
S 2 U 699/03

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 2 U 699/03
Datum	11.05.2004

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 U 3738/04
Datum	10.07.2006

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 11. Mai 2004 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls vom 6. September 1999.

Der 1957 geborene Kläger war als Zaunschlosser und Monteur an seinen Angaben nach fast ausschließlich auf Montage als Vorarbeiter im Betrieb seines Bruders beschäftigt und betrieb im Nebenerwerb einen landwirtschaftlichen Betrieb. Am 6. September 1999 stürzte er auf der Fahrt mit seinem Motorroller von seinem Arbeitsplatz nach Hause. Er erlitt eine wenig dislozierte Skapulahalsfraktur (Fraktur des Schulterblatts) links. Des Weiteren fanden sich oberflächliche Schürfwunden am rechten Ellenbogen und Knie (Durchgangsarztbericht des Dr. K. vom 6. September 1999). Dr. K. gab im Durchgangsarztbericht weiter an, der Kläger habe seit Monaten belastungsabhängige und nächtliche Schmerzen in

beiden Schultern, rechts mehr als links. Nachdem nach Abnahme des Verbands und anschließenden krankengymnastischen Bewegungsübungen eine deutliche Armhebeschwäche aufgefallen war, veranlasste Dr. K. eine Untersuchung durch den Neurologen Dr. N. (Bericht vom 21. Oktober 1999). Bei der Untersuchung am 26. Oktober 1999 war eine Nervenläsion nicht nachweisbar. Die Diskrepanz zwischen Abduktionsfähigkeit im Stehen und fehlender Abduktionsfähigkeit des Arms im Liegen sei durch die Schmerzhemmung, aber nicht neurogen erklärt (Bericht des Dr. N. vom 27. Oktober 1999). Auch bei einer im Rahmen eines stationären Heilverfahrens erfolgten weiteren neurologischen Untersuchung fand sich kein pathologischer Befund (Bericht des Privatdozent Dr. T. vom 19. Januar 2000). Eine am 28. Januar 2000 durchgeführte Kernspintomographie der linken Schulter zeigte am Oberrand der linken Skapula ein kleines subkutanes Lipom ohne Hinweise auf Malignität. Bei Entlassung aus dem stationären Heilverfahren am 15. Februar 2001 war die Beweglichkeit im Bereich der linken Schulter frei. Lediglich bei endgradiger Flexion und Abduktion traten noch Schmerzen im Bereich des Margo medialis scapulae links und im Bereich des linken Musculi rhomboidei (Dornfortsätze des 6. und 7. Halswirbels und des 1.-4. Brustwirbels) auf (Bericht des Prof. Dr. W. vom 24. Februar 2000). Am 24. Februar 2000 erfolgte eine Belastungserprobung im Betrieb.

Am 19. Mai 2000 erlitt der Kläger bei Stallarbeiten in seinem landwirtschaftlichen Betrieb eine Ulnaschaftsfraktur (Bruch der Elle), weshalb bis 2. Juli 2000 Arbeitsunfähigkeit bestand. Vom 19. Mai 2000 bis 2. Juli 2000 und vom 28. November 2000 bis 12. Dezember 2000 zahlte die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Baden-Württemberg Verletzengeld.

Im Auftrag der Beklagten erstattete Prof. Dr. K. das Gutachten vom 7. August 2000. Wie schon bei einer vorangegangenen Untersuchung ergab die Untersuchung der Beweglichkeit beider Schultergelenke eine nahezu seitengleiche freie Beweglichkeit für Spreiz- und Anheb- bzw. Streckung und Beugung. Er kam zum Ergebnis, als Unfallfolgen beständen ein Zustand nach konsolidierter konservativ behandelte Skapulahalsfraktur links mit reflektorischer Schonhaltung und Muskelverspannung links paravertebral, Muskelverschmächtigung des linken Oberarms ca. 2 cm im Seitenvergleich und glaubhaften subjektiven Beschwerden, die durch eine Reflexschonhaltung der linken Schulter erklärbar seien. Unfallunabhängig bestehe eine seit 1995 vorbehandelte Periarthropathia humeroscapularis (Sammelbezeichnung für verschiedene degenerative Prozesse im Bereich von Rotatorenmanschette, Gelenkkapsel oder langer Bizepssehne am Schultergelenk, die zu einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung führen) beidseits, ein Lipom supraskapulär links sowie eine Degeneration der Halswirbelsäule, insbesondere eine beginnende vordere Spangenbildung C 6/C 7. Es werde empfohlen, umgehend EAP-Maßnahmen zur Wiederherstellung der schmerzbedingten Muskelreflexverspannungen bei mittlerweile freier Schultergelenksbeweglichkeit einzuleiten und einen Arbeitsversuch von sechs Stunden pro Tag durchzuführen. Bis zum Abschluss der EAP betrage die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) 20 vH, anschließend unter 10 vH. Die empfohlene EAP-Maßnahme wurde nicht eingeleitet, da zunächst das Ergebnis der Untersuchung in einer Schmerzklinik abgewartet werden sollte.

