

## L 2 U 74/02

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 41 U 892/98

Datum

29.01.2002

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 74/02

Datum

27.11.2002

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 29. Januar 2002 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Erkrankung des Klägers im Bereich der linken Schulter Berufskrankheit i.S. der Nr.2101 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) ist und Leistungen zu gewähren sind. Der Kläger hat durch Erklärung vom 17.11.1996 angegeben, vom 25.11.1971 bis September 1974 als Maurerhelfer, von 1974 bis April 1980 als Versandarbeiter in einer Papierfabrik und seit 1980 bis jetzt bei der Firma N. im Türenbau mit Schleifen und Montage von Metall tätig gewesen zu sein. Am 13.02.1997 erstattete der Arbeitgeber des Klägers Anzeige über eine Berufskrankheit. Er führte aus, der Kläger klagt über Schulterschmerzen, die er auf schweres Heben zurückführe. Es werde eine Erkrankung der Sehnenscheiden angenommen. Der Kläger sei seit 1990 bei ihnen als Hilfsarbeiter tätig. Er habe täglich schwere Hebearbeiten auszuführen. Der behandelnde Arzt Dr.B. berichtete in der Bescheinigung vom 22.09.1996, der Kläger leide an einem vorderen Impingement-Syndrom bei kalzifizierter Supraspinatustendopathie. Er habe vormals über zehn Jahre lang als Schleifer gearbeitet und montiere derzeit Türen. Angesichts der langen Schleifarbeiten sei es selbstverständlich, dass die Beschwerden bzw. die Veränderungen in der linken Schulter als Folge seiner beruflichen Tätigkeit anzusehen seien. Die Beklagte zog einen Leistungsauszug der AOK Bayern vom 02.12.1996 bei. Weiter zog sie einen Bericht des Orthopäden Dr.L. vom 22.10.1996 bei, der ein Impingement-Syndrom Neer II an der linken Schulter mit oberflächlichem Rotatorenmaschettenteilriss (Scheuerdefekt) feststellte. Es sei eine Neerplastik mit Bursanahnt vorgenommen worden. Intraoperativ habe sich ein Sehnenscheuerdefekt gezeigt, d. h., die Supraspinatussehne, ausgehend von einem erheblichen subacromialen Engpass, sei durchgescheuert gewesen. Ein craniales CT (nativ) vom 29.11.1996 erwies sich als unauffällig. Am 25.11.1996 berichtete Dr.K. an Dr.B., der Kläger sei im Oktober 1996 an der Schulter links in der S.-Klinik operiert worden. Er gebe an, dass seine Schwindelerscheinungen erst seit der Operation aufträten. Er, Dr.K., halte deshalb eine neurologische Untersuchung für erforderlich. Die Halswirbelsäule sei frei beweglich. Der Orthopäde Dr.W. berichtete am 05.12.1996, der Kläger habe ihn am 08.07.1996 wegen Schmerzen im Bereich der linken Schulter aufgesucht. Es habe sich eine diskrete Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der HWS bei deutlichen Impingement-Zeichen der linken Schulter und radiologische Verkalkung im Bereich der Supraspinatussehne gezeigt. Der Arbeitgeber des Klägers erteilte auf Anfrage der Beklagten am 03.02.1997 die Auskunft über die Tätigkeit des Klägers. Der Betriebsarzt der Firma N., Dr.M., teilte der Beklagten mit Schreiben vom 13.02.1997 mit, der Kläger sei ihm seit 1990 durch Untersuchung am Lärm Arbeitsplatz bekannt. Über Beschwerden des Bewegungsapparates habe er dabei nie berichtet. Er sei seit über 12 Jahren in der Montage und im Türenbau beschäftigt. Dort würden schwere Maschinenteile (Großwaschmaschinen, Förderanlagen etc.) montiert und Türen z.B. für Fleischverarbeitungsbetriebe gefertigt. Es handle sich um teilweise durchaus schwere Arbeit. Die Belastung sei jedoch nicht einseitig. Es müsse in den unterschiedlichsten Positionen gehoben, getragen, auf Transportwagen geschoben und montiert werden. Am 28.01.1997 sei er, Dr.M., zuletzt im Betrieb gewesen und habe mit dem Kläger gesprochen. Soweit er habe herausfinden können, habe der Kläger seit Jahren starke Beschwerden im Bereich des linken Schulter- und Ellenbogengelenks. Der Arm habe auch Muskelatrophien im Vergleich zur Gegenseite als Folge der Erkrankung und längerer Schonung nach operativen Eingriffen aufgewiesen. Die früheren und derzeitigen Tätigkeiten des Klägers seien zwar geeignet, allgemeine Verschleißerkrankungen des Bewegungsapparates zu beschleunigen und auch bei bestehenden Erkrankungen des Sehnengleitgewebes und mangelnder Schonung Beschwerden zu verschlimmern und die Heilung zu stören, doch kämen dabei keine so einseitigen Belastungen oder derart permanent wiederholte Handgriffe vor, dass man aus arbeitsmedizinischer Sicht eine Sehnenerkrankung der linken oberen Extremität als primär dadurch verursacht annehmen könnte. Tätigkeiten wie manuelles Schrauben oder Ähnliches über längere Zeit kämen am Arbeitsplatz nicht vor. Außerdem sei es äußerst unwahrscheinlich, dass dabei eine derartige Erkrankung am linken Arm bei einem Rechtshänder entstehe. Die Beklagte holte einen Bericht ihres Technischen Aufsichtsdienstes (S.) vom 15.10.1997 ein. Der technische Aufsichtsbeamte führte nach einer Erhebung vom 20.05.1997 aus, der Kläger sei

