

## L 2 U 204/00

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 9 U 270/98

Datum

30.03.2000

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 204/00

Datum

20.06.2001

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 30. März 2000 aufgehoben und die Klage gegen den Bescheid vom 15. August 1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Juli 1998 abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der am 1937 geborene Kläger stürzte am 24.10.1995 und fiel auf die linke Schulter.

Der Allgemeinarzt Dr.S. stellte am gleichen Tag DruckBewegungsschmerz der Schulter und Schwellung mit Prellmarken am Unterarm fest. Der Kläger gab an, er sei bei der Arbeit gestürzt. Der Durchgangsarzt, der Chirurg Dr.G. , diagnostizierte am 25.10.1995 Druckschmerz über der Schulterhöhe und der Vorderseite des Oberarmkopfes sowie schmerzhafte Bewegungsaufhebung. Die Abduktion war aktiv nicht möglich. Am linken Unterarm fand sich ellenseits in Oberarmmitte eine Prellmarke mit Weichteilschwellung. Die Röntgenuntersuchung der linken Schulter und des linken Unterarms zeigte keine knöcherne Verletzung. Dr.G. stellte die Diagnose einer Kontusion des linken Unterarms und der linken Schulter. Der Kläger erklärte, er sei auf ein Laufband getreten, habe das Gleichgewicht verloren und sei gestürzt. Das MRT vom 07.11.1995 ergab einen Zustand nach Schultertrauma mit Zeichen einer kompletten Ruptur der Sehne des Musculus supraspinatus; die Faserverläufe des Musculus infraspinatus waren nicht komplett durchgängig zu verfolgen. Weiter wurden festgestellt: Zeichen einer Verletzung des Tuberculum majus; keine Zeichen einer subkapitalen Humerusfraktur; Schulterhochstand möglicherweise im Zusammenhang mit dem Trauma; AC-Gelenkarthrose; Flüssigkeitsausfüllung der Bursa subacromialis und subdeltoidea im Rahmen des Unfallgeschehens.

Bei der Nachuntersuchung am 09.11.1995 war das Anheben des linken Armes im Schultergelenk aktiv nicht möglich. Vom 13.11.1995 bis 01.12.1995 wurde der Kläger im Krankenhaus St. Vinzenz stationär behandelt und am 22.11.1995 eine arthroskopische partielle Labrumexzision und partielle Synovektomie vorgenommen. Nach histologischer Untersuchung am 24.11.1995 wurde durch Dr.L. auf einen möglichen mehrzeitigen Prozess hingewiesen. Es zeigte sich teils Faserfrakturierung, teils Narbengewebe.

Vom 19.12.1995 bis 30.01.1996 wurde ein Rehabilitationsverfahren in der Fachklinik E. durchgeführt. Auf Befragung durch die Gemeinde P. gab der Kläger am 14.06.1996 an, er sei ausgerutscht und dabei auf den linken Unterarm gefallen. Ab 01.08.1996 war der Kläger wieder arbeitsfähig.

Im Gutachten vom 28.04.1997 führte der Chirurg Prof.Dr.B. aus, der Kläger gebe an, er sei bei gebeugtem Ellenbogen auf dem Unterarm in der Nähe des Ellenbogengelenks aufgeprallt. Im Hinblick auf diese Schilderung habe er entweder eine Stauchung oder eine direkte Prellung der linken Schulter erlitten. Beide Vorgänge seien nicht geeignet, eine Zusammenhangstrennung von Sehngewebe im Bereich der Rotatorenmanschette zu verursachen, denn gewaltsame Zusammenhangstrennungen könnten nur dann entstehen, wenn die Sehne auf Zug beansprucht werde. Dies sei bei einer Stauchung durch axial fortgeleitete Kraft oder bei einer direkt von außen auf die Schulter einwirkenden Gewalt nicht gegeben, sondern nur denkbar bei passiven Verwindungstraumen, z.B. bei Schulterverrenkungen, oder bei Vorgängen, bei denen es auch zu knöchernen Ausrissverletzungen am Tuberculum minus oder majus kommen könne. Eine passive Verwindung habe beim Kläger mit Sicherheit nicht stattgefunden. Das Röntgenbild vom 25.10. 1995 zeige Hinweise für ein bereits länger vorbestehendes Rotatorenmanschettendefektleiden. Nicht nur die Knochenveränderungen sprächen dafür, sondern besonders der Oberarmkopfhochstand, der auch zwei Wochen später bei der Kernspintomografie habe bewiesen werden können. Auch der intraoperative Befund beschreibe ein ausgeprägtes, fortgeschrittenes degeneratives Sehnenleiden, das sich über mehrere Jahre allmählich entwickelt

