

## L 2 U 64/01

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Landshut (FSB)

Aktenzeichen

S 13 U 18/97

Datum

30.01.2001

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 64/01

Datum

10.04.2002

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 30.01.2001 wird aufgehoben und die Klage gegen die Bescheide der Beklagten vom 07.11.1995 und 20.08.1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.01.1997 abgewiesen.

I. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der am 1959 geborene Kläger war als Fernfahrer bei der Firma Polstermöbel B. beschäftigt. Nach dem Durchgangsarztbericht des Dr.H. vom 22.03.1995 trug er im Mai 1994 in D. in der M.kirche eine Orgel über eine enge Treppe hoch. Diese sei dabei zurückgerutscht, wobei ihm als dem unteren Träger der Gurt plötzlich stark die linke Schulter belastet habe. Danach hätten Schmerzen bestanden und in der Folge sei eine Blaufärbung aufgetreten. Über Wochen habe eine eingeschränkte Schultergelenksbeweglichkeit bestanden. Trotzdem habe er weitergearbeitet. Der Durchgangsarzt vermerkt, dass eine Belastung des Arms selbst oder auch ein Sturz, der mit dem Arm abgefangen worden sei, offensichtlich nicht vorgelegen habe. Es bestehe ein Zustand nach Schultergelenkskontusion mit anhaltendem posttraumatischen Schmerzzustand. Für die im Gutachten des Medizinischen Dienstes vermutete Rotatorenmanschettenruptur biete die Unfallanamnese sowie die klinische und radiologische Diagnostik keine Hinweise. Die Sonografie der Rotatorenmanschette habe keine größere Läsion nachgewiesen. In einem Gutachten des Internisten Dr.K. , Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern, vom 18.11.1994 wird eine Rotatorenmanschettenruptur im linken Schultergelenk und ein Impingement-Syndrom Stadium 2 festgestellt. Zum Unfallhergang habe der Kläger angegeben, beim Herauftragen der Orgel über die Treppe sei er der untere Mann gewesen. Der obere habe ausgelassen und der Tragegurt habe sehr stark in die Schulter eingeschnitten. Er habe dann noch mehrere Wochen weitergearbeitet, obwohl er von diesem Zeitpunkt an die Schulter habe nicht mehr richtig bewegen können und obwohl auch alles schwarz und blau gewesen sei. Nach einer Besserung im Urlaub im August habe er wieder weitergearbeitet und sei dann wegen zunehmender Verschlechterung ab November 1994 krankgeschrieben worden. Im Oktober 1994 sei es zu einem erneuten Trauma der linken Schulter im Rahmen eines Arbeitsunfalls gekommen. Der Kläger habe wahrscheinlich im Rahmen zweier nicht angezeigter Arbeitsunfälle als Möbeltransporteur eine Rotatorenmanschettenruptur links erlitten. Nach den anamnestischen Angaben habe hier ein von außen einwirkendes Ereignis zu den angegebenen Verletzungen geführt.

Die AOK Deggendorf bestätigte mit Schreiben vom 25.04.1995 Arbeitsunfähigkeit des Klägers vom 18.11.1994 bis 09.04.1995. Auf Anfrage der Beklagten teilte der Arbeitgeber des Klägers mit Schreiben vom 25.04.1995 mit, ihm sei ein Arbeitsunfall im Sommer 1994 nicht bekannt und sei auch vom Kläger nicht gemeldet worden. Am 18.11.1994 sei von Dr.S. H. eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden. Auf diesen Bescheinigungen sei jedoch nie ein Arbeitsunfall angegeben worden.

Der behandelnde Arzt Dr.H. teilte mit Schreiben vom 09.05. 1995 mit, der Kläger habe sich am 08.05.1995 wegen zunehmender Schmerzen beider Schultergelenke mit deutlicher Bewegungseinschränkung vorgestellt. Es sei eine Schulterkontraktur links bei Rotatorenmanschettschaden festgestellt worden.

Mit Schreiben vom 19.05.1995 zitierte Dr.H. das Ergebnis einer Sonografie beider Schultergelenke, wonach im Seitenvergleich eine deutliche Ausziehung der Rotatorenmanschette links mit fraglicher Ruptur vorgelegen habe. Der Kläger mache geltend, seit etwa 6 Monaten zunehmende Schmerzen im Bereich der linken Schulter als Folge einer Verletzung während der Arbeit gehabt zu haben. Genauere Angaben habe er nicht gemacht. Ein Unfall sei am 18.11.1994 bei ihm behauptet worden. Er sei beim Transport eines schweren Gegenstandes geschehen, anfangs seien keine Angaben gemacht worden. Nach dem Befund sei eine spontane Entstehung der Verletzung nicht möglich. Auf Grund eines H-Berichts vom 22.03.1995 aus der unfallchirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses D. sei der Kläger ab 27.03.1995

für arbeitsfähig erachtet worden. Seit 08.05.1995 bestünden wieder massive Beschwerden. Arbeitsunfähigkeit habe bis 27.03.1995 vorgelegen. Mit Schreiben vom Mai 1995 bestätigte der Arbeitgeber des Klägers, der Kläger habe tatsächlich im Mai 1994 in seinem Auftrag die Orgel transportiert. Ob er im Oktober 1994 einen weiteren Arbeitsunfall mit Beteiligung der linken Schulter erlitten habe, sei nicht bekannt.

Mit Schreiben vom 22.11.1994 berichtete der Nervenarzt S., der Kläger habe angegeben, sich vor etwa einem halben Jahr schon überhoben zu haben. Jetzt klage er seit einer Woche über Schulter-Arm-Schmerzen links. Man müsse eine Cervikobrachialgie noch unklarer Ursache annehmen und zunächst konservativ symptomatisch behandeln.

Am 29.03.1995 erfolgte eine Computertomografie der Halswirbelsäule durch Dr.F ...

Vom 20.02.1995 bis 06.04.1995 wurde der Kläger wegen einer Rotatorenmanschettenruptur des linken Schultergelenks im Mai 1994 mit Schultersteife und einem muskulotendinotischen Cervikalsyndrom im Reha-Zentrum Klinik B. in D. behandelt. Der Unfallzeuge D. bescheinigte am 01.08.1995, gesehen zu haben, dass der Kläger sich beim Transport der Orgel mit dem Tragegurt die linke Schulter verletzt habe.

Am 21.08.1995 erstattete der ärztliche Berater der Beklagten Dr.S. eine Stellungnahme, in welcher er u.a. ausführte, vorliegende Röntgenaufnahmen der rechten Schulter zeigten außer einem Oberarmkopfhochstand keine pathologischen Veränderungen. Nach den vorliegenden Befunden sei eine Rotatorenmanschetten-ruptur bisher nicht eindeutig nachgewiesen. Einen Zusammenhang mit dem Ereignis im Mai 1994 halte er für äußerst unwahrscheinlich. Nach diesem Ereignis habe offensichtlich keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Die Arbeitsunfähigkeit ab November 1994 sei seines Erachtens auf unfallunabhängige Veränderungen zurückzuführen.