seit April 1980 in der Endmontage im Türenbau beschäftigt. Vom April 1980 bis ca. Ende 1990 habe er etwa zu 40 % des Arbeitstages die geschlossenen Hohlräume von Türen oder Kühlkammer-Wandelementen mit Hilfe eines Injektors mit PU-Schaum auszufüllen gehabt. Zu 60 % der damaligen Tätigkeit seien Schleifarbeiten an Türrahmen- und Türstockteilen auszuführen gewesen. Hierfür habe er je zur Hälfte einen Zweihand-Bandschleifer (Gewicht 4 kg) und einen Tellerschleifer mit Topfbürste (Gewicht 5 kg) benutzt. Beim Schleifen sei es nötig gewesen, die Geräte mit beiden Händen festzuhalten und leicht an- bzw. aufzudrücken. Hierbei sei nicht permanent über ca. fünf Stunden ein Andruck aufzubringen, vielmehr ergäben sich durch ständige Ortsveränderung und Umsetzen des Schleifgeräts häufig wechselnde Andruckkräfte und kurze Pausen durch Drehen der Teile, Wechsel des Schleifmediums etc. Der Antriebsmotor habe sich in Arbeitshöhe befunden, so dass ein seitlicher Zug durch die Antriebswelle eher als gering zu veranschlagen sei. Beim Schleifen habe der Kläger meist eine leicht um ca. 10 bis maximal 20° nach vorn gebeugte Haltung eingenommen. Größere Teile habe man stets zu zweit auf den Schleiftisch bzw. Auflagebock gehoben, so dass die Beschäftigten nicht mehr als 20 kg effektiv pro Person heben müssen. Seit ca. fünf bis sechs Jahren (d.h. seit ca. 1991) habe man den Kläger mit leichteren, abwechslungsreichen Montagearbeiten betraut. Hier habe er im Wesentlichen Türbeschläge, Schlösser, Drücker und Fallriegel anzuschrauben gehabt. Diese Arbeiten seien mit einem Schraubendreher durchschnittlicher Größe auszuführen. Daneben müssten gelegentlich Gewinde mit einem Hand-Gewindebohrer neu bzw. nachgeschnitten und auch Gummidichtlippen an Dichtkanten eingezogen werden. Ob die geschilderte Tätigkeit die Kriterien einer einseitigen, lang dauernden mechanischen Beanspruchung erfülle, bleibe medizinisch zu beurteilen. Die Beklagte holte eine Stellungnahme der Gewerbeärztin Dr.H. vom 27.01.1998 ein, die ausführte, ein Zusammenhang zwischen Schulterbeschwerden und der beruflichen Tätigkeit des Klägers sei nicht mit Wahrscheinlichkeit zu bejahen. Die Tätigkeit sei so gewesen, dass der Kläger, der Rechtshänder sei, insbesondere die rechte obere Extremität besonders habe belasten müssen, die Beschwerden aber im Bereich des linken Schultergelenkes aufgetreten seien. Die Tätigkeit sei auch nicht so einseitig und lange andauernd mechanisch, dass die Voraussetzungen zur Anerkennung einer Berufskrankheit im Sinne der Nr.2101 der Anlage BKV erfüllt seien. § 3 BKV komme nicht zur Anwendung. Mit Bescheid vom 14.07.1998 lehnte die Beklagte einen Entschädigungsanspruch aus Anlass der Erkrankung des Klägers im Bereich der linken Schulter und des linken Ellenbogens ab. Leistungen nach § 3 BKV würden nicht gewährt. Auch die Entschädigung der Erkrankung wie eine Berufskrankheit nach § 551 Abs.2 RVO entfalle, da die Erkrankung nicht beruflich verursacht sei. Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein und machte geltend, seit 18 Jahren als Metallarbeiter Tätigkeiten wie Polieren, Schleifen und Flexen durchzuführen. Dabei würden sowohl beide Hände als auch beide Schultern ständig belastet. Die Operation habe gezeigt, dass im Bereich der linken Schulter ein Sehnnenscheuerdefekt vorliege. Dieser Defekt sei mit großer Wahrscheinlichkeit durch die Verrichtung der geschilderten Tätigkeiten hervorgerufen worden. Er legte ein Attest des Dr.B. vom 25.08.1998 vor, nach welchem dem Arzt die gutachterliche Stellungnahme nicht nachvollziehbar sei. Es sei selbstverständlich, dass beim Schleifen, Flexen etc. die linke Schulter genauso mitbeansprucht worden sei. Weiter wurde vorgelegt ein MRT der linken Schulter vom 10.02.1997. Dieses ergab den Nachweis einer leichten Entzündungsreaktion subacromial gelegen bei ansonsten sich regelrecht darstellender Rotatorenmanschette. Der Kläger ergänzte mit Schreiben vom 11.09.1998 sein Vorbringen, bis zum Jahr 1992 ca. ein Drittel der Arbeitszeit mit Schleifen und Flexen und ca. zwei Drittel der Arbeitszeit mit Polieren beschäftigt gewesen zu sein. Letzteres habe er mit einer schweren Maschine (Gewicht ca. 10 kg) erledigen müssen, wobei er mit beiden Händen Druck habe ausüben müssen, der sich auch auf die Schulter ausgewirkt habe. Seit der Versetzung vor ca. sechs Jahren aufgrund seiner gesundheitlichen Beschwerden sei er mit Montieren von Türen beschäftigt. Auch diese Tätigkeit sei wegen der therapieresistenten Schmerzen in der linken Schulter nicht mehr zumutbar. Er müsse hierbei nämlich ca. acht- bis neunmal am Tag schwere Türen umdrehen und ca. vier Stunden am Tag mit einer Bohrmaschine an den Türen arbeiten. Diese Tätigkeit übe er nur noch auf Kosten seiner Restgesundheit aus. Mit Widerspruchsbescheid vom 28.10.1998 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Sie bezog sich dabei auf die von ihr durchgeführten Ermittlungen. Dagegen hat der Kläger Klage erhoben. Er hat im Wesentlichen die bislang vorgebrachte Argumentation wiederholt. Er überreichte eine Stellungnahme des Betriebsratsvorsitzenden der N. vom 12.02.1999, der ausführt, die Tätigkeiten, die der Kläger verrichtet habe, seien nach ihrer Meinung der Grund seiner Erkrankung. Nach zehn Jahren Bandschleifen und weiteren neun Jahren im Montagebereich sei der Dauerschaden nicht mehr von der Hand zu weisen. Das tägliche händische Wenden der Edeltahltüren ohne Hilfsmittel (Gewicht ca. 400 kg) solle zukünftig wegen der hohen Verletzungsquote abgeschafft werden. Eine Wendevorrichtung sei seit Jahren geplant gewesen, jedoch wegen der niedrigen Deckenhöhe nicht zum Einsatz gekommen. Der Kläger habe an diesem Arbeitsplatz trotz Verletzungen und Schmerzen weiter gearbeitet. Das Sozialgericht hat einen Bericht des Dr.B. vom 24.03. 2000 eingeholt, worin ein Impingement-Syndrom nach zweifacher subacromialer Kompression und an weiteren Befunden insbesondere ein Diabetes mellitus und eine Hyperlipidämie, daneben Schwindelbeschwerden vorlägen. Beigefügt war ein Operationsbericht vom 10.07.1998 des Arztes für Chirurgie Dr.Dr.K ... Am 10.07.1998 sei ein Zustand nach Schulteroperation links, Zustand nach Neer-Acromioplastik offen, Narbenimpingement Subacromialraum links festgestellt worden. Die Bizepssehne