

## L 2 U 28/04

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 41 U 445/01

Datum

24.09.2003

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 28/04

Datum

08.09.2004

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 24.09.2003 wird zu- rückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die 1942 geborene Klägerin begehrt die Entschädigung von Folgen des Arbeitsunfalls vom 12.01.2000.

Der Durchgangsarzt, der Unfallchirurg Prof.Dr.von G. , berichtete am 12.01.2000, die Klägerin sei von Sanitätern in die Klinik eingeliefert worden. Sie habe angegeben, an der Arbeitsstelle gestürzt und dabei auf das Kinn gefallen zu sein. Am Kinn befand sich eine Platzwunde. Alle Extremitäten waren frei beweglich. Außer Schmerzen an den Kiefergelenken wurden nur Schmerzen im Daumengrundgelenk angegeben; die Röntgenaufnahme ergab keinen Anhalt für eine knöcherne Verletzung, dagegen eine Rizarthrose. Prof.Dr.von G. stellte die Diagnosen: Kinnplatzwunde, Schädelprellung. Ein MRT des Schädels vom 28.01.2000 erbrachte keine Anhaltspunkte für intracerebrale Einblutungen. Am 27.01.2000 wurde in der Neurologischen Klinik der Verdacht auf eine Commotio cerebri geäußert, es handele sich um einen Zustand nach Sturz mit Kieferprellung. Der Orthopäde Dr.A. stellte am 02.03.2000 die Diagnose Rotatorenmanschettenteilruptur links, die er auf den Unfall vom 12.01. 2000 zurückführte.

In der Unfallanzeige vom 02.05.2000 erklärte der Arbeitgeber die Klägerin sei aber kurz vor der Tür gestürzt und auf die linke Körperhälfte gefallen. Nach dem Sturz habe sie sich zur Rezeption begeben und sei von Frau R. mit Erster Hilfe versorgt worden. Herr L. habe den Notarzt verständigt, der die Klägerin ins Krankenhaus gebracht habe. Die Klägerin habe angegeben, sich an Kopf, Kiefer und Schulter verletzt zu haben.

Prof.Dr.von G. äußerte am 10.05.2000, die Klägerin habe am Unfalltag über Schmerzen am Kinn, bei einer Kontrolluntersuchung am 13.01.2000 auch über Schmerzen am linken Unterarm geklagt. Von Schulterschmerzen sei weder zu diesem Zeitpunkt noch bei der Untersuchung am 20.01.2000 die Rede gewesen. Der Orthopäde Dr.A. habe erklärt, dass die Klägerin am 17.01., 27.01. und 24.02.2000 in seiner Praxis Injektionen wegen eines Hüftleidens erhalten habe, aber am 25.02.2000 erstmals Schulterschmerzen angegeben habe. Es sei zweifelsfrei, dass zwischen der Periarthropathie des linken Schultergelenks und dem Unfallereignis vom 12.01.2000 kein Zusammenhang bestehe. Der praktische Arzt Loscher berichtete am 07.08.2000, die Klägerin habe ihn am 27.01.2000 aufgesucht und über einen Unfall vom 12.01. 2000 berichtet, bei dem sie auf das Kinn gestürzt sei.

Ein MRT der linken Schulter vom 16.03.2000 zeigte eine AC-Gelenksdegeneration mit sekundärem Impingement. Die Supraspinatussehne war ausgeprägt mukoid aufgetrieben mit horizontaler Teilruptur. Eine Muskelretraktion war nicht gegeben. Außerdem bestanden eine Tenosynovitis der Bizepssehne, Kalkdepots im Sehnenverlauf und ein mäßiges reaktives Knochenmarködem im Humeruskopf sowie reaktive Bursitis.

Die Kollegin der Klägerin, H. R. , gab am 08.08.2000 auf schriftliche Anfrage der Beklagten an, die Klägerin habe am 12.01.2000 durch den Personaleingang das Haus betreten und am Kinn geblutet. Sie habe geklagt, dass sie ihren Mund nicht mehr richtig öffnen könne, weil sie auf das Kinn gefallen sei. Frau R. habe einen Wundverband angelegt.

