesentlich, solange die unversicherte Ursache nicht von überragender Bedeutung war (BSG SozR Nr. 6 zu § 589 RVO, SozR Nr 69 zu § 542 RVO a.F.). Eine Krankheitsanlage war von überragender Bedeutung, wenn sie so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die (naturwissenschaftliche) Verursachung akuter Erscheinungen nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern jedes alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinungen verursacht hätte ([BSGE 62, 220](#), 222 f = SozR 2200 § 589 Nr. 10 S. 30). War die Krankheitsanlage von überragender Bedeutung, so ist die versicherte naturwissenschaftliche Ursache nicht als wesentlich anzusehen und scheidet als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts aus; sie ist dann bloß eine so genannte Gelegenheitsursache (BSG Urteil vom 12.04.2005 - [B 2 U 27/04 R](#) -, [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#)).

Nach diesen Maßstäben geht der Senat davon aus, dass die mit MRT-Aufnahme vom 09.11.2004 nachgewiesene Gesundheitsstörung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Folge des Arbeitsunfalls am 07.10.2004 war.

Dem MRT-Befund ist zu entnehmen, dass ein Anriss der Supraspinatussehne vorlag. Dem Befund selbst ist mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nicht zu entnehmen, dass der Anriss der Supraspinatussehne bereits vor dem Unfallereignis vorgelegen hatte. Zwar beurteilte Prof. Dr. L. in seiner ergänzenden Äußerung vom 22.05.2006 in Auswertung der Röntgenaufnahmen vom 12.10.2004 die im MRT-Befund ersichtliche Ergussbildung als einen möglichen Reizerguss und nicht als traumabedingte Einblutungen, was einen eindeutigen Hinweis auf einen strukturellen Vorschaden ergebe. Dem hat aber überzeugend Prof. Dr. H. widersprochen. Danach ist in der Kernspinaufnahme ein Teilriss der Sehne sichtbar, jedoch sind keine Zeichen einer Sehnenretraktion oder einer Muskelverschmächtigung erkennbar. Er geht deshalb von einem frischen Trauma aus. Letztlich nimmt Prof. Dr. L. auch nur einen möglicherweise degenerativ entstandenen Erguss an. Jedenfalls führt die von ihm anhand des aus dem Röntgenbild ersichtlichen Knochensporn gefolgerte Neigung zu häufigen Sehnenreizzuständen mit einer ?Ausdünnung? der Sehne, was die ansatznahe signalintense Durchsetzung der Kernspintomographie nahelegt, nicht zwingend zu dem Schluss, dass bereits ein Sehneneinriss vor dem Unfall vorgelegen haben muss. Für die Beurteilung eines unfallvorbestehenden Sehneneinrisses ist daher die MRT-Aufnahme nach den Beurteilungen der Sachverständigen nicht differenziert genug.

Auf der Grundlage weiterer nachgewiesener Anknüpfungstatsachen ist der Senat ebenso wie das SG zu der Überzeugung gelangt, dass diese nachgewiesene Supraspinatussehnenläsion hinreichend wahrscheinlich unfallbedingt entstanden ist. Dies ergibt sich aus den für den Senat als nachgewiesen erachteten Anknüpfungstatsachen einer geeigneten Unfalleinwirkung und einer verletzungstypischen Beschwerdesymptomatik.

Unstreitig ist zwischen den Beteiligten, dass am 07.10.2004 ein Arbeitsunfall eingetreten ist, bei dem der Kläger beim Abbauen eines Gerüsts ein herabfallendes Gerüstteil auffangen musste. Unstreitig ist weiter, dass die Mitarbeiter dem Kläger die Gerüstteile von oben nach unten herab reichten. Dazu streckte der Kläger jeweils Arme und Hände nach den herab zu reichenden Gerüstteilen aus. Dabei rutschte dem über ihm stehenden Mitarbeiter ein Gerüstteil ab, so dass der Kläger es auffangen musste. Folge dieses Arbeitsunfalls ist unstreitig zumindest eine Zerrung der rechten Schulter. Unstreitig ist weiterhin, dass die beim Kläger vorliegenden Knorpelschäden in der rechten Schulter nicht Folge dieses Unfalls vom 07.10.2004 waren.