erwies sich als unauffällig. Sie zeigte keinen Hinweis für degenerative Veränderungen und keine Luxation. Im ventralen Labrum hätten sich im proximalen Anteil die üblichen Auffaserungen gezeigt. Ansonsten sei das Labrum bis distal unauffällig und zeige bei mechanischer Überprüfung keine Ablösung. Die vordere Kapsel sei unauffällig, das untere Kapselband erscheine normal und stabil. Die Subscapularissehne sei unauffällig. Das Glenoid sei bei Überprüfung unauffällig, ebenso das hintere Labrum und der Humeruskopf. Es finde sich ein normaler Ansatz der Rotatorenmanschette im Bereich des Collum anatomicum. Am 13.10.1998 berichtete der Chirurg Dr.K. an Dr.B. , beim Kläger liege ein Zustand nach Impingement-Operation der linken Schulter vor. Das Sozialgericht hat ein Gutachten des Orthopäden Dr.V. F. vom 16.06.2000 eingeholt. Dieser ist zu dem Ergebnis gelangt, dass die Schadenslage einer Sehnen- oder Sehnnenscheidenerkrankung oder der Erkrankung eines Muskelansatzes nicht vorliege, vielmehr die Muskulatur der Rotatorenmanschette aufgrund eines Scheuereffektes teilweise eingerissen gewesen sei. Eine Berufskrankheit existiere schon von der Schadenslage her nicht. Es lägen nach neuen medizinischen Erkenntnissen die Voraussetzungen für eine Entschädigung wie bei einer Berufskrankheit nicht vor. Auf das Gutachten wird verwiesen. Weiter hat das Sozialgericht gemäß [§ 109 SGG](#) ein Gutachten des Orthopäden Dr.L. vom 17.11.2000 eingeholt, der ausführt, durch die Tätigkeit des Klägers hätten unphysiologisch hohe Belastungskräfte auf die kontraktile Strukturen seiner Schultern eingewirkt, die auf Dauer zu den Schäden Anlass geben könnten, die der Kläger aufweise. Unterstelle man die Erfüllung der arbeitsmedizinischen Voraussetzungen, so komme er zu einem anderen Ergebnis als Dr.F ... Dieser hebe in seinem Gutachten darauf ab, dass die beschriebene Rotatorenmanschettenruptur eine Läsion von muskulären Strukturen bedeute und daher a priori eine Sehnenenerkrankung schon per definitionem nicht gegeben sei. Dies sei ein inhaltlicher und medizinischer Fehlschluss. Es sei medizinisches Erfahrungsgut, dass stereotype und die Muskulatur überfordern Belastungen, wie etwa das jahrelange Bedienen von Poliermaschinen, gesetzmäßig dazu führten, dass bestimmte Muskelgruppen eine allmähliche Verkürzung aufwiesen, während andere Muskeln mit meistens anderen Faserzusammensetzungen eher eine Abschwächung erführen. Diese unter dem Sammelbegriff der muskulären Dysbalance auftretenden Funktionsstörungen seien seit den entscheidenden Untersuchungen von Janda seit über 20 Jahren bekannt. Bei konstanter Fehlbelastung komme es durch die entstandene Muskeldysbalance der Rotatorenmanschette schließlich zu einem ständigen Fehlzentrieren des Oberarmkopfes bei seitlichen Armerhebungen. Zwischen Oberarmkopf und Schulterdach lägen Weichteilstrukturen, die bei dieser Wanderung des Oberarmkopfes nach oben in die Zange genommen würden. Es handle sich hierbei um den Schulterdachschleimbeutel (Bursa subacromialis), um die lange Bizepssehne sowie um die Supraspinatussehne. Auf Dauer führten die Kompressionswirkungen zu