Am 19.07.2000 wurde die Klägerin von Privatdozent Dr.W. in der Chirurgischen Klinik untersucht, der berichtete, die Klägerin gebe an, sie sei auf die linke Schulter und das Kinn gestürzt. Er diagnostizierte Verdacht auf Supraspinatusruptur. Der Orthopäde Dr.A. bestätigte am

28.08.2000, er habe die Klägerin erstmals am 25.02.2000 wegen Schulterschmerzen behandelt; klinisch hätten sich keine eindeutigen Zeichen einer Gewalteinwirkung befunden. Schon 1997 hätten Schulterschmerzen bestanden, und es sei eine Verkalkung der Rotatorenmanschette festgestellt worden. Der im April 2000 erhobene NMR-Befund mit Darstellung einer Teilruptur lasse eine traumatische Entstehung als wahrscheinlich erscheinen.

Mit Schreiben vom 07.09.2000 forderte die Beklagte die AOK Bayern auf, die Zahlung des Verletztengeldes einzustellen und der Klägerin lediglich Krankengeld zu gewähren, da nach Aussage der behandelnden Ärzte die Beschwerden nicht auf den Unfall zurückzuführen seien. Dieses Schreiben übersandte die Beklagte der Klägerin zur Kenntnisnahme.

Die Klägerin erhob hiergegen Widerspruch am 13.09.2000.

Vom 08.10. bis 19.10.2000 wurde die Klägerin in der S.klinik Bad E. nach operativer Revision der Supraspinatusruptur am 26.09.2000 behandelt. Im Operationsbericht wurde ausgeführt, der histologische Befund entspreche Sehnenresten mit Anteil einer frischen Sehnenruptur; dies sei mit dem Sturz vom 12.01. 2000 vereinbar.

Der Chirurg Dr.G. kam im Gutachten vom 02.12.2000 zu dem Ergebnis, es sei von einer leichteren Prellung der linken Schulter auszugehen, die nach spätestens vier Wochen ausgeheilt gewesen sei. Das weitere Zustandsbild und auch der heutige Befund mit der erheblichen Bewegungseinschränkung beruhe auf unfallunabhängigen Schäden der Schulter vor allem degenerativer Natur. Die Klägerin habe angegeben, sie sei auf einen Gullydeckel getreten und deshalb gestürzt. Sie habe eine Handtasche zwischen dem linken Arm und dem Körper getragen. Beim Sturz sei sie nach vorne gefallen, habe sich mit dem rechten Arm etwas abgestützt, sei aber trotzdem auf die Vorderseite der linken Schulter gefallen, während sie gleichzeitig die Tasche eingeklemmt getragen habe.

Im Gutachten vom 18.04.2001 erklärte der Arzt für physikalische und rehabilitative Medizin Dr.L. , der genaue Unfallmechanismus sei nicht geklärt. Während eine oberflächliche Verletzung der rechten Hand sowie eine Kiefergelenksverletzung dokumentiert seien, fehlten aus der ersten Zeit Angaben über eine Verletzung des linken Schultergelenks. Andererseits gebe die Klägerin weiterhin an, bereits bei der ersten Vorstellung im Klinikum rechts der Isar erhebliche Beschwerden im gesamten linken Arm einschließlich des Schultergelenks angegeben zu haben. Dies werde von ihrem Sohn bestätigt. Es sei ihr jedoch nur eine Unterarmschiene angelegt worden, die Beschwerden im Schultergelenk seien nicht weiter verfolgt worden. Der nach MRT-Diagnostik geäußerte Verdacht auf Ruptur der Supraspinatussehne habe sich bei der am 26.09.2000 durchgeführten Operation bestätigt. Zweifellos müsse bei der 58-jährigen Klägerin von einem gewissen Ausmaß degenerativer Vorschädigung am Schultergelenk ausgegangen werden. Die Tatsache, dass die Klägerin einmalig 1997 über Schultergelenksbeschwerden geklagt habe, stelle noch keinen Beweis für erhebliche degenerative Veränderungen dar. Somit fehle bis zum Unfallzeitpunkt jegliche ernsthafte Symptomatik. Im Gegensatz dazu habe nach dem Unfall eine massive Schmerzsymptomatik und erhebliche Bewegungseinschränkung bestanden. Die äußere Einwirkung vom 12.01.2000 müsse zumindest als wesentliche Teilursache der Gesundheitsschädigung gewertet werden, da eine anderweitige Erklärung für die nach dem Unfall bestehende Symptomatik fehle. Nach ausgesprochen protrahiertem Verlauf sei eine weitere Besserung im Laufe der nächsten sechs bis neun Monate zu erwarten.