Nach allen begutachtenden Ärzten und auch denjenigen, die im Laufe der beiden Gerichtsverfahren zum Sachverhalt Stellung genommen haben, setzt eine akute Supraspinatussehnenruptur einen bestimmten Befund voraus. Dazu gehört neben einem akuten stechenden Schmerz in der Schulter, der bis in den Oberarm reichen kann, eine Pseudoparalyse mit sog. Drop-Arm-Syndrom mit freier passiver Beweglichkeit und eine sofortige Arbeitsniederlegung. Dr. M. beschrieb in seinem Durchgangsarztbericht am 12.10.2004 gerade kein Drop-Arm-Syndrom. Darauf kommt es aber nicht an, denn entgegen der Annahme von Dr. T., Dr. A. und Dr. T. ist die vom Durchgangsarzt beschriebene Einschränkung der aktiven Armhebung nur bis unter die Horizontale die bei einem bloßen Anriss der Supraspinatussehne zu erwartende traumabedingte Beschwerdesymptomatik. Sowohl Prof. Dr. L. als auch Prof. Dr. H. haben diese vom Kläger durchgehend und daher glaubhaft geschilderte Funktionseinschränkung als mit einem traumatisch bedingten Teileinriss der Supraspinatussehne vereinbar bewertet. Ebenso hat der Kläger glaubhaft angegeben, sofort nach der Unfalleinwirkung Schmerzen verspürt zu haben und nicht mehr weiter gearbeitet zu haben. Er hat am Unfalltag den Arm nicht mehr anheben können und, nachdem die Schmerzen nicht besser geworden sind, den Arzt aufgesucht und schließlich eine Arbeitspause von einer Woche eingelegt (Anlage zur Unfallanzeige vom 16.11.2004). Diese Beschwerdesymptomatik ist von den vor dem SG als Zeugen vernommenen Mitarbeitern des Klägers zur Überzeugung des Senats auch weitgehend - insoweit war der mittlerweile mehr als drei Jahre zurückliegende Vorfalle erwartungsgemäß in der Erinnerung der nicht selbst betroffenen Zeugen auch teilweise verblasst und konkretere Angaben waren nicht zu erwarten bzw. wären überraschend gewesen - bestätigt worden. Bei der Vernehmung am 30.07.2007 hatte der Zeuge S. angegeben, er meine sich erinnern zu können, dass der Chef etwa einen Tag später gemerkt habe, nicht mehr mit abbauen zu können. Vergleichbares hatte auch der Zeuge B. bekundet, wonach ihm eine Woche später aufgefallen sei, dass der Chef Schulterbeschwerden hatte. Auch bei der Vernehmung am 13.02.2008 hatte der Zeuge S. bestätigt, dass der Chef das Gerüstteil auf dem Boden gelassen und gesagt hatte, er könne nicht mehr, weil er am Arm Beschwerden hatte. Der Chef sei dann weggegangen. Ab diesem Zeitpunkt habe der Zeuge den Platz auf dem Lkw, den vorher der Chef besetzt hatte, eingenommen. Dass der in der Sitzung am 30.07.2007 vernommene Zeuge K. angegeben hatte, nach seiner Erinnerung sei zwar etwas schief gelaufen, aber es sei kontinuierlich weiter gearbeitet worden einschließlich durch den Chef, widerlegt nicht die Angaben des Klägers und der anderen Zeugen, sondern bestätigt lediglich, dass der nicht besonders dramatische Vorgang in der Erinnerung der Zeugen nachträglich unterschiedlich bewertet wurde und keine aus Loyalität zu ihrem Chef aufeinander abgestimmte Aussagen der Mitarbeiter des Klägers vorliegen; zumal auch dieser Zeuge angegeben hat, dass ihm Schulterbeschwerden beim Chef bekannt gewesen sind. Unstreitig ist zwar, dass der Kläger auch nach dem 07.10.2004 noch einige Teile seiner Tätigkeit als Stuckateurmeister mit eigenem Betrieb ausgeübt hat und sich erst fünf Tage und damit nicht am gleichen oder am folgenden Tag in ärztliche Behandlung begeben hat. Das spricht entgegen den Ausführungen von Dr. T. und Dr. T., die im Ergebnis auch mit den Ausführungen von Prof. S. übereinstimmen, der bei seinen Ausführungen davon ausging, dass der Kläger sich sofort zum Arzt begeben hatte, nicht gegen einen traumatischen Supraspinatussehnenanriss. Es ist bei lebensnaher Betrachtung davon auszugehen, dass der Kläger als freiwillig versicherter Unternehmer sich seine Arbeit selbst einteilen konnte und seinem Vorbringen zu entnehmen ist, dass er sich in der Zeit nach dem Unfall bei durchgehend bestehender Schmerzhaftigkeit zunächst auf die Wahrnehmung der Arbeitsaufsicht seiner Mitarbeiter beschränkte und gegebenenfalls unvermeidbare körperliche Arbeiten nur ohne Belastung des rechten Armes ausführte.