Der Arzt für Anästhesiologie Dr. B. kam im Gutachten vom 10. November 2000 zum Ergebnis, vorrangig liege ein myofasciales Schmerzsyndrom der Mm. rhomboidei sowie des M. serratus anterior links (Rumpffixierung der Scapula, Drehung der Scapula um den Angulus lat. (ermöglicht Heben des Arms über die Horizontale), Heben der Rippen (Atemhilfsmuskel)). Von einer deutlichen Chronifizierungstendenz sei auszugehen. Durch das Schmerzsyndrom sei die muskuläre Belastbarkeit des Klägers, der zudem Linkshänder sei, massiv eingeschränkt. Eine spezielle schmerztherapeutische Behandlung werde empfohlen. Diese erfolgte stationär vom 7. Februar 2001 bis 21 März 2001 und es konnte eine deutliche Verbesserung erreicht werden, eine Arbeitsfähigkeit im Rahmen seiner bisherigen Tätigkeit in absehbarer Zeit wurde aber nicht als möglich angesehen, da Tätigkeiten, bei welchen der Kläger Kraftanstrengungen mit dem linken Arm ausführen müsse (z.B. Heben, Halten und Tragen von Lasten über drei Kilogramm), ausgeschlossen seien, ebenso belastungsfreie repetitive Beanspruchungen des linken Arms und auch eine sitzende Tätigkeit, da er sich nicht über längere Zeit anlehnen könne (Bericht des Dr. B. vom 4. April 2001).

Auch nach Ende dieser stationären Behandlung sah sich der Kläger auf Grund massiver Schmerzen nicht in der Lage, körperliche Arbeiten auszuführen. Zum 30. April 2001 stellte die Beklagte die Zahlung von Verletztengeld ein. Der Kläger meldete sich zum 1. Mai 2001 arbeitslos. Gegenüber dem zuständigen Arbeitsamt erklärte sich die Beklagte   wie schon zuvor gegenüber dem Kläger   grundsätzlich bereit, Leistungen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation zu gewähren (Eingliederungshilfen einem Arbeitgeber, Leistungen im Rahmen einer Qualifikation bzw. Weiterbildung), lehnte aber qualifizierte Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne einer Umschulung ab (Schreiben vom 18. Juni 2001). Hierauf verwies sie in einem späteren Schreiben vom 6. Februar 2002 an den Kläger.

Im Ersten Rentengutachten vom 23. Oktober 2001 führte Dr. K. aus, als Folge der Skapulafraktur finde sich eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit im linken Schultergelenk im Vergleich zu rechts und sehr starke Schmerzen, vor allem am medialen Scapularand, die glaubhaft aber durch die körperliche Untersuchung nicht erklärbar seien. Es bestehe der dringende Verdacht auf eine Fehlverarbeitung der Schmerzen mit reaktiver Depression im Sinne einer posttraumatischen Neurose, weshalb eine zusätzliche psychiatrisch-neurologische Zusatzbegutachtung empfohlen werde. Erst danach könne die MdE festgesetzt werden.

Vom 4. März 2002 bis 17. April 2002 fand eine weitere stationäre schmerztherapeutische Behandlung statt, in der aus therapeutischer Sicht das Therapieziel gr tenteils als erreicht angesehen wurde (Bericht des Dr. L. vom 3. Juni 2002). Im Gutachten vom 3. Juni 2002 diagnostizierte der Arzt für Anästhesiologie Dr. L. ein chronifiziertes myofasciales Schmerzsyndrom der linken Schultergürtelmuskulatur, betont der am medialen Schulterblattrand einsetzenden Muskulatur durch ungünstige Arbeitshaltungen (ICD 10 M 79.8) sowie unfallassozierte psychologische Verhaltensfaktoren (ICD 10 F 54) und