Gegenüber der Beklagten erklärte die Klägerin, sie habe beim Sturz den linken Arm abgewinkelt am Körper gehalten, die linke Hand habe sich auf dem Brustbein befunden. Sie sei mit der Schulter auf die etwas erhabene Kante des Gullydeckels gestürzt.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 31.05.2001 zurück. Das Ereignis vom 12.01.2000 sei nicht geeignet, eine Schädigung der Rotatorenmanschette zu verursachen. Es sei lediglich die Gelegenheit gewesen, bei der die degenerativen Veränderungen zum Vorschein gekommen seien.

Zur Begründung der Klage vom 27.06.2001 hat die Klägerin ausgeführt, sie habe am 12.01.2000 die Gaststätte durch den Hintereingang betreten wollen. Sie habe in der linken Hand eine Tasche getragen und diese zwischen Arm und Brustbein eingeklemmt. Im Hof der Gaststätte sei sie mit dem rechten Fuß an einem etwas erhöht liegenden Gullydeckel hängen geblieben und zuerst mit der linken Schulter seitwärts zu Boden gefallen, danach sei sie mit dem Kinn aufgeschlagen, die rechte Hand habe sich am Boden abgestützt. Bereits bei der Erstversorgung durch Frau R. habe sie diese gebeten, den linken Arm nicht zu berühren, da er sehr schmerzhaft gewesen sei. Am Tag nach dem Unfall habe sie starke Schmerzen im linken Arm, der linken Schulter und der linken Hand gehabt und den linken Arm nicht mehr bis zur Schulter heben können. Bei der an diesem Tag stattfindenden Nachuntersuchung sei der linke Unterarm geschient worden, weitere Maßnahmen seien nicht veranlasst worden. Die Schmerzen an Arm und Schulter seien immer stärker geworden. Bei der Kontrolluntersuchung am 20.01.2000 habe sie nochmals auf die Schmerzen hingewiesen, es sei jedoch keine Behandlung erfolgt. Aufgrund der anhaltenden Schmerzen habe sie Dr.L. aufgesucht, der sie an Dr.A. überwiesen habe. In einem Bericht der Chirurgischen Klinik vom 11.08.2000 werde festgehalten, dass keine Verkalkung vorliege. Laut Bericht der Klinik vom 05.10.2000 entspreche der histologische Befund Sehnenresten mit Anteil einer frischen Sehnenruptur, die mit dem Sturz vom 12.01.2000 vereinbar sei. Bei der Operation hätten sich keine wesentlichen degenerativen Veränderungen des Schultergelenks gezeigt. Die Klägerin sei vor dem Unfall lediglich einmal im März 1997 wegen Schultergelenksbeschwerden behandelt worden, die jedoch vollständig abgeklungen gewesen seien. Der Unfall sei ursächlich für die Gesundheitsschädigung der linken Schulter.

Im Gutachten für die N. Versicherung am 17.09.2001 hat Prof.Dr.K. ausgeführt, durch den Unfall vom 12.01.2000 sei es zu einem Riss der Rotatorenmanschette gekommen. Allerdings hätten auch degenerative Veränderungen vorgelegen, die auf 20 % eingeschätzt würden. Die Kernspintomographie vom 16.03.2000 habe eine Rissbildung ohne Retraktion mit Hinweis auf frisches Trauma gezeigt. Auch bei der Operation am 26.09.2000 sei die Rotatorenmanschette nicht wesentlich zurückgezogen gewesen. Vor dem Unfall habe die Klägerin den Arm problemlos bewegen können. Daher werde von einer traumatischen Rissbildung ausgegangen. Die Klägerin sei für mehr als sechs Monate zu mehr als 50 % in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Der vom SG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr.F. hat im Gutachten vom 05.06.2002 ausgeführt, gegen einen Zusammenhang zwischen dem Supraspinatussehnteilriss und dem Unfall vom 12.01.2000 sprächen der ungeeignete Unfallhergang, die völlig fehlende Erstsymptomatik, das Beginnen des Beschwerdebildes sechs Wochen nach dem Unfall, die im ersten Kernspin beschriebenen degenerativen Veränderungen des Schultergelenks und die intraoperativ im Oktober 2000 gesicherte frische Verletzung der Supraspinatussehne, die, wenn sie neun Monate vorher abgelaufen wäre, mit Sicherheit nicht mehr als frisch hätte bezeichnet werden