Ebenso wie das SG geht auch der Senat vom Nachweis eines geeigneten Unfallhergangs aus. Ein isolierter Supraspinatussehnenriss wird von allen begutachtenden Ärzten in Übereinstimmung mit der einschlägigen Fachliteratur (Schönberger/Mehrtens/Valentin Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010 S. 412) lediglich als wesentliche Teilursache bei bestehender Degeneration der Supraspinatussehne für selten, aber möglich gehalten. Dabei wird der Ursachenzusammenhang zwischen einem (An-)Riss der Supraspinatussehne mit Unfallereignissen anhand einer Reihe von Kriterien festgemacht, die in der Begutachtung zu gewichten sind. Wie alle Gutachter und stellungnehmenden Ärzte ausgeführt haben, gehört dazu zunächst ein geeigneter Unfallmechanismus bei vor dem Ereignis muskulär fixiertem Schultergelenk. Der Unfallmechanismus muss eine plötzliche passive Bewegung beinhalten, die überfallartig eine Dehnungsbelastung der Supraspinatussehne bewirken kann. Eine Dehnung der Supraspinatussehne wird u.a. dann angenommen, wenn der Arm abrupt gewaltsam passiv nach körperwärts bewegt wird (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. S. 412). Von einem geeigneten Unfallmechanismus gehen alle begutachtenden Ärzte im Wesentlichen übereinstimmend aus. Soweit Dr. T. insofern ausführt, dass das Ereignis nicht geeignet sei, weil der Kläger auf die Übergabe des Gerüstteils gewartet habe, übersieht er, dass der Kläger nach seinen ? insofern von der Beklagten unbestrittenen Schilderungen ? ein Gerüstteil auffing, das seinem oberhalb von ihm stehenden Mitarbeiter aus der Hand gerutscht war. Insofern erwartete er die auf ihn einwirkende Kraftentfaltung des Gerüstteils nicht. Der

Senat geht deshalb ebenfalls von einem im Grundsatz geeigneten Unfallmechanismus aus.

Weiterer Hinweis auf eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette bzw. der Supraspinatussehne ist ein leeres Vorerkrankungsverzeichnis. Diese Voraussetzung liegt beim Kläger vor. Wie Dr. J. in Übereinstimmung mit Dr. A. und auch Prof. Dr. H. überzeugend ausgeführt hat, reicht zur Annahme einer Vorerkrankung nicht aus, dass der Kläger aufgrund eines Schulter-Arm-Syndroms zwanzig Jahre vor dem möglicherweise schädigenden Ereignis einige wenige Tage arbeitsunfähig war. Unabhängig davon, dass die Diagnose eines Schulter-Arm-Syndroms unspezifisch ist, spricht ein Zeitablauf von zwanzig Jahren eher dafür, dass eine weitere Behandlung der Schulter des bei der Krankenkasse später freiwillig ohne Anspruch auf Krankengeld versicherten Klägers nicht belegt ist.