Mit formlosem Bescheid vom 07.11.1995 lehnte die Beklagte Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ab und berief sich auf die Stellungnahme des Dr.S ...

Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein.

Zum Vorgang des Unfalls, den der Kläger im Oktober 1994 erlitten habe, erklärte er auf Anfrage der Beklagten mit Schreiben vom 14.02.1996, der Unfall sei bei einer Tätigkeit für den Betrieb geschehen. Da er wegen starker Schmerzen in der linken Schulter die Sackkarre nicht halten können, sei ihm das transportierte Bettsofa auf die verletzte Schulter gefallen. Er sei dabei nicht gestürzt. Das Bettsofa habe ca. 90 Kilogramm gewogen. Er habe starke Schmerzen im Schulterbereich links verspürt. Er habe den linken Arm nicht mehr bewegen können. Auch zuvor habe er schon derartige Schmerzen verspürt. Einen Arzt habe er aufgesucht, sobald es die Zeit zugelassen habe. Aber der Betrieb habe eine schlechte Planung gehabt, sodass er nicht sofort zum Arzt gehen können. Den 2. Unfall habe er gemeldet, sogar telefonisch vom Lkw aus, und habe gleich ausgesprochen, dass er zum Arzt gehen müsse. Als Zeuge des Unfalls benenne er R. B. in M ...

Die Beklagte zog die Unterlagen des Arbeitsamts Deggendorf bei, worin sich ein Gutachten des Dr.M. vom 10.01.1996 findet, in dem der Arzt ausführt, nach seiner Einschätzung handle es sich bei den Veränderungen am linken Arm eindeutig um die Folgen eines Arbeitsunfalls, sofern die Angaben des Klägers zuträfen. In einem Gutachten vom 25.01.1996 stellte Dr.M. beim Kläger eine beginnende schmerzhafte Schultereinstellung links nach Trauma und nach Arthroskopie des linken Schultergelenks, nebenbefundlich trophische Störungen der Finger D 3 bis D 5 rechter Hand nach Schnittverletzung über den Grundgliedern, Ellenbogengelenks-Steckdefizit beidseits und degenerative Veränderung im Bereich der HWS mit Diskusprotrusion HW 5/6 fest.

Weiter zog die Beklagte einen Bericht des Dr. R. (Klinik B. D.) vom 29.11.1995 und einen Bericht des Nervenarztes S. vom 19.09.1995 bei, in welchem letzterer feststellt, dass er auch bei der heutigen Untersuchung keine objektivierbaren neurologischen Ausfälle finde.

Weiter zog die Beklagte einen Bericht des Dr.H. vom 05.04. 1995 bei und einen Operationsbericht über die am 28.09.1995 erfolgte Operation, bei welcher Dr.H. eine massive Synovialitis bei der Gelenksinnenraum-Inspektion der linken Schulter sowie eine deutliche degenerative Auffaserung der Rotatorenmanschette feststellte. In der ergänzenden Stellungnahme vom 22.07.1996 führte Dr.S. aus, der im Operationsbericht vom 28.09.1995 geschilderte Befund bestätige die bereits in seiner Stellungnahme vom August 1995 vermuteten degenerativen Veränderungen, sodass ein Zusammenhang der Beschwerden bzw. der Veränderungen mit dem Ereignis vom Mai 1994 nicht anzunehmen sei. Diese Stellungnahme ergänzte er am 12.08.1996 dahingehend, dass es bei dem Unfall lediglich zu einer Prellung der linken Schulter gekommen sei, während die Schultererkrankung vom 18.11.1994 auf unfallfremde Verschleißerscheinungen zurückzuführen sei.

Mit Bescheid vom 20.08.1996 lehnte die Beklagte Gewährung von Rente ab. Sie bezog sich auf die Stellungnahme des Dr.S ...

Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein. Er führte aus, bei dem Unfall vom Mai 1994 sei es zu einer erheblichen Zerrung mit Muskelriss gekommen. Da dieser Riss nicht richtig behandelt worden sei, sei eine Entzündung im Wirbelsäulenbereich entstanden, sodass die Beweglichkeit der Wirbelsäule sowie der rechten Schulter erheblich eingeschränkt sei.

Die Beklagte holte eine Stellungnahme des Arztes für Chirurgie Dr.K. vom 18.10.1996 ein, der ausführt, im Allgemeinen pflege ein Tragegurt in erster Linie den oberen Trapeziusrand und das Schlüsselbein zu belasten, weniger den Muskelus supraspinatus, allenfalls noch die Spina scapulae. Die ruckartige Mehrbelastung des Gurtes könne zu einer Fehlbelastung der genannten Strukturen, allerdings nur in unmittelbarem Gurtbereich führen. Unterstelle man eine dadurch bedingte strukturelle Veränderung, so sei prinzipiell eine Mitbeschädigung der vorgelagerten Strukturen, also des subkutanen Fettgewebes und der Haut entsprechend dem typischen Verletzungsbild, wie es ein Sicherheitsgurt zusetzen vermöge, zu fördern. Ein solches Verletzungsbild sei nicht aktenkundig und werde auch an keiner Stelle geltend gemacht. Auch das zweite Ereignis mit Aufprall eines Bettsofas auf die Schulterregion sei nicht geeignet, eine Rotatorenmanschette fehlzubelasten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20.01.1997 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Sie bezog sich auf die Stellungnahmen der Ärzte

Dres.S. und K ...

Dagegen erhob der Kläger Klage.

Im Termin am 10.06.1997 trug er vor, die Orgel sei zurückgerutscht und hätte ihn wahrscheinlich erdrückt, wenn sie sich nicht an einer Ecke des Treppengeländers verkantet hätte. Er wisse nicht mehr, ob er sich den Arm verdreht habe oder Ähnliches. Er sei von seinem Kollegen aus dem Gurt herausgeschnitten worden. Dann habe er zunächst eine Selbstbehandlung mit Hausmitteln versucht und aus Angst um seinen Arbeitsplatz weitergearbeitet. Er habe sich dann Spritzen geben lassen und versucht, weiter zu arbeiten. Im Oktober 1994 sei ihm eine Doppelbettcouch von einem Sackkarren auf die linke Schulter gefallen. Bei den daraufhin erfolgten weiteren Behandlungen sei ein Sehnenriss festgestellt worden.

Im Termin am 09.06.1998 hat das Sozialgericht den Zeugen A. H. einvernommen. Dieser hat ausgeführt, er habe für die M.kirche in D. 1992 eine Orgel angefertigt. Es handle sich um eine sog. Konzerttruhenorgel mit den Maßen 160 cm Breite, 95 cm Höhe, 65 cm Tiefe. Das Gewicht betrage ca. 260 Kilogramm. Es sei keine Transportkiste verwendet worden. Der Transport sei mit Gurten erfolgt. Es seien mindestens zwei Leute benötigt worden. Er könne sich nicht an einen Unfall erinnern, bei dem es Verletzte gegeben hätte oder die Orgel beschädigt worden sei. Der Kläger hat bekundet, dass der Zeuge H. bei dem Transport die Orgel am oberen Ende getragen habe.