können. Bei dem Unfall sei es zu einem direkten Anpralltrauma gekommen; selbst eine schwerwiegende Prellverletzung hätte nicht zu einer Binnenläsion der Supraspinatussehne führen können, da diese vor direkten Einwirkungen gut geschützt sei. Die Ärzte der Chirurgischen Klinik hätten bestätigt, dass die Klägerin am Tag nach dem Unfall zwar Schmerzen im linken Unterarm, aber nicht an der Schulter angegeben habe. Die ersten Schulterbeschwerden seien am 25.02.2000 dokumentiert, also sechs Wochen nach dem Unfall. Die im Kernspin vom 16.03.2000 gefundene deutliche Schultergelenksdegeneration stelle eine Veränderung dar, die als ursächlich für die Entstehung von Läsionen der Supraspinatussehne gelte. Durch die Schultergelenksarthrose entwickle sich ein Engpassyndrom mit Einengung des Raumes unter der Schulterhöhe, das ausdrücklich im Kernspin beschrieben sei. Prof.Dr.K. habe im Gutachten vom 17.09.2001 übersehen, dass der Sturz die Rissbildung der Rotatorenmanschette nicht verursachen können und dass die Klägerin den Arm nicht nur vor dem Unfall, sondern auch unmittelbar nach dem Unfall habe problemlos bewegen können.

Die Klägerin hat im Schreiben vom 19.07.2002 Frau K. W. als Zeugin dafür benannt, dass sie unmittelbar nach dem Unfall nicht in der Lage gewesen sei, die Schulter zu bewegen. Sie hat ein Schreiben von Prof.Dr.K. vom 16.07.2002 übersandt, in dem ausgeführt wird, durch eine Schockreaktion könne das Drop-Arm-Phänomen bis zu sechs Stunden verzögert auftreten. Im Übrigen hätten die behandelnden Kollegen eine Dokumentation schulterspezifisch nicht direkt durchgeführt. Auch die Kernspintomographie sei vereinbar mit einer Ruptur am 12.01.2000, im Hinblick auf Retraktionsgrad, Muskulaturbeschaffenheit und Knochenmarködem. Die degenerativen Prozesse könnten nicht allein für die Rissbildung verantwortlich gemacht werden, da insbesondere vor dem Unfall nichts Derartiges geschildert werde und auch die rechte Seite keine diesbezüglichen Probleme aufweise. Bezüglich der histologischen Begutachtung sollte die Aussage dahingehend interpretiert werden, dass die Sehnenränder dem Unfallereignis zugeordnet würden und das Wort frisch nicht einem erneuten Ereignis zugeordnet würde. Durch die Einklemmung der Handtasche habe ein Hebelmechanismus zur Auswirkung kommen können.

In der Stellungnahme vom 02.08.2002 hat Dr.F. erklärt, es sei ein direktes Anpralltrauma abgelaufen, das nicht geeignet sei, die Verletzung von Binnenstrukturen des Schultergelenks wesentlich wenigstens mitzuverursachen. Im Durchgangsarztbericht sei vermerkt, dass alle Extremitäten frei beweglich gewesen und keine weiteren Schmerzen angegeben worden seien. Selbst wenn die Klägerin sofort nach dem Unfall nicht in der Lage gewesen sei, die Schulter zu bewegen, so könne dennoch aufgrund des für eine Binnentraumatisierung des Schultergelenks völlig fehlenden geeigneten Unfallmechanismus ein Zusammenhang nicht hergestellt werden.

Der Bevollmächtigte der Klägerin hat im Schreiben vom 02.10. 2002 darauf hingewiesen, der Verletzungsverlauf sei anders gewesen, als der, von dem Dr.F. ausgegangen sei. Unmittelbar nach dem Unfall habe die Klägerin den Arm nicht bewegen können.

Der auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 SGG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Dr.K. hat im Gutachten vom 22.04.2003 ausgeführt, die Klägerin habe angegeben, sie sei über einen Gullydeckel gestolpert und über die linke Seite zu Boden gefallen. Hierbei habe sie ihre Tasche unter den verletzten Arm geklemmt gehabt, so dass ein Abfangen mit der linken Seite unmöglich gewesen sei. Denkbar wäre, dass der Aufschlag auch als Einwärtsdrehung mit Hebelmechanismus über die Handtasche zu einer strukturellen Sehenschädigung hätte führen können. Im Aufnahmebefund sei nur über eine allgemeine freie Gelenkbeweglichkeit berichtet, eine exakte Prüfung aber nicht dokumentiert. Schmerzen hätten subjektiv erst am Folgetag bestanden, weil der Arm primär geschont worden sei und die Symptomatik durch die Commotio und die Kopfverletzungen überlagert gewesen sei. Vor dem Unfall hätten keine Einschränkungen an der Schulter bestanden, der Arm sei belastbar gewesen. Die rechte Schulter zeige keinerlei Veränderungen. Es sei nicht geklärt, ob eine Schultergelenksarthrose zu einer Sehnenrissbildung führen könne. Die kernspintomographische Aufnahme vom 16.03. 2002 zeige eine Teilruptur der Supraspinatussehne ohne Muskelretraktion oder Atrophie mit reaktivem Knochenmarködem. Dies sei ein Zeichen eines frischen Sehneineisses und korreliere zeitlich mit dem Unfallereignis. Die intraoperative Gewebeentnahme neun Monate nach dem Unfall entspreche einer Sehenschädigung, die Monate zurückliege. Als frisch im Sinne von ein paar Wochen könne der Befund nicht gewertet werden, da keine Blutungsreste vorlägen. Der makroskopische Befund vom 26.09. 2000 beschreibe, dass die Sehne einerseits nicht frisch aufgefranst vorgelegen habe, andererseits nicht typisch degenerativ. Somit sprächen alle Befunde für eine traumatische Schädigung der Supraspinatussehne am 12.01.2000. Die MdE habe bis 31.03. 2000 100 v.H., bis 25.09.2000 40 v.H., bis 01.05.2001 100 v.H. und danach bis auf Weiteres 40 v.H. betragen.

