

---

## S 3 U 302/98

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	2
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 3 U 302/98
Datum	11.10.1999

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 104/00
Datum	11.04.2001

#### 3. Instanz

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

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 11. Oktober 1999 aufgehoben und die Klage gegen den Bescheid vom 7. Mai 1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Juli 1998 abgewiesen.

II. AuÃgerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der am 11.10.1938 geborene KlÃger stÃ¼rzte am 25.10.1994 wÃhrend seiner TÃtigkeit auf einer Baustelle in eine etwa 2,30 m tiefe Grube. Dabei fielen ihm eine herabstÃ¼rzende Schalungstafel und ein EisentrÃger auf den Hinterkopf. Der Durchgangsarzt, der Chirurg Dr.H. ..., diagnostizierte am Unfalltag eine Kalottenfraktur rechts parietal und Commotio cerebri. An der rechten Schulter gab der KlÃger bei Druck auf das Tuberculum majus und bei Bewegung Schmerzen an. Die Beweglichkeit war jedoch aktiv und passiv nicht eingeschrÃnkt.

Bei der Untersuchung zum Abschluss der stationÃren Behandlung vom 25.10. bis 02.11.1994 erklÃrte Dr.H. ..., die Abduktion sei schmerzhaft, die Gelenkbeweglichkeit jedoch aktiv und passiv frei. Bei der Nachuntersuchung am

---

26.01.1995 klagte der Klager über unverändert heftige Schmerzen in der rechten Schulter. Die Beweglichkeit war schmerzbedingt weitgehend eingeschränkt. Wegen Verdachts auf Rotatorenmanschettenruptur überwies Dr.H  den Klager an die Abteilung für Unfallchirurgie des Klinikums R ; Prof. Dr.N  diagnostizierte am 19.01.1995 eine degenerative Läsion des Muskulus supraspinatus rechts. Bei der sonographischen Untersuchung zeigten sich deutliche Atrophiezeichen im Bereich des Ansatzes des Muskulus supraspinatus rechts ohne vollständige Durchtrennung. Am 07.03.1995 (18) stellte Prof. Dr.N  die Diagnose: Impingement rechte Schulter, partielle Supraspinatusruptur rechte Schulter.

Vom 11.03. bis 04.04.1996 wurde der Klager stationär in der Unfallklinik M  behandelt und am 13.03.1996 nach Arthroskopie eine Acromioplastik durchgeführt. Dabei wurde eine angeborene Veränderung, eine Verkncherungsstrung des Os acromiale festgestellt.

Der Neurologe und Psychiater Dr.Nu  kam im Gutachten vom 18.03.1996 zusammenfassend zu dem Ergebnis, als Unfallfolge auf nervenrztlichem Fachgebiet bestnde eine Commotio cerebri, die vollständig ausgeheilt sei. Die selten auftretenden Kopfschmerzen stnden nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Unfallereignis. Die MdE werde mit 0 v.H. eingeschätzt.

Der Internist Dr.L  führte im Gutachten vom 04.04.1996 aus, Unfallfolgen auf internistischem Fachgebiet längen nicht vor. Die MdE sei auf 0 v.H. zu schtzen.

Der Chirurg Prof.Dr.B  kam im Gutachten vom 29.04.1996 zu dem Ergebnis, der Unfall sei mit Wahrscheinlichkeit nicht geeignet gewesen, die Schulterteilsteife herbeizuführen, weder im Sinne einer Ursache noch im Sinne einer Verschlimmerung, zumal noch einige Tage nach dem Unfall freie Schulterbeweglichkeit bestanden habe. Die Schultersteife wäre auch ohne Unfall mit Wahrscheinlichkeit eingetreten. Die degenerativen Veränderungen und insbesondere der unvollständige Epiphysenschluss am Akromion seien unfallunabhngig. Der Klager habe am 25.10.1994 lediglich eine Prellung der rechten Schulter erlitten. Unfallfolgen längen ab 01.01.1995 nicht mehr vor, daher auch keine MdE.

Mit Bescheid vom 07.05.1997 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente ab, da der Arbeitsunfall keine messbare MdE über die 13. Woche hinaus hinterlassen habe. Bei dem Unfall habe sich der Klager einen rechtsseitigen Schdeldachbruch mit Gehirnerschütterung, Bluterguss der Weichteile im Hinterkopfbereich, Schulterprellung rechts bei vorbestehenden Aufbrauch- und Verschleivernderungen des Schultergelenkes sowie der Schultersehnen zugezogen.