Das SG hat zunächst ein Gutachten des Medizinaldirektors Dr.M. vom 10.06.1997 eingeholt, der zu dem Ergebnis gelangte, Folgen des Unfalls vom Mai 1994 lägen beim Kläger nicht mehr vor. Bei den echten traumatischen Rupturen käme es durch den Sturz auf den seitlich abgespreizten Arm zu Einrissen, die zu einer sofortigen und anhaltenden Bewegungseinschränkung führten. Das direkte Trauma auf die Schulter könne keine Rotatorenmanschettenruptur auslösen. Der lange Verlauf bis zur operativen Versorgung und die Bewegungseinschränkung auf der Gegenseite sprächen für degenerative Veränderungen an der Schulter. Das angesuldigte Ereignis sei für eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur nicht geeignet. Der Verlauf, mit nur leichtgradigen Veränderungen nach 10 Monaten und einem weitgehenden Aufbrauch der Schulterweichteile nach 14 Monaten bei der operativen Versorgung, spreche ebenfalls gegen eine unfallbedingte Schädigung. Somit sei es bei dem Unfall im Jahr 1994 zu einer ausgeprägten Kontusion im Bereich der linken Schulter gekommen. Weiter hat das SG nach der bereits erwähnten Beweisaufnahme ein Gutachten des Privatdozent Dr.W. vom 13.04. 1999 eingeholt, der davon ausgeht, dass nach dem Auslassen der Orgel durch den rückwärts gehenden dritten Mann die Orgel unkontrolliert die Treppe hinunter und auf den Kläger zugerutscht sei. Der zweite Mann, der Zeuge D. , habe hieran wenig ausrichten können, weil es ihm an einem geeigneten Angriffspunkt gemangelt habe, sodass das Gewicht der Orgel von 260 Kilogramm durch den Tragegurt plötzlich verstärkt auf die linke Schulter des Klägers umgelenkt worden sei, der hierdurch in eine gebückte Zwangshaltung eingeknickt sei und gleichzeitig von der Stirnfläche der Orgel gegen die Wand gedrückt worden sei, bis diese an der Wand angeeckt sei und stehen geblieben sei. Hierdurch sei die linksseitige Schultergürtelmuskulatur und besonders der Muskel trapezius des Klägers massiv gezerzt und gequetscht worden. Dieser Muskel verbinde die HWS mit dem Schulterblatt. Durch den massiven Zug des Tragegurts sei es zu einer Zerrung seines Ursprungs an der HWS und zu einer gewaltsamen Verbiegung und Verdrehung der HWS gekommen. Das Schultergelenk sei mit Sicherheit gequetscht, möglicherweise aber auch zusätzlich verdreht worden. Während der nachfolgenden Wochen und Monate sei die Zerrung und Quetschung allmählich verheilt. Dabei sei aber eine Vernarbung eingetreten, sodass sich der Muskel verkürzt habe und die jetzige Zwangshaltung der HWS sowie der Schulter eingetreten sei. An der linken Schulter sei durch die Quetschung und möglicherweise zusätzliche Verdrehung eine entzündliche Reizung der Kapsel ausgelöst worden, sodass eine sog. sekundäre Schultersteife eingesetzt habe. Neben der unfallbedingten Form gäbe es eine Reihe anderer Ursachen für eine Schultersteife. Von Bedeutung sei aber, dass sich für keine dieser anderen Anhaltspunkte fänden. Auf Grund der entzündlichen Reizung der Kapsel und deren damit beginnenden Verkürzung dauere es erfahrungsgemäß etwa sechs Monate, bis sich nach dem Ereignis, welches eine sekundäre Schultersteife hervorrufe, das Vollbild der Erkrankung ausgeprägt habe, beim Kläger wäre dies der November 1994 und damit exakt der Zeitpunkt des Beginns der Arbeitsunfähigkeit. Dass der Kläger während der ersten Wochen nach dem Unfall weitergearbeitet habe, spreche also einerseits nicht gegen den Unfallzusammenhang der sekundären Schultersteife und sei andererseits durch die begründete Angst des Klägers vor dem Verlust des Arbeitsplatzes erklärt. Typischerweise habe Dr.H. bei der Operation eine massive Synovialitis gefunden, ein weiterer Beweis für die eingetretene Kapselentzündung. Der zweite vom Kläger vorgetragene Unfall vom Oktober 1994 habe keinen wesentlichen Einfluss für das weitere Geschehen gehabt. Zwar sei die von der sekundären Schultersteife ergriffene Kapsel durch einen erneuten Schlag von vorne nochmals gereizt, nicht aber entscheidend beeinflusst worden. Die MdE werde nach den allgemeinen Erfahrungssätzen mit einem Grad von 30 v.H. eingeschätzt. Dabei bedinge die sekundäre Schultersteife eine MdE von 25 v.H., die durch die Verkürzung des Muskulus trapezius bedingte Fehllhaltung der HWS sowie der linken Schulter mit einer MdE von 10 v.H. Nachdem sich beide Bereiche überschneiden, schätze er die gesamte unfallbedingte MdE ab 11.09.1997 mit 30 v.H. ein. Dr.M. diskutiere in erster Linie eine Rotatorenmanschettenruptur, die jedoch beim Kläger nicht vorliege. Die diesbezügliche Diskussion sei deshalb überflüssig. Diese Aussage gelte auch für alle bisher von der Beklagten eingeholten beratungsärztlichen Stellungnahmen. Hierzu legte die Beklagte eine Stellungnahme des Dr.S. vom 12.05.1999 vor. Dr.S. weist darauf hin, dass im Operationsbericht eine deutliche degenerative Auffaserung der Rotatorenmanschette beschrieben wird. In der Diagnose werde eine Rotatorenmanschettenruptur erwähnt. Privatdozent Dr.W. gehe deshalb bei seiner Begutachtung von falschen Voraussetzungen aus. Er, Dr.S. , wisse, dass auch bei relativ vielen Probanden durchaus ohne Unfallereignis massive degenerative Veränderungen der HWS unterschiedlicher Genese auftreten könnten. Es sei deshalb nicht gerechtfertigt, aus einem derartigen Befund zwangsläufig auf einen kausalen Unfallzusammenhang zu schließen. Die von Privatdozent Dr.W. erwähnte sonografische und arthrografische Untersuchung vom 11.09.1997 sowie eine kernspintomographische Untersuchung vom 18.09.1997 seien in der Unterlagen nicht vorzufinden. Bei Beurteilung dieser Befunde sei jedoch zu berücksichtigen, dass seit dem Unfall 3 Jahre vergangen seien und immerhin ein Zeitraum von zwei Jahren zwischen der Arthroskopie der Schulter und der Begutachtung vergangen sei. Dies bedeute, dass die arthroskopische Untersuchung der Schulter wesentlich zeitnaher zum Unfall erfolgt sei als die später durchgeführten apparativen Untersuchungen. Weiter sei anzumerken, dass eine Kernspintomographie der HWS vom 07.09.1995 laut Gutachten des Privatdozent Dr.W. im Segment C 5/6 und C 6/7 eine Osteochondrose mit einer geringen Bandscheibenvorwölbung nach rechts im Segment C 5/6 und begleitender Unkovertebralarthrose gezeigt habe. Es sei nicht vorstellbar, dass sich derartige Veränderungen der Wirbelsäule reaktiv bereits ein Jahr nach dem angegebenen Unfallereignis, bei dem die Halswirbelsäule nicht betroffen gewesen sei, einstellten.