In der ergänzenden Stellungnahme vom 31.07.2003 hat Dr.F. darauf hingewiesen, einer der in der Standardliteratur aufgezählten geeigneten Verletzungsmechanismen werde von der Klägerin auch im Schriftsatz vom 02.10.2002 nicht geschildert. Die Tatsache der völlig fehlenden Erstsymptomatik werde nicht berührt. Von Dr.K. werde im Gutachten vom 22.04.2003 erneut ein Unfallmechanismus bestätigt, der nicht geeignet sei, die Rotatorenmanschette zu verletzen. Andererseits vermute Dr.K. einen Hebelmechanismus; solche reinen Mutmaßungen seien nicht nachzuvollziehen. Selbst bei Annahme eines Hebelmechanismus seien die Kriterien des geeigneten Verletzungsmechanismus nicht erfüllt. Dass die nach dem Riss der Rotatorenmanschette immer vorhandene erhebliche Funktionsstörung im Sinne einer Pseudoparalyse mit Schmerzmaximum durch Schonung bzw. durch eine Commotio komplett überdeckt gewesen sein sollte, sei nicht plausibel. Dass vor dem Unfall keine Einschränkungen bestanden hätten, spreche nicht gegen den fehlenden Kausalzusammenhang, da vorbestehende degenerative Änderungen bis zu einem Ereignis im Regelfall stumm verliefen. Dass nicht gleichzeitig Rissbildungen in beiden Rotatorenmanschetten auftreten müssten, bedürfe keiner weiteren Diskussion. Gesundheitsstörungen entwickelten sich im Regelfall nicht symmetrisch. Dr.K. vertrete nicht die wissenschaftliche Lehrmeinung, wenn er bestreite, dass die Schultergelenksarthrose gegen eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion spreche. Seine Auffassung sei wissenschaftlich nicht abgesichert. Das Knochenmarködem spreche für eine Anprallverletzung des Schultergelenks, also für einen ungeeigneten Unfallmechanismus, keinesfalls für eine frische Ruptur.

Die Klägerin hat dazu am 10.09.2003 ausgeführt, es sei lediglich zu einer Teilruptur der Supraspinatussehne gekommen, so dass nicht die Erstsymptomatik einer vollständigen Ruptur vorgelegen habe. Der Schluss, dass ein direkter Anprall erfolgt sei, sei eine reine Mutmaßung. Dr.F. gehe von der Schilderung in der Unfallanzeige aus, die nicht direkt von der Klägerin dargelegt sei. Sowohl Herr M. als auch Frau W. könnten bestätigen, dass die Klägerin schon kurz nach dem Unfall nicht mehr in der Lage gewesen sei, ihre Schulter zu bewegen. Bis zum Unfallzeitpunkt habe jede Symptomatik einer degenerativen Veränderung gefehlt.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 24.09.2003 abgewiesen. Nach den überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Dr.F. sprächen gegen einen Zusammenhang zwischen dem Supraspinatussehnenriss und dem Unfall vom 12.01.2000 der ungeeignete Unfallhergang, die fehlende Erstsymptomatik, der Beginn des Beschwerdebildes sechs Wochen nach dem Unfall, die degenerativen Veränderungen des Schultergelenks, die intra- operativ gesicherte frische Verletzung.