habe, ohne bis zum Unfall die Merkmale einer Krankheit zu haben. Es sei aber keinesfalls ungewöhnlich, dass ausgedehnte Rotatorenmanschettendefekte jahrelang klinisch stumm seien. Wesentl. Anlageschaden.

Mit Bescheid vom 15.08.1997 lehnte die Beklagte einen Anspruch auf Rente ab. Als Unfallfolgen wurden anerkannt: abgeheilte Unterarmprellung links und Schulterstauchung links.

Mit Widerspruch vom 27.08.1997 wandte der Kläger ein, Dr.G. habe festgestellt, dass der Unfall die einzig wesentliche Ursache des Rotatorenmanschettendefekts sei. Vor dem Unfall habe er keinerlei Beschwerden gehabt. Mit Widerspruchsbescheid vom 03.07.1998 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Dagegen hat sich der Kläger mit Klage vom 05.08.1998 gewandt.

Der vom SG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr.H. hat im Gutachten vom 08.01.1999 zusammenfassend festgestellt, eine Verletzung der Rotatorenmanschette sei durchaus auch durch ein direktes Anpralltrauma oder eine fortgeleitete Stauchung des Oberarmkopfes am Akromion denkbar. Ein Zugmechanismus sei dafür nicht erforderlich. Der intraoperative, histologische und kernspintomografische Befund bewiesen eine unfallabhängige Verletzung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit. Insbesondere die Flüssigkeitsansammlung, die sich im Kernspintogramm gezeigt habe, sei Hinweis für eine frische Verletzung. Die MdE betrage 20 v.H.

Die Beklagte hat hierzu eine Stellungnahme des Orthopäden Prof. Dr.W. vom 05.03.1999 übersandt, in der ausgeführt wird, der Unfall vom 24.10.1995 sei nicht geeignet gewesen, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen. Es sei wahrscheinlich zu einer Unterarmprellung und zu einer Stauchung des Oberarms gekommen. Die Verschleißerscheinungen an der linken Schulter seien unfallunabhängig, sie lägen ebenfalls an der rechten Schulter vor.

Dr.H. hat in der ergänzenden Stellungnahme vom 11.05.1999 ausgeführt, bei einer Prellung des Ellenbogengelenkes und Höherentreten des Oberarmkopfes gerate die Supraspinatussehne unter Zug, zusätzlich komme es zu einem Anstoßen am Unterrand des Akromions und damit zu einer Summierung zweier Faktoren, die zu einem Zerreißen der Sehne führen könnten. Der Geschehensablauf könne nicht mehr genau eruiert werden, dies könne man jedoch dem Kläger nicht zur Last legen.

Der vom SG zum weiteren medizinischen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr.K. hat im Gutachten vom 15.12.1999 erklärt, der Kläger sei rücklings ausgerutscht und auf die linke Schulter und den Unterarm gefallen. Bei einem Sturz nach hinten erfolge in der Regel unwillkürlich eine Abstützreaktion mit nach innen rotiertem Arm, sodass eine Zugbeanspruchung auf die Sehne einwirken und zu einer Ruptur der Sehne führen könne. Dr.L. habe im Bericht vom 24.11.1995 einen mehrzeitigen Prozess vermutet, jedoch nicht festgestellt. Im Durchgangsarztbericht sei geschildert, dass die Abduktion, das seitliche Anheben des Armes, nicht möglich gewesen sei. Der Kläger habe angegeben, dass er auch den Arm in der Sagittalebene nicht habe anheben können. Der Unfall sei eine wesentliche Teilursache für die Rotatorenmanschettenruptur gewesen. Dabei sei berücksichtigt, dass eine altersbedingte degenerative Veränderung an der betroffenen Schulter bestanden habe, die jedoch nicht über das altersübliche Maß hinausgegangen sei. Es bestehe eine MdE von 20 v.H.