Dazu hat das Sozialgericht eine weitere Stellungnahme des Privatdozent Dr.W. vom 23.10.1999 eingeholt. Dieser führt aus, Dr.H. habe im Bericht vom 22.03.1995 beschrieben, für die im Gutachten des Medizinischen Dienstes vermutete Rotatorenmanschettenruptur biete Unfallanamnese, klinische und radiologische Diagnostik keine Hinweise. Bei der an diesem Tag durchgeführten Sonographie habe der Befund gelautet: Keine größere Läsion nachweisbar. Die Aussage, dass sich der Begriff einer Rotatorenmanschettenruptur durch die

gesamte Akte ziehe, beweise nur, dass hier ein Arzt die Diagnose des anderen übernommen habe, ohne sie selbst zu prüfen. Dr.H. habe in der Sonographie vom 19.05.1995 von einer fraglichen Ruptur der Rotatorenmanschette links gesprochen. Ein bildgebendes Verfahren, das eine Ruptur der Rotatorenmanschette nachgewiesen hätte, habe zu keinem Zeitpunkt vorgelegen. Werte man den Operationsbefund, so ergebe sich, dass die bei der Gelenkspiegelung einsehbare Unterfläche der Rotatorenmanschette eine deutliche degenerative Auffaserung zeigt. Auch damit sei nicht bewiesen, dass es sich um eine Kontinuitätsdurchtrennung der Rotatorenmanschette gehandelt habe, wengleich Dr.H. selbst in der zusammenfassenden Diagnose eine Rotatorenmanschettenruptur angenommen habe. Eine einmal eingetretene Rotatorenmanschettenruptur heile niemals, sofern sie nicht genäht werde, weil sie keine spontane Heilungstendenz besitze. Wenn die von Dr.H. beschriebene degenerative Auffaserung eine relevante Größenordnung besessen hätte, so müsse sie bis heute fortbestehen. Bei der Sonographie und Arthrographie am 11.09.1997, der Kernspintomographie am 18.09.1997 habe sich keinerlei Hinweis auf eine solche Kontinuitätsdurchtrennung der Rotatorenmanschette ergeben. Dabei sei dem arthrographischen Befund vom 11.09.1997 die größere Aussagekraft zuzumessen. Mittels der am 11.09.1997 durchgeführten Arthrographie sei der klinische Befund einer sekundären Schultersteife bewiesen worden. Hierfür sei die Arthrographie das einzige bildgebende Verfahren, das eine Schultersteife zeige. Kennzeichnendes Kriterium sei der entzündlich geschrumpfte Kapselraum. Ein intraoperativer Befund sei stets subjektiv, wogegen die bildgebenden Befunde auch einer späteren erneuten Beurteilung zugänglich seien. Hier erscheine die unmittelbare Stellungnahme des Dr.H. erforderlich, um jeden Zweifel auszuräumen. Einmal eingetretene Schäden der Rotatorenmanschette blieben im günstigsten Fall unverändert und nähmen tendenziell zu. Ergäben die späteren apparativen Untersuchungen, wie beim Kläger, einen Normalbefund bezüglich des Zustands der Rotatorenmanschette, so müsse ein früherer Befund zurückstehen, weil nicht vernünftig erklärbar. Nach seiner Erfahrung träten reaktive, also unfallbedingte, Veränderungen an der Halswirbelsäule durchaus schon ein Jahr nach einem Unfall auf. Sein zentrales Argument gegenüber allen bisher gemachten gutachterlichen Äußerungen laute, dass sie keine vernünftige und schlüssige Erklärung für den Zustand des Klägers böten. Das einzig vorgetragene Argument in allen diesen Gutachten sei, dass es sich um degenerative, also abnutzungsbedingte, Veränderungen sowohl im Bereich der Schulter als auch der Halswirbelsäule handle. Danach müsse ein zum Zeitpunkt des Unfalls 34-jähriger Mann, der zuvor noch in der Lage gewesen sei, als Möbeltransporteur schwer körperlich zu arbeiten, ohne Unfallzusammenhang innerhalb weniger Monate umschriebene abnutzungsbedingte Veränderungen allein in der linken Schulter und in der HWS erleiden. Dieser Erklärungsversuch sei nicht schlüssig.

Dazu legte die Beklagte erneut eine Stellungnahme des Dr.S. vom 03.12.1999 vor. Dieser führt u.a. aus, der Hinweis, dass beim Kläger 1997 ein Normalbefund bezüglich des Zustands der Rotatorenmanschette nachgewiesen worden sei, werde dadurch relativiert, dass Dr.W. selbst darauf hinweise, dass bei der Untersuchung durch Arthrographie am 11.09.1997 ein geschrumpfter Kapselraum vorgefunden worden sei. Die Annahme einer massiven Quetschung und Zerrung der Halsweichteile durch den Unfall vom Mai 1994 sei willkürlich und nicht nachgewiesen. Selbst wenn es zu einer derartigen Verletzung der Halsweichteile gekommen wäre, erkläre dies nicht das Auftreten von massiven Umformungen und Veränderungen innerhalb Jahresfrist.

Mit Schreiben vom 09.06.2000 hat Dr.H. auf Anfrage des Gerichts darauf hingewiesen, dass aus dem Operationsbericht eindeutig hervorgehe, dass eine degenerative Auffaserung der Rotatorenmanschette gleno humeral festgestellt worden sei. Dadurch sei die Kontinuität der Rotatorenmanschette unterbrochen. Eine vollständige Kontinuitätsunterbrechung bis in die Bursa subacromialis hinein habe nicht vorgelegen, sodass streng genommen von einer Rotatorenmanschettenteilruptur gesprochen werden müsse. Da diese Teilrupturen kein massives Ausmaß aufgewiesen hätten, sei es ohne weiteres möglich, dass sie bei der nach drei Jahren später durchgeführten Diagnostik (Arthro-CT) nicht mehr feststellbar seien. Die Diagnose der Rotatorenmanschettenruptur sei keinesfalls eine Verdachtsdiagnose, sondern gebe die bei der Operation erhobenen Befunde wieder. Der Substanzdefekt der Rotatorenmanschette habe einen degenerativen Anschein erweckt.

In einer weiteren Stellungnahme des Privatdozent Dr.W. vom 31.10.2000 wiederholt der Sachverständige im Wesentlichen seine Argumentation. Bei der Arthrographie vom 11.09.1997 habe sich die Unterfläche der Rotatorenmanschette makellos dargestellt, sodass eine nennenswerte Teilruptur von mehr als 10 v.H. Tiefenausdehnung auszuschließen sei. Auffällig sei lediglich der enge Kapselraum, der für eine sekundäre Schultersteife typisch sei. In der erneuten Stellungnahme vom 11.12.2000 vertritt Dr.S. die Auffassung, dass die im Jahr 1995 gefundene Läsion der Rotatorenmanschette im Lauf der Jahre dann durch Adhäsionen und Narbenbildungen zu einer zunehmenden Enge des Gelenkbinnenraumes geführt habe, wie dies bei den apparativen Untersuchungen in der Folgezeit nachgewiesen worden sei. Daraus erkläre sich die schmerzhafte Schultersteife.