Zur Begründung der Berufung machte die Klägerin geltend, der Unfallhergang sei unzureichend aufgeklärt. Sie sei mit dem rechten Fuß an einem etwas erhöht liegenden Gullydeckel hängen geblieben und mit der Schulter seitwärts zu Boden gefallen. Da sie in der linken Hand mit angewinkeltem Arm eine Handtasche getragen habe, habe sie sich nicht mit der linken Hand abstützen können, sondern sei direkt mit der Schulter auf die Kante eines Gullydeckels gefallen. Aufgrund der Verletzung im Gesichtsbereich habe sie zu bluten begonnen. Dies könne sie bei einer persönlichen Befragung zum Unfallhergang bestätigen. Ein solcher Unfallhergang sei geeignet, die Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen, habe Dr.K. im Gutachten vom 22.04.2003 bestätigt. Zur Klärung der Frage, ob der Unfallhergang zu einer Sehnenschädigung führen könne, werde die Einholung eines ärztlichen Gutachtens beantragt. Bereits unmittelbar nach dem Unfall sei es zur Erstsymptomatik gekommen. Die Klägerin habe Schmerzen bei Bewegungen des linken Arms gehabt. Bei der Behandlung in der Unfallchirurgie am 12.01.2000 seien keine Untersuchungen bezüglich der Schulter durchgeführt worden, obwohl die Klägerin die Schmerzen im Arm bis zur Schulter erwähnt habe. Auch bei der Nachuntersuchung am 13.01.2000 habe sie Schmerzen angegeben, der behandelnde Arzt habe aber lediglich die Hand untersucht und geröntgt. Da die Schmerzen immer stärker geworden seien, habe sie ihren Hausarzt Dr.L. am 27.01.2000 aufgesucht, der sie an Dr.A. überwiesen habe, der die Diagnose Teilruptur der Supraspinatussehne gestellt habe. Degenerative Veränderungen seien zum Unfallzeitpunkt noch nicht ausgeprägt gewesen. Auch werde von Dr.K. angezweifelt, dass eine Schulterreckgelenksarthrose eine Sehnenrissbildung verursachen könne. Er stütze sich dabei auf die allgemeine Lehrmeinung. Auch hierzu sei ein Sachverständigengutachten einzuholen. Der histologische Befund sei mit dem Unfallereignis vereinbar. Hierzu sei eine Stellungnahme von Dr.H. von der S. Klinik Bad E. einzuholen.

Die Klägerin stellt den Antrag aus dem Schriftsatz vom 30.04.2004 mit der Maßgabe, dass beantragt wird, ihr über den 31.07.2000 hinaus Verletztengeld und anschließend Rente zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Die Klägerin hat unstreitig am 12.01.2000 einen Arbeitsunfall ([§ 8 SGB VII](#)) erlitten. Die festgestellte Rotatorenmanschettenruptur ist aber keine Unfallfolge. Der ärztliche Sachverständige Dr.F. hat im Gutachten vom 05.06.2000 und in den ergänzenden Stellungnahmen vom 02.08.2002 und 31.07.2003 überzeugend erläutert, dass eine MdE wegen der Folgen des Unfalls vom 12.01.2000 auf orthopädischem Gebiet nicht verblieben ist.

Die Rotatorenmanschette liegt zwischen dem Oberarmkopf und dem knöchern bindegewebigen Schulterdach, gebildet von der Schulterhöhe, Acromion, dem Rabenschnabelfortsatz und einem straffen Band, das dazwischen verläuft. Sie bildet eine Sekundärpfanne zwischen Oberarmkopf und Schulterhöhe und kontrolliert die Rollgleitbewegungen des Oberarmkopfes. Die Rotatorenmanschette unterliegt in hohem Maße der Degeneration, die ab dem dritten Lebensjahrzehnt beginnt. Untersuchungen ergaben klinisch unauffällige Defekte in 25 % bei über 40-Jährigen, in 75 % bei über 50-Jährigen und bis zu 100 % bei über 60-Jährigen. Neben dem traumatischen Riss können Rupturen entstehen durch lokale Minderdurchblutungen oder zunehmenden Verschleiß der Sehnen durch Abrieb in der Enge des subacromialen Raumes. Dabei handelt es sich um eine Störung der Gleitbewegung zwischen dem Oberarmkopf und dem Schulterdach. Jede Veränderung des subacromialen Raumes kann zu einem Engpass des Schultergelenks führen mit degenerativen Erscheinungen einschließlich Teilrupturen, Kalkeinlagerungen, vorzeitigem Verschleiß des Schultergelenks. 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, 7. Auflage 2003, S.503 f).