Der rechtsverhindernde, auf die Stellungnahme ihrer Beratungsärzte gestützte Einwand der Beklagten, bei dem Teileinriss der Supraspinatussehne handele es sich um einen unfallvorbestehenden Vorschaden, ist von ihr nicht nachgewiesen (zur Beweislast vgl. Urteil des Senats vom 01.07.2011 - [L 8 U 197/11](#) - , [www.Sozialgerichtsbarkeit.de](#), Juris). Dies ist wie bereits oben ausgeführt dem MRT-Befund von 09.11.2004 nicht hinreichend sicher zu entnehmen.

Dass insgesamt bereits eine dermaßen stark ausgeprägte Vorschädigung der Supraspinatussehne vorgelegen hat, dass die Unfalleinwirkung nicht unersetzbar war, sondern jedes alltägliche Ereignis auch die Verletzung hätte verursachen können (Gelegenheitsursache), hat die Beklagte auch nicht hinreichend sicher nachgewiesen. Nach ständiger Rechtsprechung des Senats (vgl. zuletzt Urteil des Senats vom 23.03.2012 - [L 8 U 884/11](#) - m.w.N., [www.Sozialgerichtsbarkeit.de](#), Juris) ist der von der Beklagten zu erbringende Nachweis der eine Gelegenheitsursache begründenden Tatsache einer leichten, bereits bei Alltagsbelastung ansprechenden Verletzungsanfälligkeit entweder direkt aus erhobenen medizinischen Befunden über das Ausmaß der Vorschädigung oder indirekt über die Intensität der Unfalleinwirkung zu führen. Solche Anknüpfungstatsachen darstellende Umstände hat die Beklagte nicht nachgewiesen.

Gegen eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette bzw. der Supraspinatussehne spricht nach der Fachliteratur das Vorliegen einer Omarthrose, AC-Gelenksarthrose und eines Oberarmkopfhochstands (Schönberger/Mehrtens/Valentin ebenda S. 414). Das entspricht nicht der Annahme von Prof. Dr. L. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 22.05.2006, der mitteilte, dass eine primäre Schultergelenksarthrose kein Ausschlusskriterium sei, weil statistisch bei Menschen mit einer solchen Arthrose sogar weniger Rotatorenmanschettenrupturen aufträten. Insofern spricht die beim Kläger vorliegende AC Gelenksarthrose und die Omarthrose Grad IV, die sich intraoperativ herausstellte weder für noch gegen einen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 07.10.2004 und dem Supraspinatussehnenanriss in der rechten Schulter. Letztlich ist auch, wie oben zur Aussagekraft der MRT-Aufnahme über eine etwaige Vorschädigung ausgeführt, den Röntgenbildern und der MRT-Aufnahme aus den Jahren 2004 das Ausmaß der degenerativen Vorschädigung der Supraspinatussehne nicht zu entnehmen, insbesondere ist der Einfluss der arthrotischen Veränderungen auf die Substanz der Supraspinatussehne nach Prof. Dr. H. nicht hinreichend abzuschätzen. Dr. A. geht von Aufspaltungen der Sehne aus, begründete diese Bewertung aber in seinem Gutachten nicht näher.

Entgegen der Beklagten ist auch ein Humeruskopfhochstand den unfallnah gefertigten Röntgenaufnahmen vom Oktober 2004 als Ausdruck eines weiter fortgeschrittenen degenerativen Spannkraftverlustes der Rotatorenmanschette, insbesondere der Supraspinatussehne, nicht zu entnehmen. Die physiologische Funktion der Supraspinatussehne ist die Zentrierung des Oberarmkopfes in der Gelenkpfanne unterhalb des Schulterdaches - was Prof. Dr. H. in Auseinandersetzung mit der von Dr. T. behaupteten Zugrichtung darlegt -, weshalb bei degenerativ bedingtem substantiellem Schaden der Sehne der Oberarmkopf nicht mehr funktionsgerecht in der Gelenkpfanne gehalten wird. Soweit der Beratungsarzt Dr. T. der genannten Röntgenaufnahme einen solchen Befund zu entnehmen meint, ist dies nicht hinreichend gesichert, worauf sowohl Prof. Dr. L. wie auch Prof. Dr. H. unter Bezugnahme auf die nicht projektionsgerechte Aufnahmetechnik hingewiesen haben. Darüber hinaus ist von keinem der anderen begutachtenden Ärzten der Befund eines Humeruskopfhochstandes bereits zum Zeitpunkt des Unfalls beschrieben worden.