Mit Urteil vom 30.01.2001 hat das SG Landshut die Beklagte verurteilt, dem Kläger ab 10.04.1995 Verletztenrente nach einer MdE um 30 v.H. zu gewähren. Es hat sich dabei auf die Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Dr.W. als Leiter der Schultersprechstunde der Chirurgischen Klinik M. gestützt. Demgegenüber sei dem Gutachten des Dr.M. und den Stellungnahmen des Dr.S. nicht zu folgen. Zwar hätte beim Kläger eine gewisse Vorschädigung der Rotatorenmanschette vorgelegen, jedoch nicht in einem Ausmaß, dass diese als eine wesentliche Bedingung der bestehenden Beschwerden des Klägers angesehen werden könne.

Dagegen richtet sich die Berufung der Beklagten, mit der sie geltend macht, eine substanzielle Schädigung der Halswirbelsäule in Folge einer gewaltsamen Verbiegung und Verdrehung sei nicht zu belegen. Da auch unmittelbar nach dem Ereignis keine ärztliche Behandlung stattgefunden habe, sei davon auszugehen, dass es zu nicht nachweisbaren Verletzungen gekommen sei und diese folgenlos ausgeheilt seien. In einer Begutachtung am 15.03.1995 zur Frage der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Bayern werde ausdrücklich erwähnt, dass die Wirbelsäule des Klägers achsengerecht im Lot stehe und die der Wirbelsäule benachbarte Muskulatur und Nackenmuskulatur nicht tonuserhöht seien. Auch die Quetschung der Schulter, die zu einer entzündlichen Reizung der Kapsel geführt habe, sei nicht nachvollziehbar. Der Auffassung von Dr.W. stehe auch der Operationsbericht entgegen, der eindeutig degenerative Auffaserungen der Rotatorenmanschette beschreibe. Außerdem ließen sich in den Röntgenaufnahmen der HWS vom 18.11.1994 deutliche umformende Veränderungen des 5. und 6. Halswirbelkörpers nachweisen, die in dem Zeitraum seit dem Unfall nicht hätten entstanden sein können.

Der Senat hat die Röntgenaufnahmen und Kernspintomographien beigezogen und eine Auskunft des Dr.H. vom 07.05.2001 eingeholt. Danach habe der Kläger bei der ersten Konsultation am 18.11.1994 über zunehmende Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule und im Bereich des linken Schultergelenks mit Ausstrahlung in den linken Arm mit Taubheitsgefühl berichtet. Er habe sich an der linken Schulter, etwa im Mai/Juni 1994 verletzt. Er sei damals aber nicht zum Arzt gegangen. Jetzt habe er massive Schmerzen im Bereich der HWS. Bei der ersten Konsultation am 18.11.1994 habe er keinerlei genauen Angaben zu den Beschwerden im linken Schultergelenk gemacht sowie auch

zum Unfallhergang. In weiterem Verlauf, etwa im Februar 1995, habe der Kläger über zunehmende Schmerzen im Bereich des linken Schultergelenks geklagt und am 08.05.1995 detailliert über einen Arbeitsunfall etwa Mai/Juni 1994 berichtet. Dabei habe er erklärt, beim Ausliefern einer schweren Orgel habe er einen Schultergurt über der linken Schulter getragen. Die Orgel sei abgerutscht und er habe mit dem Arm nachfassen müssen und dabei einen heftigen Riss in der Schulter gespürt. Es sei dabei auch irgendwie gestolpert und beinahe gestürzt. Genauer detaillierte Angaben habe er zu diesem Zeitpunkt und auch später nicht machen können.