Berücksichtigt man die Angaben, die die Klägerin zum Unfall gemacht hat, so stolperte sie über einen Gullydeckel und fiel auf die linke Schulter, während sie mit dem linken Arm eine Tasche an den Körper gepresst hielt. Sie verletzte sich dabei erheblich an Kinn und Kiefergelenk. Die Klägerin beschreibt keinen Unfallmechanismus, der geeignet wäre, eine Belastung auf die Rotatorenmanschette auszuüben, die zu einem Sehnenriss führen könnte. Geeignete Verletzungsmechanismen sind überfallartige Krafterwirkungen, 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 Hineinfallen einer Last in ausgebreitete Arme (vgl. Schoenberger-Mehrtens-Valentin a.a.O. S.507). Direkte Krafterwirkungen durch Sturz, Prellung oder Schlag können die Rotatorenmanschette dagegen nicht verletzen, da sie durch Schulterblatthöhe und Deltamuskulatur gut geschützt ist. Ein geeigneter Unfallhergang ist damit, so Dr. F., nicht bewiesen. Nicht überzeugen kann die Argumentation von Dr.K., der zwar einen direkten Anprallmechanismus annimmt, aber ausführt, es wäre denkbar, dass der Aufschlag auch als Einwärtsdrehung mit Hebelmechanismus zu einer strukturellen Sehnenschädigung führen können. Hierbei handelt es sich um eine bloße Mutmaßung, die durch keinerlei Tatsachen, auch nicht durch die Schilderung der Klägerin, belegt ist.

Zu Recht weist Dr.F. darauf hin, dass Schulterbeschwerden der Klägerin in den Erstbefunden der Chirurgischen Klinik nicht dokumentiert sind. Am Unfalltag wurden nur Schmerzen am Kinn geäußert, bei einer Kontrolluntersuchung einen Tag nach der Untersuchung außerdem Schmerzen am linken Unterarm. Andererseits bestätigte der Durchgangsarzt Prof.Dr.von G. bei der Aufnahme der Klägerin am 12.01.2000, dass alle Extremitäten frei beweglich seien und dass außer den Schmerzen am Kinn und dem Daumengrundgelenk keine weiteren Schmerzen angegeben worden seien. Gegen gravierende Schmerzen unmittelbar nach dem Unfall spricht auch der Hergang, wie ihn die Klägerin selbst schildert, nämlich, dass sie ihren Hausarzt erst am 27.01.2000 wegen der Schulterschmerzen aufgesucht habe, der sie an die Orthopäden Dr.A. und Dr.M. überwiesen habe. Bei ihnen berichtete die Klägerin aber erstmals am 25.02.2000 über Schulterbeschwerden, obwohl sie am 17.01., 27.01. und 24.02.2000 wegen Hüftbeschwerden in der Praxis behandelt wurde. Auch dies spricht gegen einen erheblichen Schmerzzustand mit Funktionsausfall. Im Übrigen treten Beschwerden nach einer traumatischen Supraspinatussehnenruptur mit einem sofortigen Maximum auf, um dann langsam abzuklingen, während der umgekehrte Schmerzverlauf, wie er sich aus den Angaben der Klägerin andeutet, als verletzungsatypisch zu bezeichnen ist, so Dr.F. ...

Gegen einen Unfallzusammenhang spricht auch die im Kernspintogramm vom 16.03.2000 gefundene deutliche Schulterreckgelenkdegeneration. Es handelt sich hier um eine Veränderung im Schultergelenk, die, wie Dr.F. erläutert, als ursächlich für die Entstehung von Läsionen der Supraspinatussehne gilt. Durch die Schulterreckgelenksarthrose entwickelt sich ein Engpasssyndrom mit Einengung des Raumes unter der Schulterhöhe, die auch ausdrücklich in der Auswertung des Kernspintogramms von Dr. K. beschrieben wurde.

Nicht überzeugen kann daher die Auffassung Dr.K. , es sei wissenschaftlich nicht geklärt, ob eine Schulterreckgelenksarthrose zu einer Sehnenrissbildung führen könne. Eine der Ursachen für die Entstehung von Rupturen der Rotatorenmanschette ist der zunehmende Verschleiß der Sehnen durch Abrieb in der Enge des subacromialen Raumes, also das Impingementsyndrom, das auf das Anstoßen des Oberarmkopfes an der Unterseite des Acromions anspielt. Dabei handelt es sich um eine Störung der Gleitbewegung zwischen Oberarmkopf und dem Schulterdach. Jede Veränderung des Inhalts und der Begrenzung des subacromialen Raumes kann zu einem Engpass des Schultergelenkes führen, so auch ein vorzeitiger Verschleiß des Schulterreckgelenks (vgl. Schönberger-Mehrtens-Valentin a.a.O. S.505, 509, 510).