fürte weiter aus, die längst ausgeheilte Fraktur dürfte die Schmerzenentstehung keine maßgebliche Rolle spielen. Weder die ausgeheilte Skapulahalsfraktur noch das nach dem Unfall entstandene Lipom lieferten eine ausreichende Erklärung für chronische Schmerzkrankheit. Eine rein somatische Ursache für die anhaltenden Schmerzen sei nicht zu sichern. Die psychologischen Auffälligkeiten des Persönlichkeitsprofils bieten hingegen Anhaltspunkte für eine Erklärung der Schmerzaufrechterhaltung. Aus der Scapulafraktur sei keine anhaltende MdE verblieben. Die Schmerzen minderten die Erwerbsfähigkeit vergleichbar in Form eines Schultergelenkschadens, der eine aktive Anteversion bis 120 Grad erlaube und für den eine MdE von 10 vH zu veranschlagen sei.

Gegenüber der Beklagten erklärte der Kläger, sich maximal eine Halbtagsfähigkeit vorstellen zu können. Bei verschiedenen Arbeitsversuchen bei seinem Bruder habe er nach zwei bis drei Stunden leichter Tätigkeit erschöpfungsbedingt Pausen einlegen müssen. Er könne sich nicht vorstellen, wieder vollschichtig erwerbsfähig zu sein (Aktenvermerk vom 27. Juni 2002).

Auf Veranlassung der Beklagten erstattete schließlich Privatdozent Dr. S. das neurologische Gutachten vom 23. August 2002. Auf neurologischem Gebiet konnte er keinen auffälligen Befund erheben und fand auch rückblickend keine Hinweise für eine Armnerven- oder Armplexusschädigung als Ursache der Beschwerden. Der psychiatrische Befund sei hingegen auffällig gewesen. Es habe eine Fixierung auf die Beschwerden mit labiler Affektlage bestanden. Es hätten sich jedoch keine Anhaltspunkte für eine klinische relevante depressive Stimmung oder eine wahnhaft-erkrankung ergeben. Schließlich habe ein Widerspruch zwischen dem Ausmaß der geltend gemachten Beschwerden und der objektiv regelrecht kräftigen Muskelausprägung des linken Schultergürtels und des linken Arms bestanden. Beim Kläger handle es sich um einen einfach strukturierten Menschen mit einer Neigung zu labiler Affektregulation und histrionischen Wesensmerkmalen. Diese Charaktereigenschaften hätten die Verarbeitung des an sich nicht schwerwiegenden Unfallereignisses erschwert. Da keine Unfallfolgen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet vorlägen, sei keine Erwerbsminderung auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet anzunehmen.

Dr. K. bewertete nach Kenntnis des Gutachtens des Privatdozent Dr. S. die MdE mit 10 vH (Schreiben vom 14. Oktober 2002).

Die Beklagte lehnte einen Anspruch auf eine Rente ab (Bescheid vom 2. Dezember 2002). Die Unfallfolgen (am linken Arm unter geringer Einstauchung knöchern fest verheilte Skapulahalsfraktur, leichte Bewegungseinschränkung im Schultergelenk) bedingten eine MdE in Höhe von 10 vH. Den Widerspruch des Klägers wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten zurück (Widerspruchsbescheid vom 6. März 2003). Zur Begründung verwies er auf die Gutachten des Privatdozent Dr. S. und des Dr. K.;

Der Kläger, der seit 15. Februar 2003 als Außendienstmitarbeiter mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 20 Stunden im Betrieb seines Bruders beschäftigt ist und seinen Angaben nach Baustellen ausmisst und Verkaufsberatung

durchgeführt, hat am 28. März 2003 Klage beim Sozialgericht Ulm erhoben und sinngemäß auf sein Vorbringen im Verfahren betreffend die Leistungen zur Teilhabe verwiesen. Der Unfall habe erhebliche belastende Schmerzerscheinungen zur Folge, die, wenn auch seit der schmerztherapeutischen Behandlung im Jahre 2002 etwas gemindert, noch bestanden. Bei den Schmerzbelastungen und den zum Teil unerfreulichen und schmerzhaften Behandlungen sei seine Persönlichkeitsstruktur erheblich verändert worden.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) haben Dr. L. das unfallchirurgisch-orthopädische Gutachten vom 12. Januar 2004 und Dr. E. das nervenärztliche Zusatzgutachten vom 11. Dezember 2003 erstattet.