Der Senat hat weiter ein Gutachten des Orthopäden Dr.F. vom 17.08.2001 eingeholt. Bei diesem hat der Kläger bekundet, die Orgel sei nach seiner Auffassung 500 kg schwer gewesen. Die Treppe habe einen Knick bzw. eine Kurve auf etwa halber Höhe gemacht. Er habe sich in der Treppenkurve praktisch drehen müssen, um wieder weiter geradeaus gehen zu können. Bei diesem Vorgang sei die Orgel abgerutscht und habe mit dem vollen Gewicht am über die linke Schulter geführten Gurt gehangen, sodass es ihn mit dem Gewicht der Orgel nach links verzogen habe. Er sei aber nicht gestürzt. Er habe Schmerzen in der linken Halsseite und in der linken Schulter verspürt. Die Arbeit habe er am Unfalltag sofort einstellen müssen. Mitte Juni 1994 habe er das erste Mal einen Arzt aufgesucht. Davor habe er die linke Schulter mit Gänsefett eingerieben. Die Arbeit habe er bis zum ersten Arztbesuch ab dem Tag nach dem Unfall wieder fortgesetzt. Er habe eine Spritze in die linke Schulter erhalten. In diesem Zeitpunkt habe er die linke Hand praktisch nicht mehr anheben können. Krankgeschrieben worden sei er jedoch nicht. Im Oktober 1994 habe er ein dreisitziges Bettsofa transportiert. Da er das Sofa nicht halten können, sei dieses direkt auf die linke Schulter gefallen. Nach dem zweiten Unfall habe er sofort einen Arzt aufgesucht. Ab diesem Zeitpunkt sei er bis 10.04.1995 krankgeschrieben gewesen. Die Berufstätigkeit als Fernfahrer habe er im September 1995 eingestellt. Zum Dezember 1996 sei ihm gekündigt worden. Die Röntgenuntersuchung beider Schultergelenke ergebe links einen eindeutigen Hochstand des Oberarmkopfes als Hinweis auf eine defekte Rotatorenmanschette und eine knöcherne Vorwölbung der Gelenkpfanne. Rechts stehe der Oberarmkopf noch gelenkgerecht, zeige in der Axialansicht kleine zystische Aufhellungen. Die Schultergelenke seien eindeutig rechts mehr als links verschleißgeschädigt. Nicht reduziert sei der Kalksalzgehalt des linken Oberarmkopfes, sodass Zeichen einer Inaktivitätsatrophie fehlten. Aus dem Befund der Wirbelsäule sei zu entnehmen, dass der Kläger die Halswirbelsäule bei Seitneigung und Drehung sehr wenig bewege. Auch die Brustwirbelsäule entfalte sich unvollständig, die Lendenwirbelsäule hingegen frei. Radiologisch zeigten sich an der Halswirbelsäule eine erhebliche Fehlstellung, Bandscheibenschäden vor allem zwischen dem 5. bis 6., geringer auch im darüberliegenden Segment, kräftige spondylootische Ausziehungen zwischen dem 5. bis 6. Halswirbelkörper und Verschleißerscheinungen der Hakengelenke. Zu überprüfen sei im Wesentlichen, ob strukturelle Veränderungen an der HWS und an der linken Schulter dem Unfall vom Mai 1994 wenigstens wesentlich zugeordnet werden könnten. Dabei sei von unterschiedlichen Schilderungen zum Unfallmechanismus auszugehen. Auf den Röntgenaufnahmen vom 09.08.1994 sei die Darstellung des Oberarmkopfes in Fehlrotation erfolgt. Es ergebe sich in dieser Projektion, dass die Schultergelenkpfanne wie heute bereits etwas nach kaudal vorgewölbt gewesen sei. Der Oberarmkopf habe auch damals zu hoch gestanden. Es sei eine kleine knöcherne Ausziehung an der unteren Circumferenz des Kopfes zu sehen. Am Schultergelenk seien etwas deutlichere Verschleißerscheinungen als auf der heutigen Aufnahme dargestellt. Nur wenig später, nämlich am 18.11.1994 sei auch die Halswirbelsäule radiologisch untersucht worden. Eine ausgeprägte Fehlstellung und fortgeschrittene degenerative Veränderung zwischen dem 5. und 6. Halswirbelkörper seien bereits dargestellt. Es müssten also zum Zeitpunkt der Erstellung des Durchgangsarztberichtes durch Dr.H. bereits ausgeprägte degenerative Veränderungen der HWS bestanden haben, auch wenn Dr.H. vom Unfall unabhängige krankhafte Veränderungen laut Durchgangsarztbericht nicht bekannt gewesen seien. Die Röntgenauswertung der linken Schulter entspreche nicht derjenigen, die auf den am 09.08.1994 angefertigten Bildern dargestellt seien. Der Sachverständige Dr.F. beschreibe nunmehr den Verlauf der von den behandelnden und begutachtenden Ärzten erhobenen Befunde. Aus dem geschilderten Unfallereignis ziehe er den Schluss, dass beim Kläger eine Zerrverletzung der HWS und eine Quetsch-Prellverletzung des linken Schultergelenks abgelaufen sein müsse. Dabei habe es sich zunächst nicht um einen Unfallmechanismus gehandelt, der geeignet sei, den erst am 28.09.1995 intraoperativ gesicherten Teilriss der Rotatorenmanschette wenigstens wesentlich mitzuverursachen, da die Rotatorenmanschette durch Schulterhöhe und Deltamuskulatur vor äußeren Einwirkungen gut geschützt sei. Bei dem Unfallmechanismus habe eine Überdehnung der Rotatorenmanschette nicht zu Stande kommen können, die allein geeignet sei, eine strukturelle Veränderung an den Sehnen oder Muskelfasern zu bewirken. Ein ganz entscheidendes Argument gegen eine wesentliche strukturelle Läsion der Halswirbelsäule und/oder der Rotatorenmanschette stelle auch das Verhalten des Klägers nach dem ersten Ereignis im Mai 1994 dar. Auch dass erst im März 1995 ein Durchgangsarztbericht erstellt worden sei, lasse sich mit einer schwerwiegenden Verletzung im Mai 1994 nicht vereinbaren. Es könne daraus nur der Schluss gezogen werden, dass im zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen ein früherer behandelnder Arzt keine Information über ein Unfallereignis gehabt habe. Die ersten Röntgenaufnahmen nach dem Unfallgeschehen des linken Schultergelenks aus August 1994 ergäben degenerative Veränderungen, deren Ursächlichkeit auf Grund des langen Zeitintervalls zwischen Unfallgeschehen und ersten Röntgenaufnahmen nicht mit allerletzter Sicherheit geklärt werden könne. Jedoch sprächen degenerative Veränderungen im Schultergelenk, am Oberarmkopf, an der Gelenkpfanne und ein relativ hoch stehender Oberarmkopf dafür, dass es sich bei der Erkrankung der linken Schulter um ein unfallunabhängiges Geschehen gehandelt haben müsse, da alle diese Symptome nicht ohne weiteres innerhalb des Zeitraums zwischen Mai und August 1994 hätten entstehen können. Diese Aussage sei jedoch nur relativ sicher möglich, sodass im Endeffekt die Auswertung der ersten Röntgenaufnahmen keinen sicheren Hinweis auf die Genese der Veränderungen liefere. Das gälte natürlich auch für den Operationsbefund, da weit über einem Jahr nach dem Unfallgeschehen weder mikroskopisch noch histologisch ein Rückschluss auf die Kausalität der Veränderungen gezogen werden könne, zumal der Kläger ja bekanntlich im Oktober 1994 eine weitere Verletzung des linken Schultergelenkes erlitten habe. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit sei ausgeschlossen, dass eine Zerrverletzung der HWS, wie sie auf Grund des Unfallmechanismus zu Stande habe kommen können, die ausgeprägten Strukturveränderungen, die auf den ersten Röntgenaufnahmen vom November 1994 sichtbar seien und sich seitdem nicht nennenswert weiterentwickelt hätten, kausal habe herbeiführen können. Zudem wäre eine strukturelle Läsion der HWS, speziell eine Bänderzerreißen, ein Bandscheibenvorfall oder eine Fraktur ein dermaßen einschneidendes traumatisches Ereignis gewesen, dass der Kläger mit Sicherheit sofort einen Arzt aufgesucht und auch nicht weitergearbeitet hätte. Es lasse sich also festhalten, dass eine Prell- und Quetschverletzung des linken Schultergelenks durch das Unfallereignis im Mai 1994 entstanden sei, außerdem wohl eine Zerrung der bereits erheblich vorgeschädigten Halswirbelsäule, ohne dass an der Schulter oder an der Halswirbelsäule strukturelle Veränderungen auf Grund des Unfallgeschehens nachgewiesen werden könnten. Eine unfallbedingte MdE seit 10.04.1995 sei nicht zu begründen. Zerr- und Quetschverletzungen, wie sie der Kläger erlitten habe, heilten im Regelfall innerhalb weniger Wochen folgenlos aus. Andernfalls wäre der Kläger sicher nicht in der Lage gewesen, ohne weitere Hilfe auf einer Sackkarre eine dreisitzige Bettcouch im Oktober 1994 zu transportieren. Der Kläger habe bei ihm ausdrücklich negiert, dass er in gebückter Zwangshaltung eingeknickt sei. Der Unfall habe durchaus zu einer Quetschung der Schultergürtelmuskulatur führen können, jedoch nicht in dem Ausmaß, dass der Kläger die Arbeit in der Folgezeit habe einstellen und einen Arzt aufsuchen müssen. Eine Verdrehung der Wirbelsäule sei eine spekulative Unterstellung des Gutachters Dr.W ... Der Gutachter sei bei seiner Beurteilung lediglich von Mutmaßungen in Bezug auf den Unfallhergang ausgegangen. Wie eine Verdrehung des Schultergelenks abgelaufen sein solle, sei völlig unerfindlich. Eine vermutete Verkürzung des Trapezius-Muskels sei weder klinisch noch