Mit Urteil vom 30.03.2000 hat das SG die Beklagte verurteilt, die Rotatorenmanschettenruptur als Unfallfolge anzuerkennen und Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. zu gewähren. Für das Gericht sei nachgewiesen, dass der Kläger auf den linken Unterarm gefallen sei, weil er sich mit dem nach innen rotierten Arm unwillkürlich habe abstützen wollen. Hierdurch sei eine Zugbeanspruchung auf die Sehne entstanden, die zu einer Ruptur geführt habe. Dieser Unfallhergang sei für das Gericht bewiesen, auch wenn er weder im Durchgangsarztbericht noch in der Vernehmung bei der Gemeinde detailliert geschildert worden sei. Das Gericht gehe davon aus, dass der Kläger bei keiner Gelegenheit gezielt nach dem Sturzhergang befragt worden sei. Selbst wenn dies geschehen wäre, hätte der Kläger diesen wohl auch nicht detaillierter schildern können, weil kein Mensch in einem solchen kurzen Moment auf sämtliche Bewegungsabläufe achten könne. In dem Arztbericht werde geschildert, dass die Abduktion nicht möglich gewesen sei, retrospektiv sei dies vom Kläger auch für das Anheben des Armes in der Sagittalebene bestätigt worden. Der Unfall vom 24.10.1995 sei eine wesentliche Teilursache für die Rotatorenmanschettenruptur gewesen.

Mit der Berufung vom 09.05.2000 wendet die Beklagte ein, die anspruchsbegründenden Tatsachen, zu denen der Hergang des Unfalles zähle, müssten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Dies sei für den angenommenen Unfallhergang, dass nämlich der Kläger rücklings auf den nach innen rotierten linken Arm gefallen sei, nicht gegeben. Der Kläger habe erstmals am 07.12.1999 bei Dr.K. von einem rückwärtsgerichteten Sturz gesprochen. Wie Prof.Dr.B. ausgeführt habe, bewiesen die am 25.10.1995 gefertigten Röntgenaufnahmen, dass der Rotatorenmanschettendefekt schon länger bestanden habe.

Der Kläger führt dazu im Schreiben vom 13.07.2000 aus, der Sturz habe sich ereignet, als er eine ca. 1,5 m breite und 2 m lange mit Rollen besetzte Vorrichtung zum Wegrollen von Reifen betreten habe. Hierbei sei er rückwärts auf die linke Schulter und den linken Unterarm gestürzt. Dabei habe er den Unterarm nach hinten gehalten.

Der vom Senat zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr.F. kommt im Gutachten vom 27.12.2000 zusammenfassend zu dem Ergebnis, weder der Sturz direkt auf die linke Schulter noch eine Stauchverletzung der linken Schulter nach Sturz auf den linken Unterarm seien geeignete Verletzungsmechanismen für eine Rissbildung einer Rotatorenmanschette. Dies sei nur dann gegeben, wenn Bewegungen mit Zugbelastung der Rotatorenmanschette abliefen. Die Angaben zu den Röntgenaufnahmen vom 25.10.1995 zeigten, dass bereits ein deutlicher Humeruskopfhochstand bestanden habe. Auch seien beginnende arthrotische Ausziehungen im Schulterhauptgelenk und Schulterreckgelenk gesehen worden. Degenerative Veränderungen hätten also schon am Unfalltag bestanden. Insbesondere der Hochstand des Oberarmkopfes sei ein deutlicher Hinweis auf eine alte Läsion der Rotatorenmanschette. Auch der kernspintomografische Befund vom 07.11.1995 bestätige einen Schulterhochstand und zusätzlich eine Arthrose im Schulterreckgelenk. Die Schleimbeutel in der Umgebung des Schultergelenkes seien gefüllt gewesen. Damit sprächen also die radiologischen Befundbeschreibungen eindeutig für einen alten Vorschaden und nicht für eine frische Verletzung. Auch die im Operationsbericht beschriebenen Knorpelschäden des Grades II wiesen eindeutig auf einen länger zurückliegenden Vorschaden hin, da sich solche Verschleißerscheinungen nicht innerhalb von vier Wochen herausbilden könnten. Im histologischen Bericht seien keine Eisenpigmente festgestellt worden, also nicht die Zeichen einer frischen Verletzung. Hinweise auf konkurrierende Verursachungsmöglichkeiten seien insofern gegeben, als auch das nicht verletzte rechte