substantiellen Schädigungen der Sehnenanteile bzw. des Schleimbeutels. Verkalkungen und Aufrauungen bis hin zu Teilerreissungen oder völligem Durchreißen, insbesondere der Supraspinatussehne oder auch der Bizepssehne, seien die typischen Folgen. Beim Kläger habe eindeutig eine solche Impingement-Symptomatik nachgewiesen werden können. Eine Sehne sei die Übergangszone eines Muskels zum Fixpunkt an den zu bewegenden Knochen. Sie sei daher Teil eines Muskels. Tatsächlich werde der sehnige Anteil des Supraspinatusmuskels (Anteil der Rotatorenmanschette) durch die ständige Kompression derart verschlissen, dass es eine Frage der Zeit sei, wann die Sehne einreißt. Andererseits werde der subacromiale Schleimbeutel ständig in Mitleidenschaft gezogen, wodurch er Verkalkungsherde aufweise und letztlich einer operativen Behandlung zugeführt werden müsse. Beim Kläger liege eine Erkrankung nach der Nr.2101 der Anlage BKV vor. Die MdE sei mit 20 v.H. einzuschätzen. Als Beginn der Berufskrankheit sei die operative Behandlung am 17.10.1996 anzusetzen. Die Beklagte vertrat dazu mit Schriftsatz vom 05.12.2000 die Auffassung, die arbeitstechnischen Voraussetzungen seien im Fall des Klägers nicht erfüllt. Bei Rotatorenmanschettenveränderungen seien überdies die pathologisch-anatomischen Voraussetzungen zur Anerkennung einer Berufskrankheit Nr.2101 nicht gegeben. Primär handle es sich um eine Erkrankung der Sehnen und Muskeln selbst, nicht aber um eine Schädigung des Gleitgewebes, bzw. der Muskel- oder Sehnenansätze. Sie beziehe sich dabei auf Schönberger-Mehrtens-Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage, S.560 mwN. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 27.08.2001 hat Dr.F. ebenfalls darauf hingewiesen, dass es sich bei der Läsion der Rotatorenmanschette um eine Erkrankung der Sehnen und Muskeln selbst, nicht aber um eine Schädigung des Gleitgewebes, bzw. der Muskel- und Sehnenansätze handle und dass ab dem 30. Lebensjahr bei jedem Menschen degenerative Veränderungen in der Rotatorenmanschette aufträten. Auszugehen sei (beim Kläger) also von einem physiologischen, im Verlauf des Lebens zunehmenden Verschleißschaden der Rotatorenmanschette, bei dessen Anerkennung als Berufskrankheit praktisch in jedem Fall eine berufliche Belastung der oberen Extremitäten dazu führen müsse, dass fast jeder manuell tätige Mensch an einer Berufskrankheit (Rotatorenmanschettenläsion) leide. Hierzu hat sich Dr.L. im Schreiben vom 28.09.2001 geäußert. Er vertritt die Auffassung, beim zweiten Absatz auf Seite 2 seiner Stellungnahme komme Dr.F. zu sich selbst widersprechenden Vorstellungen von degenerativen Prozessen von Stütz- und Gleitgewebe. Mit Urteil vom 29.01.2002 hat das Sozialgericht München die Klage abgewiesen und sich auf das Gutachten des Sachverständigen Dr.F. bezogen. Dagegen richtet sich die Berufung des Klägers, mit welcher er geltend macht, dass sich intraoperativ ein Sehnensehnerdefekt an der Supraspinatussehne gezeigt habe. Dr.F. sei aber zu dem Ergebnis gelangt, dass vom Operateur am 22.10.1996 ein oberflächlicher Rotatorenmanschettenteilriss aufgrund eines Scheuereffektes feststehe und dass nicht Sehnen oder Sehnenansätze von Gesundheitsstörungen betroffen gewesen seien. In einer ergänzenden Stellungnahme hat Dr.F. dazu ausgeführt, dass nach der herrschenden Lehre die pathologisch-anatomischen Voraussetzungen für eine Berufskrankheit bei einer so genannten Periarthropathie des Schultergelenks nicht gegeben seien. Denn hierbei handle es sich um eine Erkrankung der Sehnen und Muskeln selbst, nicht um eine Schädigung des Gleitgewebes oder der Muskel- oder Sehnenansätze. Seitens des behandelnden Orthopäden sei ein Scheuereffekt an der Supraspinatussehne mitgeteilt worden, also eine Erkrankung der Sehne selbst. Es lasse sich deshalb nur unverändert davon ausgehen, dass das morphologische Substrat einer als Berufskrankheit Nr.2101 zu definierenden Erkrankung nicht nachgewiesen sei.