radiologisch nachzuvollziehen. Die Zwangshaltung der HWS sei der Gestalt, dass der Kopf nach vorne verbogen sei. Wenn sich der Trapeziusmuskel verkürzt hätte, wäre die HWS nach links verzogen, also rechtskonvex seitlich verbogen. Jedoch sei genau das Gegenteil der Fall. Eine vermutete Vernarbung des Muskels sei zu keinem Zeitpunkt nachgewiesen worden, insbesondere auch nicht kernspintomographisch. Bei der kernspintomographischen Untersuchung der HWS am 07.09.1995 sei eine solche Weichteilveränderung nicht beschrieben worden. Eine entzündliche Kapselreizung sei erst in erheblichem zeitlichen Abstand zum Unfallgeschehen festgestellt worden, weshalb sich auch insoweit ein Kausalzusammenhang zur erst im September 1995 operierten Schultersteife nicht herstellen lasse. Einen Zusammenhang zwischen der Funktionsstörung des linken Schultergelenks und der intraoperativ gesicherten Defektbildung der Rotatorenmanschette sehe der Gutachter aus unerfindlichen Gründen nicht. Nach Schönberger-Mehrtens-Valentin seien 80 bis Kläger gefundenen degenerativen Veränderungen, einschließlich der nachgewiesenen Verschleißschädigung im Schulterreckgelenk. Diskutiert würden auch cervikale Fernwirkungen als Folge von Irritationen cervikaler Nervenwurzeln, die auf Grund der fraglos unfallunabhängigen erheblichen degenerativen Veränderungen der HWS im Fall des Klägers ebenfalls diskutabel seien. Als Ursache einer verletzungsbedingten Schultersteife gälten vor allem knöcherne Verletzungen am oberen Oberarmende und im Bereich des Schulterblattes, auch Verletzungen des Schultergelenks und Schulterreckgelenks sowie schwere Weichteilverletzungen nach Quetschungen und Verbrennungen, die jedoch weder aus dem Verhalten des Klägers noch dem verspäteten Arztbesuch hergeleitet werden könnten. Um eine positive Kausalbeurteilung zu ermöglichen, seien im zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen Schwellung, Bluterguss im Gelenk und sofortige schmerzhafte Funktionsbehinderung nachzuweisen, Kriterien, die samt und sonders im Fall des Klägers nicht erfüllt seien. Ein sicherer Hinweis auf den völlig fehlenden zeitlichen Zusammenhang zwischen der 1995 operierten Teilsteife der Schulter und dem Unfallgeschehen sei ganz einfach darin zu sehen, dass anlässlich eines Möbeltransports im Oktober 1994 eine erneute Verletzung eingetreten sei, wobei gesagt werden müsse, dass ein solcher Möbeltransport mit einer versteiften linken Schulter nicht möglich gewesen wäre. Die posttraumatische Schultersteife entwickle sich nach der oben zitierten Standardliteratur in wenigen Tagen bis Wochen nach einem Unfall und nicht innerhalb von Monaten. Das Vorgutachten gehe also insgesamt von fehlerhaften Voraussetzungen aus.

Die Beklagte beantragt, das Urteil vom 30.01.2001 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Berufung der Beklagten zurückzuweisen, hilfsweise die Verhandlung zu vertagen und gemäß [§ 109 SGG](#) ein Ergänzungsgutachten des Privatdozenten Dr.W. einzuholen und unter Bezugnahme auf S.26 des Gutachtens vom 17.08.2001 des Dr.F. den Arbeitskollegen des Klägers Herrn B. dazu zu hören, dass äußerlich sichtbare Verletzungen (schwarze und blaue Flecken) zwei Tage nach dem Unfall beim Kläger festzustellen waren.

Der Senat hat im Termin am 05.12.2001 die Verhandlung vertagt und einen Bericht des Dr.M. als Nachfolger des Dr.W. über die Behandlung des Klägers vom 09.08.1994 beigezogen. Auf den Bericht vom 13.02.2002 wird verwiesen. Dr.M. übersendet eine Karteikarte, in welcher unter dem Datum 09.08. 1994 vermerkt ist "Schulterschmerzen links".

Der Senat hat die Akten der Beklagten und des Sozialgerichts beigezogen. Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf den Akteninhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig und sachlich begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung von Rente seit 10.04.1995 wegen der Folgen des Unfalls vom Mai 1994.

Die Entscheidung des Rechtsstreits richtet sich auch im Berufungsverfahren nach den Vorschriften der RVO, da ein Unfall vor dem 01.01.1997 geltend gemacht wird ([§ 212 SGB VII](#)). Gemäß § 581 Abs.1 RVO wird dem Verletzten Verletztenrente gewährt, solange infolge des Arbeitsunfalls seine Erwerbsfähigkeit um wenigstens ein Fünftel gemindert ist. Entgegen der Meinung des SG lag beim Kläger ab 10.04.1995 keine rentenberechtigende MdE wegen der Folgen des Unfalls vom Mai 1994 mehr vor. Eine unfallbedingte Schultersteife kann, abweichend von der Meinung des Sozialgerichts, nicht angenommen werden. Während die als Unfallfolgen geltend gemachten Gesundheitsstörungen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen müssen, genügt für den Zusammenhang zwischen den geltend gemachten Leiden und dem Unfallereignis die hinreichende Wahrscheinlichkeit, d.h., es muss deutlich mehr für als gegen den Zusammenhang sprechen ([BSGE 45, 285, 286](#)). Vorliegend sprechen deutlich mehr Gründe gegen als für den Zusammenhang der festgestellten Schultersteife mit dem vom Kläger angeschuldigten Unfall vom Mai 1994. Dies ergibt sich insbesondere aus dem Gutachten des Sachverständigen Dr.F. und darüber hinaus aus dem des Dr.M. und der Stellungnahme des Dr.S. vom 11.12.2000, die im Weg des Urkundenbeweises verwertet werden kann. Zu Recht weist Dr.F. auf die herrschende Literatur in der Unfallbegutachtung hin, wonach 80 bis 90 % der schmerzhaften Schultersteifen Folge degenerativer Veränderungen in der Umgebung des Schultergelenks bzw. in den sog. Nebengelenken des Schultergelenkes sind. Die Verletzungen des Schultergelenks und Schultergürtels sind erst an zweiter Stelle Ursache der Schultersteife. Für die Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Schultersteife und Unfallgeschehen ist der Nachweis erheblicher direkter oder indirekter Einwirkung auf die Schulter in Form von Schwellung, Bluterguss im Gelenk und sofortiger schmerzhafter Funktionsbehinderung in zeitlichen Zusammenhang zu erbringen (vgl. Schönberger, Mehrstens, Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage, S.549). Dr.F. weist daraufhin, dass diese Kriterien im Fall des Klägers nicht erfüllt sind. Er legt dar, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Zerrverletzung der HWS, wie sie auf Grund des Unfallmechanismus zu Stande kommen konnte, die ausgeprägten Strukturveränderungen, die auf den ersten Röntgenaufnahmen vom November 1994 sichtbar sind und sich seitdem nicht nennenswert weiterentwickelt haben, nicht kausal herbeiführen konnte. Zur Entwicklung solcher Verschleißerscheinungen im Zusammenhang mit einem Trauma hätte es wesentlich mehr als sechs Monate bedurft. Diesbezüglich betont er auch mit Recht, dass eine strukturelle Läsion der HWS, speziell eine Bänderzerreiung, ein Bandscheibenvorfall oder eine Fraktur ein dermaßen einschneidendes traumatisches Ereignis gewesen wäre, dass der Kläger mit Sicherheit sofort einen Arzt aufgesucht und auch nicht weitergearbeitet hätte. Auch die durchaus wahrscheinliche Quetschung der Schultergürtelmuskulatur war nicht in einem Ausmaß, dass der Kläger die Arbeit in der Folgezeit einstellen und einen Arzt aufsuchen musste. Zutreffend weist Dr.F. auch darauf hin, dass, sofern Privatdozent Dr.W. eine gewaltsame Verbiegung und Verdrehung der HWS annimmt, dies eine reine Vermutung ist, die nirgendwo dokumentiert ist. Eine vermutete Verkrtzung des Trapeziusmuskels ist nach den schlüssigen Ausführungen des Sachverständigen Dr.F. weder klinisch noch radiologisch nachzuvollziehen. Die Zwangshaltung der HWS ist dergestalt, dass der Kopf nach vorne verbogen ist. Wenn sich der Trapeziusmuskel verkrtzt hätte, wäre die HWS nach links verzogen, also rechtskonvex seitlich verbogen. Genau das Gegenteil ist aber laut Dr.F. beim Kläger der Fall. Die von Privatdozent Dr.W. vermutete Vernarbung des Muskels ist auch kernspintomographisch niemals nachgewiesen worden. Der