Schultergelenk deutliche degenerative Veränderungen aufweise.

Die Auffassung von Dr.H. , dass ein direktes Anpralltrauma oder eine fortgeleitete Stauchung ein geeigneter Unfallmechanismus seien, entspreche nicht der wissenschaftlichen Lehrmeinung. Nicht berücksichtigt werde der auf den ersten Röntgenaufnahmen beschriebene Hochstand des Oberarmkopfes und der gleichlautende kernspintomografische Befund. Die im Operationsbericht beschriebenen Synovialzotten, die fortgeschrittenen Knorpelläsionen und die im Histologieprotokoll erwähnten degenerativen Veränderungen seien ein deutliches Argument gegen eine traumatische Rissbildung. Die im Kernspintogramm festgestellte Rissbildung und Flüssigkeitsansammlung sei keineswegs geeignet, einen Kausalzusammenhang zu begründen, da nicht zu ersehen sei, zu welchem Zeitpunkt beide Veränderungen entstanden seien. Das Höherentreten des Oberarmkopfes gegen das Schulterblattdach könne lediglich eine Quetschung der Sehne zwischen beiden Knochen, jedoch keine Zugbelastung der Supraspinatussehne verursachen. Wenn eine Zugbelastung durch Höherentreten des Oberarmkopfes vorstellbar wäre, so müsste es sich um eine mehrere Zentimeter große Distanz gehandelt haben, was aus anatomischen Gründen völlig ausgeschlossen sei.

Der Kläger führt im Schreiben vom 02.03.2001 aus, beim Fehlen gesicherter Erkenntnisse über besondere degenerative Vorschäden müsse von einem altersentsprechenden Zustand ausgegangen und die Verletzung an der Rotatorenmanschette deshalb auf den Unfall zurückgeführt werden. Hierfür spreche auch die Unbeweglichkeit des linken Arms bei der Erstuntersuchung. Bei dem Sturz auf den linken Unterarm sei es zu einer Zugbeanspruchung der Sehne gekommen. Er habe nach dem Sturz die Arbeit sofort eingestellt. Er bestreite, dass degenerative Veränderungen an der rechten Schulter vorlägen, jedenfalls verursachten diese keinerlei Schmerzen.

Der Kläger übersendet ein Schreiben seines Arbeitgebers vom 08.02.2001, in dem ausgeführt wird, der Kläger habe am 24.10.1995 die Arbeit nach dem Unfall sofort eingestellt.

Die Beklagte stellt den Antrag,

das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 30.03.2000 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 30.03.2000 kostenpflichtig zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten, der LVA Schwaben, des Versorgungsamtes Augsburg sowie der Klage- und Berufungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig und sachlich begründet.

Die Entscheidung des Rechtsstreit richtet sich nach den bis 31.12.1996 geltenden Vorschriften der RVO, da der streitige Versicherungsfall vor dem 01.01.1997 eingetreten ist und über einen daraus resultierenden Leistungsanspruch vor dem 01.01. 1997 zu entscheiden gewesen wäre (§§ 212, 214 Abs.3 SGB VII i.V.m. § 580 RVO).