Aus der Unfalleinwirkung sind keine Rückschlüsse auf das Ausmaß der anzunehmenden degenerativen Veränderungen der Supraspinatussehne möglich, denn die Impulseinwirkung auf die Sehne, die beim reflexartigen Auffangen des Gerüststrahmens von 25-30 kg entstanden ist, ist mit keiner im Alltag auftretenden vergleichbaren Belastung (zu diesem Maßstab vgl. Urteil des Senats vom 23.03.2012 [a.a.O.](#)) gleichzusetzen. Insbesondere Prof. Dr. H. hat das Vorliegen einer Gelegenheitsursache ausdrücklich verneint. Hiergegen hat die Beklagte auch nichts Substantielles eingewendet, sondern sich auf die Einrede einer unfallvorbestehenden Rissbildung beschränkt.

Nach dem Gutachten von Prof. Dr. L. vom 13.02.2006, in dem noch von einer unfallbedingten Rotatorenmanschettenläsion ausgegangen wird, schätzt der Sachverständige die unfallbedingte MdE bis sechs Monate nach dem Unfall auf 20 v.H. und darüber hinaus auf 10 v.H. ein. Da sich die Beteiligten im Prozessvergleich vom 10.10.2008 auf eine unfallbedingte Verletztengeldzahlung bis 31.01.2005 einigten, ist unabhängig von der tatsächlich anzunehmenden Dauer der unfallbedingten, Verletztengeld begründenden Arbeitsunfähigkeit der Rentenbeginn ab 01.02.2005 festzusetzen ([§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#)). Zur Überzeugung des Senats beträgt die unfallbedingte MdE aufgrund des Supraspinatussehneteileinrisses nicht mehr als 10 v.H. Für die pauschale Differenzierung von Prof. Dr. L. zwischen dem Zeitraum von sechs Monaten und dem funktionell geringer belastenden Zeitraum danach sieht der Senat vorliegend keine Veranlassung, da die vorwiegend schmerzbedingt verursachte Funktionseinschränkung der mangelhaften Armhebung durchgehend auch von der progredient verlaufenden unfallunabhängigen Gelenkknorpelerkrankung mitbestimmt wird. Funktional kommt dem Sehnenanriss nach Prof. Dr. L. grundsätzlich keine größere Bedeutung zu, da ohne konkurrierende funktionelle Beeinträchtigung bereits im Dezember 2004 das Ende der hierdurch verursachten Arbeitsunfähigkeit hätte angenommen werden können. Faktisch wäre dagegen bei der zu berücksichtigenden konkurrierenden Knorpelerkrankung eine unfallbedingte längere Arbeitsunfähigkeit anzunehmen, was unter Umständen auch einen späteren Rentenbeginn gerechtfertigt hätte. Demzufolge ist eine hinreichend zuverlässige fiktive MdE-Einschätzung ab 01.02.2005 nicht möglich. Der Senat hält daher die von Prof. Dr. L. angegebene MdE um 10 v.H. nach Ende der von ihm angenommenen Phase der stärker belastenden Gewöhnung und Anpassung bereits ab diesem Zeitpunkt für gerechtfertigt.

Eine höhere MdE ist zur Überzeugung des Senats nicht zu begründen. Der entsprechenden MdE-Bewertung von Dr. J. schließt sich der Senat nicht an. Es fehlt an einem hinreichend wahrscheinlichen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem heute noch vorliegenden Beschwerdebild, das Dr. J. seiner MdE-Einschätzung zugrundelegt, und dem Anriss der Supraspinatussehne, der am 09.11.2004 festgestellt wurde.