Der Kläger beantragt: I. Das Urteil des Sozialgerichts München vom 29.01.2002 wird aufgehoben. II. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 14.07.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.10.1998 verurteilt, ihm wegen einer Berufskrankheit nach Nr.2101 der Anlage zur BKV Verletztenrente nach einer MdE von 20 % zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Der Senat hat die Akten der Beklagten und des Sozialgerichts München beigezogen. Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Akteninhalt Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß §§ 143 ff. SGG zulässig. Sie ist sachlich nicht begründet. Beim Kläger liegt keine Berufskrankheit im Sinn der Anlage 2101 zur BKV vor. Nach § 9 SGB VII sind Berufskrankheiten Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats als Berufskrankheit bezeichnet und die Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz begründenden Tätigkeit erleiden. Die vom Kläger geltend gemachte Gesundheitsstörung muss in der BKV genannt sein, daneben muss über die allgemeine berufliche Gefährdung hinaus als wahrscheinlich nachgewiesen sein, dass die berufliche Tätigkeit wesentliche Ursache für die Gesundheitsstörung war (BSG SozR 2200, § 551, Nrn.1, 18). Dies bedeutet, dass nicht jede mit der beruflichen Tätigkeit in Zusammenhang zu bringende Gesundheitsstörung als Berufskrankheit in Betracht kommt, sondern grundsätzlich nur solche, die von der Bundesregierung in der entsprechenden Rechtsverordnung als Berufskrankheit genannt sind (Listenprinzip). Zum anderen muss eine über die allgemeine berufliche Gefährdung hinausgehende Einwirkung vorliegen. Vorliegend kann dahinstehen, ob der Kläger durch seine Tätigkeit beruflichen Belastungen ausgesetzt war, die theoretisch zu einer Erkrankung im Sinn der Nr.2101 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung führen könnten. Aus dem Gutachten des Sachverständigen Dr.F. und seinen ergänzenden Stellungnahmen ergibt sich eindeutig, dass beim Kläger keine Erkrankung im Sinn der Nr.2101 Anlage zur BKV vorliegt. In dieser Nummer sind Erkrankungen der Sehnencheiden oder des Sehnengleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können, erfasst. Dr.F. hat in seinem Gutachten nachvollziehbar dargelegt, dass sich nach dem Operationsprotokoll vom 18.10.1996 beim Kläger eine deutliche Aufrauung der Rotatorenmanschette, also der den Oberarmkopf umgebenden Muskulatur, zeigt. Er weist darauf hin, dass Dr.L. im Arztbrief vom 22.10.1996 berichtet, dass beim Kläger ein oberflächlicher Rotatorenmanschettenteilriss (Scheuereffekt) besteht. Es handelt sich dabei um einen Sehnensehnerdefekt, d.h., die Supraspinatussehne, ausgehend von einem erheblich subacromialen Engpass war durchgescheuert. Dr.F. betont, dass dieser Scheuereffekt entsteht, wenn ein Engpass-Syndrom zwischen Oberarmkopf und Schulterblatthöhe vorliegt, und dass es sich dabei um eine Gesundheitsstörung handelt, die sich ab dem 30. Lebensjahr mehr oder weniger rasch bei jedem Menschen entwickelt. Er hebt hervor, dass es sich schon von der Diagnose her nicht um eine Erkrankung von Sehnencheiden oder des Sehnengleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze handelt. In der Stellungnahme vom 01.06.2002 betont Dr.F. nochmals ausdrücklich, dass die so genannten Periarthropathie des Schultergelenkes, die beim Kläger gegeben ist, primär eine Erkrankung der Sehnen und Muskeln selbst, nicht eine Schädigung des Gleitgewebes oder der Muskel- oder Sehnenansätze darstellt. Dabei bezieht er sich zutreffend auf die in der gesetzlichen Unfallversicherung geltenden Standardliteratur von Schönberger-Mehrtens-Valentin "Arbeitsunfall und Berufskrankheit", 6. Auflage, S.560 und 478). Dem Gutachten des Dr.L. kann nicht gefolgt werden, da der Sachverständige die vorgenannten Voraussetzungen für das Vorliegen der Erkrankung i.S. der Nr.2101 der Anlage zur BKV nicht berücksichtigt. In Schönberger-Mehrtens-Valentin wird nämlich ausgeführt, dass Sehnenrisse weder versicherungsrechtlich noch nach