Ansicht des Privatdozent Dr.W. , die möglicherweise abgelaufene Verdrehung der Schulter habe eine entzündliche Reizung der Kapsel ausgelöst, die eine sekundäre Schultersteife bewirkt habe, ist mit Dr.F. entgegenzuhalten, dass zum einen eine Verdrehung im Schultergelenk nicht nachgewiesen ist und zum anderen eine entzündliche Kapselreizung erst in erheblichem zeitlichen Abstand zum Unfallgeschehen festgestellt werden konnte, während nach der einschlägigen Literatur der Unfallbegutachtung die posttraumatische Schultersteife sich in wenigen Tagen bis Wochen nach einem Unfall entwickelt (vgl. Schönberger, Mehrrens, Valentin, S.560). Dr.F. wendet zu Recht ein, dass Privatdozent Dr.W. einen Zusammenhang zwischen der Funktionsstörung des linken Schultergelenks und der intraoperativ gesicherten Defektbildung der Rotatorenmanschette nicht sieht. Hierzu legt er dar, dass nach der schon zitierten Literatur 80 bis 90 % der schmerzhaften Schultersteifen Folge der beim Kläger gefundenen degenerativen Veränderungen, einschließlich der nachgewiesenen Verschleißschädigung im Schultergelenk sind. Der Sachverständige verweist insoweit auf die Auskunft des operierenden Arztes Dr.H. vom 09.06.2000 an das SG, nach der bei der Operation eine degenerative Auffaserung der Rotatorenmanschette gleno humeral festgestellt wurde, wobei jedoch keine vollständige Kontinuitätsunterbrechung der Rotatorenmanschette vorlag. Der Sachverständige Dr.F. betont in Übereinstimmung mit dem Sachverständigen Dr.M. , dass es sich dabei nicht um die Folge eines traumatischen Ereignisses handelt, wofür insbesondere das Verhalten des Klägers spricht. Als konform mit einer strukturellen Läsion der Rotatorenmanschette im Rahmen eines traumatischen Ereignisses gilt noch, wenn der Verletzte spätestens einen Tag nach dem Geschehen die Arbeit einstellt und den Arzt aufsucht, jedoch nicht das Verhalten des Klägers, der nach eigenen Angaben erst Mitte Juni bzw. nach den Unterlagen des Dr.W. im August 1994 erstmals einen Arzt konsultiert hat. Auch dass ein Durchgangsarztbericht erst im März 1995 erstellt wurde, lässt sich mit einer schwerwiegenden Verletzung im Mai 1994 nicht vereinbaren. Dr.S. , der ebenfalls eine degenerative Läsion der Rotatorenmanschette annimmt, führt aus, dass eine derartige Läsion im Lauf der Jahre durch Adhäsionen und Narbenbildungen zu einer zunehmenden Enge des Gelenkbinnenraums führt, wie dies bei den apparativen Untersuchungen in der Folgezeit nachgewiesen ist, und eine darauf beruhende schmerzhafteste Schultersteife durchaus erklärt.

Nach allem liegt keine Wahrscheinlichkeit dafür vor, dass die Schultersteife auf dem angeschuldigten Unfall beruht. Der Senat schließt sich dem Gutachten des Dr.F. an, dass eine unfallbedingte MdE seit 10.04.1995 nicht zu begründen ist, da Zerr-, Prell- und Quetschverletzungen, wie sie der Kläger erlitten hatte, im Regelfall innerhalb weniger Wochen folgenlos ausheilen. Andernfalls wäre der Kläger auch nicht in der Lage gewesen, ohne weitere Hilfe auf einer Sackkarre eine dreisitzige Bettcouch im Oktober 1994 transportieren zu können.

Der Senat sieht den Sachverhalt insbesondere durch das schlüssige Gutachten des Dr.F. als geklärt an. Der Antrag, gemäß [§ 109 SGG](#) nochmals Dr.W. gutachterlich zu hören, ist verspätet. Erkennt der Beteiligte, dass die Beweiserhebung durch das Gericht abgeschlossen ist, muss er innerhalb angemessener Frist Antrag nach [§ 109 SGG](#) stellen. Vorliegend hat der Senat das Gutachten des Dr.F. den Bevollmächtigten des Klägers mit Schreiben vom 28.08.2001 übersandt und Äußerungsfrist bis 30.09.2001 gesetzt. Der Antrag nach [§ 109 SGG](#) wurde jedoch erst im Termin am 05.12. 2001 gestellt, nachdem er im Schreiben vom 02.10.2001 angekündigt worden war. Damit war der Antrag im Sinne des [§ 109 Abs.2 SGG](#) verspätet. Die Beweisaufnahme des Senats durch Beiziehung des Berichts des Dr.M. hat keinen neuen Sachverhalt ergeben, der die Einholung eines weiteren ärztlichen Gutachtens erforderlich gemacht hätte. Der als Zeuge angebotene Kollege des Klägers, D. war nicht dazu zu hören, ob beim Kläger zwei Tage nach dem Unfall schwarze und blaue Flecken festzustellen gewesen seien, da derartige Feststellungen nicht entscheidungserheblich sind. Der Nachweis eines Blutergusses im Gelenk, wie Dr.F. ihn auf S.26 unter anderem für eine positive Kausalbeurteilung fordert, hätte auch durch die entsprechende Bekundung des Zeugen, es hätten äußerlich Verletzungsspuren bestanden, nicht erbracht werden können.

Nach allem kann das Urteil des SG Landshut keinen Bestand haben.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-11-26