Dr. L. hat ausgeführt, die Skapulahalsfraktur sei mit einer Fehlstellung in medialisierter Stellung des Glenoides (Cavitas glenoidalis = Gelenkpfanne für den Humeruskopf am Schulterblatt) unter Eintauchung des Glenoides in den Skapulahals und in den Scapulakörper ausgeheilt. Bei diesen Verletzungen könne es durchaus zu zusätzlichen, vorübergehenden Schädigungen der die schulterblattstabilisierenden Muskulatur versorgenden Nerven kommen. Hieraus habe in der Folgezeit eine schmerzhaft Schonung des linken Schultergelenks resultiert und es sei zu einer Fehlführung des Schulterblatts auf dem Rumpf und damit zu einem so genannten sekundären Impingement des Oberarms unter dem Schulterdach gekommen. Auf Grund der starken Schmerzhaftigkeit habe sich eine chronische Schmerzsymptomatik entwickelt. Anhalt für degenerative Schädigungen des Schultergelenks lägen auf Grund der durchgeführten bildgebenden Verfahren nicht vor. Auf Grund der zur Zeit bestehenden erheblichen Schmerzsymptomatik und des deutlichen Verlusts der Belastbarkeit, Kraft und Leistungsfähigkeit der linken Schulter bestehe zur Zeit eine MdE und voraussichtlich bis auf weiteres von 30 vH. Mögliche Leistungen, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen oder zu verbessern, beständen in einer gezielten Rehabilitation mittels eines speziell ausgebildeten Physiotherapeuten oder eines spezialisierten Zentrums.

Dr. E. hat ausgeführt, beim Kläger handele es sich um ein myofasciales Schmerzsyndrom nach einer traumatisch bedingten Verletzung der Schulter. Es bestehe kein Anhalt für eine posttraumatische Schädigung von Nervenwurzeln und Nerven im Bereich der Schulter- und Oberarmmuskulatur. Die geschilderten Beschwerden und das Schmerzsyndrom seien glaubhaft. Auch sei eine reaktive Depression höchstwahrscheinlich auf den chronischen Schmerzzustand und die verminderte Leistungsfähigkeit durch die Schmerzen festzustellen. Eine Fortführung der schmerztherapeutischen und psychotherapeutischen Maßnahmen könne durchaus zu einer Verbesserung der Symptomatik beitragen.

Die Beklagte hat die beratungsärztliche Stellungnahme des Chirurgen Dr. P. vom 19. Februar 2004 vorgelegt. Auffällig seien die völlig unterschiedlichen Angaben über die Einschränkung der aktiven Beweglichkeit des linken Schultergelenks. Die Ausführungen im Gutachten des Dr. L. bewiesen, dass die Persönlichkeitsstruktur des Versicherten zu der unfallunabhängigen reaktiven

Depression gefÃ¼hrt habe, die sich im Laufe der Jahre entwickelt habe.

Das Sozialgericht hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 11. Mai 2004). Die noch verbliebenen Unfallfolgen seien im angefochtenen Bescheid vollstÃ¤ndig genannt und zutreffend mit einer MdE von 10 vH bewertet. Es sei nicht wahrscheinlich, dass das beim KlÃ¤ger bestehende Schmerzsyndrom auf den erlittenen Arbeitsunfall zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden kÃ¶nne. Privatdozent Dr. S. habe unter Auswertung der Aktenlage, insbesondere der Gutachten vom 10. November 2000 und 3. Juni 2002 auf seinem Fachgebiet keine (wesentlichen) Unfallfolgen herausarbeiten kÃ¶nnen, vielmehr darauf hingewiesen, dass bereits die objektive regelrechte krÃ¤ftige MuskelausprÃ¤gung des linken Schultergelenks und des linken Arms gegen das vom KlÃ¤ger behauptete Schmerzsyndrom spreche. Dies leuchte umso mehr ein, als der KlÃ¤ger sich am 19. Mai 2000 beim Ausmisten eines Stalls einen Bruch am linken Unterarm zugezogen habe. Dem Gutachten der Dr. E. sei nicht zu folgen, weil sie sich bezÃ¼glich des als posttraumatisch beschriebenen Schmerzsyndroms allein auf die Angaben des KlÃ¤gers gestÃ¼tzt habe.