Der Kläger hat unstreitig am 24.10.1995 einen Arbeitsunfall (§ 548 RVO) erlitten. Eine MdE von mindestens 20 v.H. der Vollrente, die Voraussetzung für einen Anspruch auf Verletztenrente wäre (§§ 580 Abs.1, 581 Abs.1 RVO), liegt aber nach Ablauf der 13. Woche nach dem Unfallereignis nicht vor. Der ärztliche Sachverständige Dr.F. hat im Gutachten vom 27.12.2000 überzeugend erläutert, dass eine MdE wegen der Folgen des Unfalls vom 24.10.1995 nicht verblieben ist.

Die Rotatorenmanschette liegt zwischen dem Oberarmkopf und dem knöchern-binegewebigen Schulterdach, gebildet von der Schulterhöhe (Akromion), dem Rabenschabelfortsatz und einem straffen Band, das dazwischen verläuft. Sie bildet eine Sekundärpfanne zwischen Oberarmkopf und Schulterhöhe und kontrolliert die Roll-Gleit- Bewegungen des Oberarmkopfes. Die Rotatorenmanschette unterliegt im hohen Maße der Degeneration, die ab dem 3. Lebensjahrzehnt beginnt. Untersuchungen ergaben klinisch unauffällige Defekte in 25 % bei über Vierzigjährigen, in 75 % bei über Fünfzigjährigen und bis zu 100 % bei über Sechzigjährigen. Neben dem traumatischen Riss können Rupturen entstehen durch lokale Minderdurchblutung oder zunehmenden Verschleiß der Sehnen durch Abrieb in der Enge des subakromialen Raumes. Dabei handelt es sich um eine Störung der Gleitbewegung zwischen dem Oberarmkopf und dem Schulterdach. Jede Veränderung des subakromialen Raumes kann zu einem Engpass des Schultergelenkes führen: degenerative Erscheinungen der Rotatorenmanschette einschließlich von Teilrupturen, Kalkeinlagerungen, vorzeitiger Verschleiß des Schulterreckgelenkes. Den isolierten, ausschließlich traumatischen Supraspinatussehnenriss gibt es nicht. In Frage kommt allein ein Verletzungsmechanismus im Sinne der wesentlichen Teilursache bei bestehender Degeneration (vgl. Schoenberger-Mehrtens-Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage 1998 S.471 ff).

Berücksichtigt man die Angaben des Klägers, er sei bei einem Sturz nach rückwärts direkt auf das linke Ellenbogengelenk gefallen, sowie seine Angabe gegenüber Dr.G. am 26.10.1995, er sei auf die linke Schulter gefallen, kommen zwei Unfallmechanismen in Frage, nämlich ein Sturz direkt auf die linke Schulter oder eine Stauchverletzung nach Sturz auf den linken Unterarm. Weder die vom Kläger zunächst angegebene direkte Prellverletzung noch die später geschilderte Stauchung beschreiben einen Unfallmechanismus, der geeignet wäre, eine Zugbelastung auf die Rotatorenmanschette auszuüben, die zu einem Sehnenriss führen könnte. Geeignete Verletzungsmechanismen sind überfallartige Krafteinwirkungen, massives plötzliches Rückwärtsreißen oder Heranführen des Armes, z.B. Absturz beim Fensterputzen mit noch festhaltender Hand, oder starke Zugbelastung bei gewaltsamer Rotation des Armes, z.B. Verdrehen des Armes, wenn er in eine laufende Maschine gezogen wird, sowie beim adduzierten an den Körper angelegten Arm, z.B. Hineinfallen einer Last in ausgebreitete Arme (Schoenberger-Mehrtens-Valentin a.a.O. S.474). Direkte Krafteinwirkungen durch Sturz, Prellung oder Schlag können die Rotatorenmanschette dagegen nicht verletzen, da sie durch Schulterblatthöhe und Deltamuskulatur gut geschützt ist. Ein geeigneter Unfallhergang ist daher nicht bewiesen.