Prof. Dr. L. hat in seinem Gutachten vom 13.02.2006 überzeugend und im Wesentlichen unbestritten von den anderen Stellung nehmenden Ärzten ausgeführt, dass ein traumatischer Sehnenanriss bzw. Anriss der Rotatorenmanschette üblicherweise von selbst ausheilt. Beim Kläger ist es nicht zu dieser Ausheilung sondern zu einer weiteren Schädigung der Supraspinatussehne gekommen. Prof. Dr. L. führt das ? mit überzeugenden Argumenten ? auf eine gestörte Durchblutung der Sehne infolge der unfallunabhängigen Schultergelenksarthrose zurück. Soweit die Schultergelenksarthrose bereits unfallvorbestehend war und eine Ausheilung der Sehnenverletzung verzögert hat, ist dies dem noch versicherten Risiko, wonach der Versicherte in seinem körperlichen Zustand zum Unfallzeitpunkt geschützt ist, zuzurechnen. Nach Prof. Dr. L. war der Kläger aber zum Zeitpunkt der ersten Röntgendiagnostik keiner ausgeprägten Schultergelenksarthrose ausgesetzt (vgl. Stellungnahme von 22.05.2006). Die - nach dem Unfall - unfallunabhängig fortschreitende Gelenkarthrose stellt deshalb einen unversicherten Nachschaden dar, dessen Auswirkungen auf die Unfallfolgen grundsätzlich nicht dem Risiko der Unfallversicherung unterfallen. Die - progrediente - Schultergelenksarthrose hat die Teilläsion der Sehne weiter verschlimmert. Diese innere Ursache ist die allein rechtlich wesentliche Ursache für die in der Folge fortschreitende Schädigung der Sehne, denn nach den überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. L. ist sie der alleinige Grund, warum es statt zu einer Heilung zu einer weiteren Degeneration der Supraspinatussehne des Klägers gekommen ist. Aus den zahlreichen weiteren ärztlichen Gutachten und Stellungnahmen ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die weitere Schädigung der Supraspinatussehne und der inzwischen erneut erfolgte Abriss derselben trotz der im August 2005 erfolgten Operation noch wesentlich auf den Unfall vom 07.10.2004 zurückzuführen sein soll.

Es fehlt auch an einem hinreichend wahrscheinlichen ursächlichen Zusammenhang zwischen den heute vorliegenden Bewegungseinschränkungen und den Muskelverschmächtigungen an der rechten Schulter und dem am 09.11.2004 festgestellten Supraspinatussehnenanriss. Dr. J. beschrieb in seinem für das SG erstellten Gutachten insofern eine Bewegungseinschränkung bei der Vorwärtshebung auf 105° mit Einschränkung auch der übrigen Beweglichkeit der rechten Schulter gegenüber links. Bei den Muskelprüfungen ergab sich eine leichte Schwäche des Supraspinatus-, Infrapinatus- und auch des Subscapularismuskels. Nacken- und Schürzengriff waren rechts gegenüber links abgeschwächt. Dr. J. führte alle diese Beschwerden auf den Supraspinatussehnenanriss zurück, der am 09.11.2004 festgestellt worden ist. Diese Schlussfolgerung ist nicht überzeugend, denn es liegen wesentliche andere Gesundheitsbeeinträchtigungen beim Kläger vor, die ebenfalls zur Bewegungseinschränkungen in der rechten Schulter führen, wie sowohl Prof. Dr. L. als auch Prof. Dr. H. dargelegt haben. Der Kläger leidet neben den Folgen des Anrisses der Supraspinatussehne auch an einer AC-Gelenksarthrose und an einer Omarthrose IV. Grades mit erheblichem Knorpeldefekt, die Prof. Dr. L. in seinem Gutachten vom 13.02.2006 als allein ursächlich für die weitere Entwicklung in der Zukunft bezeichnete. Sowohl eine Omarthrose erheblichen Ausmaßes als auch eine AC Gelenksarthrose sind für sich genommen geeignet, die von Dr. J. beschriebenen Bewegungseinschränkungen zu verursachen. Weiterhin ergeben sich aus den Ausführungen von Dr. J. auch in Zusammenschau mit den Erklärungen der anderen begutachtenden Ärzte keine Hinweise darauf, warum neben der leichten Schwäche und Muskelverschmächtigung des Supraspinatusmuskels auch die Schwäche des Infrapinatusmuskels und diejenige des Subscapularismuskels an der rechten Schulter Folge des am 09.11.2004 festgestellten Teilabrisses der Supraspinatussehne sein soll. Auch insofern ist der von Prof. Dr. L. prognostizierte Verlauf wahrscheinlicher, dass aufgrund der Schonhaltung infolge der Beschwerden aufgrund der Arthrose im Schultergelenk und der wiederholten Ruhigstellung desselben bei den verschiedenen Operationen zur Beseitigung des bestehenden Knorpeldefekts eine Verschmächtigung des gesamten Schultergelenks eingetreten ist, die nur zu einem geringen Teil auf den am 07.10.2004 eingetretenen Anriss der Supraspinatussehne zurückzuführen ist.