Gegen das seinen ProzessbevollmÃ¤chtigten am 5. August 2004 zugestellte Urteil hat der KlÃ¤ger am 30. August 2004 Berufung eingelegt. Er hat auf das unfallchirurgische Gutachten des Privatdozent Dr. G. vom 6. September 2002 und das neurologische Gutachten des Privatdozent Dr. B. vom 8. Januar 2003 verwiesen, die fÃ¼r die private Unfallversicherung erstattet worden sind. Privatdozent Dr. G. hat als Unfallfolgen eine knÃ¶chern konsolidierte Skapulahalsfraktur links, eine geringgradige BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Schultergelenks und eine geringfÃ¼gige Belastungsminderung des linken Arms bezeichnet mit einer EinschrÃ¤nkung der FunktionsfÃ¤higkeit des linken Arms von derzeit 1/20. Privatdozent Dr. B. hat als Folge der Skapulafraktur ein chronifiziertes nozizeptives Schmerzsyndrom mit einer dauerhaften unfallbedingten BeeintrÃ¤chtigung der LeistungsfÃ¤higkeit mit 30% angenommen und keine bestehenden psychischen StÃ¶rungen gefunden. Des Weiteren hat der KlÃ¤ger den Abschlussbericht Ã¼ber ein vom 14. MÃ¤rz 2005 bis 4. April 2005 durchgefÃ¼hrtes Heilverfahren vorgelegt, wonach die intensive Therapie zu einer Beschwerdelinderung und Funktionsverbesserung gefÃ¼hrt habe, der KlÃ¤ger leichte Arbeiten vollschichtig ausÃ¼ben und die zuletzt berichtete TÃ¤tigkeit als VerkÃ¤ufer mit diesem Leistungsbild korreliere.

Der KlÃ¤ger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 11. Mai 2004 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 2. Dezember 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6. MÃ¤rz 2003 abzuÃ¤ndern und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab 1. Mai 2001 Verletztenrente zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt das angefochtene Urteil fÃ¼r zutreffend.

Der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. H. hat auf Anforderung des Senats an seinen Praxisvorgnger gegangene Befundberichte aus den Jahren 1991 bis 1999 übersandt, in denen über Behandlungen des Klägers wegen Beschwerden im Bereich der Schulter berichtet wird (Schreiben vom 2. Juni 2005). Des Weiteren haben als sachverständige Zeugen der Arzt H. ber eine Akupunkturbehandlung wegen der chronischen Schmerzen (Schreiben vom 28. Oktober 2005) sowie Dr. C. ber die seit 6. September 1999 erfolgte Behandlung (Schreiben vom 1. Dezember 2005) berichtet.

Prof. Dr. L. hat das orthopädische Gutachten vom 26. Juli 2005 erstattet. Folge des Arbeitsunfalls sei ein in geringer Fehlstellung verheilter Bruch des Schulterblatthalses mit endgradiger aktiver Bewegungseinschränkung bei passiv freier Beweglichkeit der linken Schulter. Die auf orthopädischem Fachgebiet objektivierbaren strukturellen Veränderungen im Bereich der linken Schulter erklären nicht die von dem Kläger seit 1999 permanent geklagten Schmerzen und die angegebene Gebrauchsbeeinträchtigung des linken Arms. Grundsätzlich sei bei der erheblichen Gewalteinwirkung auf die linke Schulter im Rahmen des Verletzungsereignisses auch an eine Schädigung des Armnervengeflechts zu denken. Dieses sei jedoch durch mehrere neurologische Untersuchungen zeitnah und im weiteren Heilverlauf ausgeschlossen worden. Es seien deshalb keine weiteren verletzungsbedingten Schäden im Bereich des Schultergürtels anzunehmen. Auf Grund der auf orthopädischem Fachgebiet objektivierbaren Unfallfolgen bestnden derzeit und in Zukunft keine relevanten Leistungseinschränkungen. Auf Grund der aktiv demonstrierten endgradigen Bewegungseinschränkung seien schwere körperliche Tätigkeiten nicht ausführbar, bei welchen längere Zeit über Kopfhöhe gearbeitet oder in dieser Position schwere Gegenstände gehalten werden müssten. Die MdE durch Unfallfolgen sei für sechs Wochen (bis zum 21. Oktober 1999) mit 100 vH, anschließend bis 6. Dezember 1999 mit 50 vH und anschließend bis zum 6. März 2000 mit 30 vH einzuschätzen. Der bei der Begutachtung am 7. August 2000 dokumentierte Befund bedinge eine MdE von unter 10 vH.