Allerdings wurde im Bericht der Chirurgischen Klinik über die Operation vom 26.09.2000 erwähnt, der histologische Befund entspreche Sehnenresten mit Anteil einer frischen Sehnenruptur, dies sei mit dem Sturz vom 12.01.2000 vereinbar. Es ist Dr. F. zuzustimmen, dass von einer frischen Sehnenverletzung neun Monate nach dem angenommenen Verletzungsereignis nicht mehr ausgegangen werden kann. Somit würde dieser Bericht nur den Schluss zulassen, dass die Sehnenverletzung zu einem späteren Zeitpunkt, wenige Wochen vor dem operativen Eingriff, entstanden wäre. Dazu erklärte Dr.K. von der Chirurgischen Klinik, der bei der Operation anwesend war, im Gutachten vom 22.04.2003, die intraoperative Gewebeentnahme habe einer Sehenschädigung entsprochen, die Monate zurückliege. Als frisch im Sinne von ein paar Wochen könne der Befund nicht gewertet werden, da keine Blutungsreste vorlägen. Der Befund vom 26.09. 2000 beschreibe, dass die Sehne einerseits nicht frisch ausgefranst vorgelegen habe, andererseits nicht typisch degenerativ. Trotz der nicht eindeutigen Äußerungen im Bericht vom 05.10. 2000 muss aber festgehalten werden, dass, worauf Dr.F. hinweist, eine Gewebeentnahme neun Monate nach dem Unfallgeschehen keine verbindlichen Hinweise mehr zur Frage des Ursachenzusammenhangs geben kann. Schon drei Monate nach dem Unfallgeschehen sind nur noch ältere, zeitlich nicht mehr zuzuordnende Veränderungen im Histologiebefund feststellbar. Für eine Anprallverletzung spricht auch das von Prof.Dr.K. erwähnte Knochenmarködem, wie Dr.F. erläutert.

Im Hinblick auf die überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Dr.F. steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Klägerin bei dem Sturz vom 12.01.2000 keine Ruptur bzw. Teilruptur der Supraspinatussehne erlitten hat. Der Einvernahme der von der Klägerin angegebenen Zeugen bedurfte es nicht. Es kann unterstellt werden, dass die Klägerin gegenüber der Zeugin R. und dem Zeugen M. Schmerzen im Arm angegeben hat. Dass sie über derartige Schmerzen klagte, hat auch Prof.Dr.von G. im Bericht vom 10.05.2000 bestätigt. Auch eine Schulteranprallverletzung, also eine Schulterprellung, ist sehr schmerzhaft und führt zur Schonung des Schultergelenks. Angaben über Schmerzen und Funktionseinschränkungen gegenüber den Zeugen unmittelbar nach dem Unfall können im Hinblick auf den ungeeigneten Unfallhergang, die degenerativen Veränderungen des Schulterreckgelenks sowie die fehlende ärztliche Dokumentation bezüglich einer Rotatorenmanschettenruptur nicht zu einer anderen Beurteilung der Sachlage führen.

Auch die Einwendung der Klägerin, sie habe vor dem Unfall nie Schmerzen an der Schulter gehabt, widerlegt die Annahme eines rein degenerativen Schadens nicht, denn Schmerzen durch einen Sehnenriss hängen davon ab, ob der der Ruptur zugrunde liegende Prozess zu einem Ausfall der Schmerzrezeptoren geführt hat (vgl. Schönberger-Mehrtens-Valentin a.a.O. S.506). Wie Dr.F. betont, verlaufen Risse und Teileinrisse der Rotatorenmanschette in aller Regel klinisch stumm. Im Übrigen hat der Orthopäde Dr.A. darauf hingewiesen, dass die Klägerin bereits im März 1997 wegen Verkalkung der linken Rotatorenmanschette behandelt wurde. Damit ist ein deutlicher degenerativer Vorschaden dokumentiert.

Im Hinblick auf die überzeugenden Ausführungen von Dr.F. ist die Rotatorenmanschettenruptur keine Unfallfolge. Der Unfall hat lediglich zu einer Schulterprellung geführt. Weitere Sachaufklärung ist im Hinblick auf die umfangreichen medizinischen Unterlagen und die ärztlichen Gutachten nicht erforderlich.

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

2004-11-17