Der Senat geht daher auf der Grundlage der überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. L. davon aus, dass die funktionelle Beeinträchtigung des rechten Schultergelenkes ab 12.08.2005 nachweislich nicht mehr auf den unfallbedingten Einriss der Supraspinatussehne zurückzuführen ist, sondern allein wesentlich nur noch von dem unfallunabhängigen Nachschaden der Arthrose und der Knorpelerkrankung verursacht wird (überholende Kausalität). Dies beruht auf dem intraoperativen Befund der am 11.08.2005 durchgeführten Arthroskopie, bei der erstmals die viertgradige Chondromalazie mit Größenausdehnung von 2-3 cm im Bereich des Humeruskopfes diagnostiziert wurde (vgl. Befundbeschreibung im Gutachten von Prof. Dr. H. vom 22.08.2006). Auch Prof. Dr. H. bezeichnete den Knorpelschaden als unfallunabhängig und allein ursächlich für die im August 2005 und später im Januar 2006 wiederum eingetretene Funktionseinschränkung mit Arbeitsunfähigkeit (Stellungnahme vom 26.10.2006). Der Teilabriss der Supraspinatussehne wurde bei der Operation am 11.08.2005 beseitigt und zeigte danach keine Folgen mehr, so dass nach dieser Operation allein unfallunabhängige Beschwerden in der rechten Schulter vorlagen, die eine MdE von 10 v.H. nicht rechtfertigen.

Der im Jahr 2006 festgestellte volle Abriss der Supraspinatussehne ist nicht mehr Unfallfolge. Es ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass der nunmehr vorliegende Abriss noch Folge des Unfalls oder des vorher vorliegenden Supraspinatussehnenanrisses ist. Vielmehr spricht nach dem oben Gesagten mehr dafür, dass der nunmehr vorliegende Abriss Folge der fortschreitenden unfallunabhängigen Gelenkarthrose ist.

Aus diesen Überlegungen heraus ist auch die vom Sozialgericht angenommene Verstärkung der unfallbedingten Funktionseinschränkung der Supraspinatussehnenläsion mit MdE-erhöhender Wirkung durch den bereits wegen der Bizepssehnenruptur vorgeschädigten Arm nicht begründbar. Eine weitere funktionelle Beeinträchtigung der Schulterbeweglichkeit ist diesen medizinischen Befunden nicht zu entnehmen.

Andererseits ist von Dr. J. überzeugend dargelegt worden, dass die Bizepssehnenruptur als Folge des anerkannten Arbeitsunfalls vom 04.10.1993 weiterhin mit einer MdE um 10 v.H. zu bemessen ist. Dies stimmt mit dem Gutachten von Prof. Dr. W. vom 03.03.1995 überein, der für die Folgen dieses Unfalls eine MdE von 10 v.H. auf Dauer eingeschätzt hatte. Da jedenfalls im Zeitraum vom 01.02.2005 bis 11.08.2005 jeweils eine MdE um mindestens 10 v.H. aus zwei verschiedenen Versicherungsfällen vorgelegen hat, hat der Kläger Anspruch auf befristete Verletztenrente wegen des Versicherungsfalles vom 07.10.2004 als Stützrente nach [§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) nach der MdE von 10 v.H.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#) und berücksichtigt den überwiegenden Erfolg der Berufung der Beklagten.

Gründe für eine Zulassung der Berufung bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-12-15