Prof. Dr. W. hat das neurologisch-psychiatrische Gutachten vom 21. März 2006 erstattet. Die inzwischen vorliegenden Unterlagen belegten eindeutig, dass bereits vor dem Unfallereignis erhebliche Beschwerden im Bereich der linken Schulter bestanden hätten, die in den Monaten vor dem Unfallereignis zu mehrfachen ärztlichen Vorstellungen führten, sodass von einer vorübergehenden Verschlechterung der vorbestehenden Schulterproblematik auszugehen sei. Die jetzt diagnostisch am ehesten als Panikattacken zu erkennenden Symptome stnden in einem ausgeprägten Missverhältnis zur Schwere des Unfallereignisses. Das Unfallereignis sei nur ein Baustein in der Entwicklung des geklagten Schmerzsyndroms, und nicht zuletzt seien auch bewusstseinsnahe Versorgungswnsche nicht von der Hand zu weisen. Entsprechend habe das Unfallereignis zwar ohne Frage zur Entwicklung der aktuellen Symptomatik beigetragen. Es sei jedoch nicht erkennbar, dass ihm gemäß den rechtlichen Vorgaben das Kriterium der "Wesentlichkeit" zukäme. Auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet seien keine in wesentlicher Weise durch den Arbeitsunfall verursachten Unfallfolgen zu erkennen. Der Diagnose eines

nozizeptiven Schmerzsyndroms im Gutachten des Prof. Dr. B. könne er nicht folgen, ebensowenig dem Gutachten der Dr. E., die von einer reaktiven mittelschweren Depression von Krankheitswert spreche. Er könne allerdings auch nicht ausschließen, dass eine solche vor zwei Jahren vorgelegen habe.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des Sozialgerichts, die vom Senat beigezogene Unfallakte der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft Baden-Württemberg sowie die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerechte und auch nach [Â§ 144 Abs. 1 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers ist zulässig, aber nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 2. Dezember 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheid vom 6. März 2003 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 6. September 1999 hat der Kläger keinen Anspruch auf eine Rente.

Nach [Â§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vom Hundert gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Versicherungsfälle sind nach [Â§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) u.a. Arbeitsunfälle. Arbeitsunfälle sind nach [Â§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [Â§ 2, 3 oder 6](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Versicherte Tätigkeiten sind nach [Â§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#) auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit. Dass der Kläger am 6. September 1999 zum Zeitpunkt des Unfalls auf einem mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit befand, ist zwischen den Beteiligten nicht umstritten.

Voraussetzung für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge eines Arbeitsunfalls ist ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der eingetretenen bzw. bestehenden Gesundheitsstörung (haftungsausfüllende Kausalität). Für die Beurteilung dieses Zusammenhangs gilt nach der ständigen Rechtsprechung des BSG, der der Senat folgt, die Theorie der wesentlichen Bedingung. Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung genügt abweichend von einer naturwissenschaftlich-philosophischen Kausalitätsbetrachtung nach der Bedingungs- oder Äquivalenztheorie ("conditio sine qua non") nicht jedes Glied in einer Ursachenkette, um die Verursachung zu bejahen, weil dies zu einem unendlichen Ursachenzusammenhang führt. Als kausal und im Sozialrecht erheblich werden vielmehr nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zu dem Gesundheitsschaden zu dessen Eintritt "wesentlich" beigetragen haben. Das heißt, dass nicht jeder Gesundheitsschaden, der durch ein Ereignis naturwissenschaftlich verursacht wird, im Sozialrecht als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit anerkannt

wird, sondern nur derjenige, der "wesentlich" durch das Ereignis verursacht wurde. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besonderen Beziehungen der Ursache zum Eintritt des Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Was den anzuwendenden Beweismaßstab anbelangt, gelten für das Vorliegen des Ursachenzusammenhangs verminderte Anforderungen. Während die Grundlagen der Ursachenbeurteilung – versicherte Tätigkeit, Einwirkung, Erkrankung – eine an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit erforderlich ist, genügt der Zusammenhang zwischen Einwirkung und Erkrankung aufgrund der mit der zumeist medizinischen Beurteilung dieses Zusammenhangs bestehenden tatsächlichen Schwierigkeiten eine hinreichende Wahrscheinlichkeit. Diese liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände die den wesentlichen Ursachenzusammenhang sprechenden so stark überwiegen, dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann und ernste Zweifel ausscheiden; die bloße Möglichkeit einer wesentlichen Verursachung genügt nicht (zum Ganzen: z.B. BSG, Urteil vom 7. September 2004 – [B 2 U 34/03 R](#) – m.w.N.).