Aus der im Gutachten von Prof.Dr.B. vom 28.04.1997 beschriebenen Röntgenaufnahme vom 25.10.1995 ist zu ersehen, dass bereits ein deutlicher Humeruskopfhochstand bestand. Beginnende arthrotische Ausziehungen im Schulterhauptgelenk und im Schulterreckgelenk waren ebenfalls gegeben. Damit sind degenerative Veränderungen schon am Unfalltag bewiesen. Insbesondere der Hochstand des Oberarmkopfes ist, wie Dr.F. erläutert, ein deutlicher Hinweis darauf, dass eine alte Läsion der Rotatorenmanschette bestanden haben muss. Auch aus dem kernspintomografischen Befund vom 07.11.1995 ist zu entnehmen, dass ein Schulterhochstand und zusätzlich eine Arthrose im Schulterreckgelenk gesehen wurden. Die radiologischen Befundbeschreibungen sprechen also, so Dr.F. , ganz eindeutig für einen alten Vorschaden und nicht für eine frische Verletzung.

Aus dem Operationsbericht vom 22.11.1995 ist zu entnehmen, dass eine feinzottige Synovialitis als Hinweis auf eine chronische Reizung der Gelenkinnenhaut gefunden wurde. Auch die Knorpelschäden des Grades II weisen, wie Dr.F. ausführt, eindeutig auf einen länger zurückliegenden Vorschaden hin, da sich solche Verschleißerscheinungen nicht innerhalb von vier Wochen herausbilden können. Der histologische Bericht von Dr.L. vom 24.11.1995 erwähnt teils Narbengewebe, teils Faserfrakturierungen, die auf einen mehrzeitigen Prozess hindeuten. Insbesondere sind keine Eisenpigmente festgestellt worden und damit kein Nachweis von Einblutungen in das Gewebe gegeben. Dies spricht gegen eine frische Verletzung.

Dass konkurrierende Verursachungsmöglichkeiten gegeben sind, zeigt der Befund an der nicht verletzten rechten Schulter, wo deutliche degenerative Veränderungen festzustellen sind.

Nicht überzeugen kann im Hinblick auf diese Ausführungen die Auffassung von Dr.H. und Dr.K. , dass ein unfallbedingter Rotatorenmanschettendefekt vorliege. Dr.H. unterstellt, dass die Rotatorenmanschette vor dem Unfallgeschehen zwar degenerativ verändert, jedoch intakt war. Schon der auf den ersten Röntgenaufnahmen beschriebene Hochstand des Oberarmkopfes und der gleichlautende kernspintomografische Befund sind, so Dr.F. , ein deutliches Zeichen für die vorbestehende Läsion, da nur Substanzdefekte in der Rotatorenmanschette einen Oberarmkopfhochstand bewirken können. Die im Operationsbericht beschriebenen Synovialzotten, die bereits fortgeschrittene Knorpelläsion und die auch im Histologieprotokoll festgestellten degenerativen Veränderungen sind ein deutliches Argument gegen eine traumatische Rissbildung. Wenn Dr.H. auf die im Kernspin festgestellte Rissbildung und Flüssigkeitsansammlung hinweist, ist dies ebenfalls nicht geeignet, einen Kausalzusammenhang zu begründen, da, wie Dr.F. ausführt, nicht festzustellen ist, zu welchem Zeitpunkt diese beiden Veränderungen entstanden sind.

Was den Unfallmechanismus betrifft, so kann die Auffassung von Dr.H. , dass die Rotatorenmanschette durch ein Höherentreten des Oberarmkopfes unter Zug geraten seien soll, nicht überzeugen. Dr.F. erläutert, dass das Höherentreten des Oberarmkopfes gegen das Schulterblattdach lediglich eine Quetschung der Sehne zwischen beiden Knochen, jedoch keine Zugbelastung verursachen kann. Erforderlich wäre dafür eine mehrere Zentimeter große Distanz, die aus anatomischen Gründen ausgeschlossen ist. Solche Zugbelastungen treten bei gewaltsamer Anspreizung und nicht beim Höherentreten des Oberarmkopfes von allenfalls wenigen Millimetern auf.

Dr.K. geht bei seiner Beurteilung von einem bestimmten, jedoch unbewiesenen Unfallmechanismus aus, so dass auch dem von ihm gefundenem Ergebnis nicht gefolgt werden kann.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach [§ 193 SGG](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-11-04