pathologisch-anatomischen Begriffen Erkrankungen der Sehnenscheiden, des Sehnengleitgewebes oder der Sehnen- und Muskelansätze (Nr.2101 der Anlage zur BKV) sind. Denn die Risse der großen Sehnen treten entweder in Bereichen auf, in denen keine Sehnenscheiden vorhanden sind, oder aber das Gleitgewebe ist nicht erkrankt und kann somit auch nicht Ursache des Sehnenrisses sein. Darauf, dass berufliche Belastungen zu einer Schädigung der Rotatorenmanschette führen können, wie Dr.L. ausführt, kommt es bei dieser Sachlage nicht an. Eine weitere Stellungnahme des Dr.L. war nicht veranlasst, da Dr.F. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 01.06.2002 keine neue, dem Sachverständigen Dr.L. nicht schon bekannte Aussage getroffen hat sondern auf Anfrage des Senats seine Auffassung lediglich nochmals erläutert hat. Auch für ein weiteres Gutachten gibt es keine Veranlassung, da die Meinung des Sachverständigen Dr.F. schlüssig dargelegt wurde und sich mit der gängigen Literatur zur Beurteilung von Unfallfolgen und Berufskrankheiten deckt.

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

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs.2 Nr.1](#) und [2 SGG](#)) lagen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-10-07