1. Der Kläger erlitt bei dem Arbeitsunfall eine Skapulahalsfraktur. Diese ist in leichter Fehlstellung verheilt. Die passive Beweglichkeit des linken Schultergelenks ist frei, die aktive Beweglichkeit ist endgradig eingeschränkt. Dies ergibt sich aus dem für den Senat überzeugenden Gutachten des Prof. Dr. L., das der Senat seiner Entscheidung zu Grunde legt. Dieses Gutachten steht in wesentlichen Punkten auch in Übereinstimmung mit den Ausführungen anderer Gutachten. Die Untersuchung durch Prof. Dr. K. für sein Gutachten vom 7. August 2000, das der Senat urkundenbeweislich verwertet, ergab eine nahezu seitengleiche freie Beweglichkeit der Schultergelenke für Spreiz- und Anhebelbewegung, ebenso für Streckung und Beugung. Dr. K. beschrieb in seinem Gutachten vom 23. Oktober 2001, das der Senat ebenfalls urkundenbeweislich verwertet, eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit im linken Schultergelenk im Vergleich zu rechts. Auch das unfallchirurgische Gutachten des Privatdozent Dr. G. vom 6. September 2002, das dieser für die private Versicherung des Klägers erstattete und das der Senat als Parteivorbringen des Klägers berücksichtigt, bestätigt dies. Auch er beschreibt als Unfallfolgen eine knöchern konsolidierte Skapulahalsfraktur, eine posttraumatische geringgradige Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks und eine posttraumatische geringfügige Belastungsminderung des linken Arms.

Dass im Bereich des linken Schultergelenks keine erheblichen funktionellen Defizite bestehen, ergibt sich weiter daraus, dass alle Ärzte, die den Kläger gutachterlich untersucht haben, übereinstimmend beschrieben haben, dass die Umfangsmaße links von denen rechts nicht abweichen. Diese seitengleichen Umfangsmaße sprechen dafür, dass der Kläger den linken Arm einsetzt. Bei einer schmerzbedingten Schonhaltung wäre eine Umfangsminderung im Bereich der verletzten Schulter wegen des verminderten Gebrauchsinsatzes des linken Arms zu erwarten. Dies findet seine Bestätigung darin, dass Dr. K. und Prof. Dr. W. bei ihren Untersuchungen eine seitengleiche, kräftig ausgebildete Handbeschielung fanden. Diese Befunde hat Prof. Dr. W. in seinem Gutachten zu Recht als

Widerspruch zum Ausmaß der geltend gemachten Beschwerden angesehen. Auch Privatdozent Dr. S., dessen Gutachten vom 23. August 2002 der Senat urkundenbeweislich verwertet, hat zu Recht auf das Ausmaß der geltend gemachten Beschwerden und der objektiv regelrecht kräftigen Muskelausprägung des linken Schultergürtels und des linken Arms verwiesen. Bei seiner körperlichen Untersuchung zeigte sich ein muskelkräftiger Proband, wobei die Umfangsmaße und die Ausprägung auch der Schultergürtelmuskulatur so waren, wie bei einem körperlich arbeitenden Linkshänder zu erwarten. Eine wesentliche Gebrauchsminderung des linken Arms kann anhand dieser Befunde nicht angenommen werden. Auch zeigte sich die Beweglichkeit des linken Schultergelenks frei, jedoch wurden endgradig Schmerzen angegeben.

Vor diesem Hintergrund ist das Gutachten des Dr. L. nicht überzeugend. Die von Dr. L. in seinem Gutachten beschriebenen Befunde erhob kein anderer Gutachten oder behandelnder Arzt. Hierauf hat Prof. Dr. L. in seinem Gutachten ausdrücklich und auch Dr. P. in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 19. Februar 2004, die der Senat als Parteivorbringen der Beklagten berücksichtigt ausdrücklich hingewiesen und zu Recht dargelegt, dass die erhobenen Befunde nicht nachvollziehbar seien.

2. Weitere Unfallfolgen liegen nicht vor, insbesondere nicht Unfallfolgen auf neurologischem und psychiatrischem Gebiet. Der Senat stützt sich insoweit auf das überzeugende Gutachten des Prof. Dr. W. und legt dieses seiner Entscheidung zu Grunde.

2.1. Hinsichtlich des neurologischen Gebiets besteht keine Schädigung von Nerven oder Nervenwurzeln, die die Schulter- und Oberarmmuskulatur versorgen. Prof. Dr. W. bestätigte, dass keine Nervenschädigung vorliegt, die zu einem neuropathischem Schmerzsyndrom hätte führen können. Bereits zuvor ergaben alle insoweit erfolgten neurologischen Untersuchungen einen regelrechten Befund. Auch Dr. E. und Privatdozent Dr. B., dessen neurologisches Gutachten vom 8. Januar 2003 der Senat als Parteivorbringen des Klägers berücksichtigt, konnten keinen pathologischen neurologischen Befund erheben bzw. fanden einen regelrechten neurologischen Befund.

2.2. Auch die Schmerzsymptomatik ist nicht als Folge des Arbeitsunfalls anzusehen, wie Prof. Dr. W. überzeugend darlegte. Im Gegensatz zu den vorangegangenen neurologischen und/oder psychiatrischen Gutachten standen Prof. Dr. W. Berichte über die Behandlung von Schulterbeschwerden, über die der Kläger klagte, aus der Zeit vor dem Arbeitsunfall vom 6. September 1999 zur Verfügung. Der behandelnde Unfallchirurg diagnostizierte eine Periarthritis humeroscapularis der linken Schulter (Bericht des Dr. F. vom 28. Juli 1999). Nach dem Bericht klagte der Kläger im Juli und August 1999 über Schmerzen der linken Schulter und am linken Schulterblatt, insbesondere bei Bewegungen. Die Beweglichkeit des linken Schultergelenks war frei. Dies waren im Wesentlichen die selben Beschwerden, über die der Kläger auch nach dem Arbeitsunfall am 6. September 1999 klagte. Unter Berücksichtigung dieser zusätzlichen Berichte hat Prof. Dr. W. überzeugend dargelegt, dass das Unfallereignis nur ein Baustein in der

Entwicklung des Schmerzsyndroms ist. Prof. Dr. W. fand aufgrund seiner Untersuchung in psychischer Hinsicht Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsstruktur des Klägers, ein einfach strukturierter, zum Katastrophisieren neigender Proband mit ausgeprägt "mechanistischem" Krankheitsverständnis und geringer Introspektionsfähigkeit in psychosomatische Zusammenhänge. Auf psychologische Auffälligkeiten des Persönlichkeitsprofils des Klägers wies auch bereits Dr. L. in seinem Gutachten vom 3. Juni 2002, das der Senat urkundenbeweislich verwertet, hin und sah darin Anhaltspunkte für die Erklärung der Schmerzaufrechterhaltung.

3. Die MdE der Unfallfolgen ist mit weniger als 20 vH einzuschätzen. Da ein Stützrententatbestand nicht besteht, kann der Senat offen lassen, ob die MdE 10 vH oder unter 10 vH beträgt.

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit richtet sich nach [Â§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Der Grad der MdE richtet sich damit nicht nach dem Umfang auf Grund der nach der Berufskrankheit verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten im erlernten Beruf oder in der vor dem Eintritt der Berufskrankheit ausgeübten Tätigkeit, sondern bemisst sich nach den auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten. Der Grad der MdE ist dabei zu schätzen. Bei dieser Schätzung ist nicht entscheidend, welche Diagnosen im Einzelnen zu stellen sind, sondern wie sich vorhandene unfallbedingte Krankheitszustände funktionell auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten auswirken. Hierbei bilden schlüssige ärztliche Schätzungen im Gutachten bedeutsame Anhaltspunkte, ohne dass das Gericht an diese Schätzungen gebunden wäre. Bei der Bewertung der MdE sind auch die in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung und dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze zu beachten, um eine gerechte und gleiche Bewertung der zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis zu gewährleisten (vgl. z.B. BSG [SozR 4-2700 Â§ 56 Nr. 1 mWN](#)).

Bei einer Bewegungseinschränkung im Schultergelenk bei Vorhebung bis 120 Grad ist die MdE mit 10 vH einzuschätzen (Schünberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, S. 604). Prof. Dr. L. konnte eine aktive Vorhebung des linken Arms bis zu 160 Grad (rechts bis zu 180 Grad) feststellen. Eine geringe endgradige Bewegungseinschränkung eines Schultergelenks ist mit einer MdE von unter 10 vH einzuschätzen. Eine Einschätzung der MdE mit 10 vH oder unter 10 vH nehmen mit Ausnahme des Gutachtens des Dr. L. alle chirurgischen bzw. orthopädischen Gutachten vor. Der Einschätzung des Dr. L. ist nicht zu folgen, weil sein Gutachten auf unzutreffenden Befunden beruht.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs. 1 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Erstellt am: 19.07.2006

Zuletzt verändert am: 21.12.2024