Den Widerspruch des Klagers vom 22.05.1997 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 23.07.1998 zurück.

Mit der Klage vom 27.08.1998 hat der Klager eingewandt, da er seit dem Unfalltag

---

an der Schulterschädigung leide, sei diese unfallabhngig.

Das SG hat Unterlagen der AOK Mittenau über die Behandlungen des Klägers ab 1986 sowie Unterlagen des Versorgungsamtes Regensburg und der BfA beigezogen und den Orthopäden Dr.K  zum ärztlichen Sachverständigen ernannt.

Im Gutachten vom 20.07.1999 hat Dr.K  ausgeführt, das Unfallereignis sei zwar prinzipiell geeignet gewesen, eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette hervorzurufen. Im vorliegenden Fall sei die vier Monate nach dem Unfall festgestellte Ruptur der Supraspinatussehne aber auf unfallfremde verschleißbedingte Veränderungen zurückzuführen. Da der Kläger seit dem Unfall bewegungsabhängige Schulterschmerzen bei noch aktiv und passiv freier Beweglichkeit gehabt habe, sei davon auszugehen, dass es trotz der ganz erheblichen Vorschädigung zu einer richtunggebenden Verschlechterung gekommen sei, zumindest in der Form, dass ein schon vorbestehender aber asymptomatischer Verschleischaden jetzt durch das Unfallereignis in die symptomatische Form überführt worden sei. Die partielle Schultersteife rechts sei mit Wahrscheinlichkeit wesentlich durch den Unfall verursacht, indem es zu einem erheblichen axialen Stauchungstrauma des Oberarmkopfes gegen das Schulterdach und damit zu einer Kompression der vorgeschädigten Rotatorenmanschette mit dadurch wesentlich stärkerer und anhaltender Schmerzsymptomatik und Bewegungseinschränkung gekommen sei. Angesichts des erheblichen Verschleischadens müsse man annehmen, dass es in absehbarer Zeit ohnehin zu einer zunehmenden Schmerzhaftigkeit und Bewegungseinschränkung gekommen wäre. Jedenfalls habe sich aber der Zeitpunkt für die ärztliche Behandlung und die Operation erheblich, d.h. wohl um viele Monate bis Jahre nach vorn geschoben. Derzeit sei eine MdE um 20 v.H. gegeben.

Hierzu hat die Beklagte eine Stellungnahme des Chirurgen Dr.Sch  vom 16.08.1999 übersandt. Dr.Sch  hat dargelegt, es könne nicht als wahrscheinlich angesehen werden, dass der Unfall mit einer Stauchung oder Prellung der rechten Schulter ursächlich für die Rotatorenmanschettenschdigung gewesen sei. Es sei auszuschließen, dass es zu einer richtunggebenden Verschlimmerung gekommen sei. Von ihr könne nur dann ausgegangen werden, wenn ein entsprechender Schaden auch klinisch relevant gewesen sei. Zum Anderen sei auch zu fordern, dass das zu beurteilende Ereignis vom Mechanismus her geeignet gewesen sei, auch eine nicht vorgeschädigte Struktur entsprechend zu schädigen. Dies könne hier jedoch ausgeschlossen werden. Beim Kläger sei es nur zu einer Schulterprellung, die folgenlos ausgeheilt sei, gekommen.

Mit Urteil vom 11.10.1999 hat das SG den Bescheid der Beklagten vom 07.05.1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.07.1998 dahin abgeändert, dass "eine schmerzhafte Schultersteife rechts" als weitere Folge des Unfalls vom 25.10.1994 anerkannt und nach einer MdE von 20 v.H. entschädigt werde. Das Gericht habe es merkwürdig gefunden, dass in zahlreichen ähnlich gelagerten Fllen schmerzhafte Funktionsbeeinträchtigungen des Schultergelenks erst in

---

einigermaßen engem Zusammenhang mit einer bloß als Schultergelenksprellung diagnostizierten Verletzung aufgetreten seien. Das Gericht sei deswegen auf der Grundlage des Gutachtens von Dr.K. zu der Überzeugung gelangt, dass es entweder durch einen prellungsbedingten Erguss zu einer weiteren Verengung des wahrscheinlich schon vor dem Unfall verengten Subakromialbereichs bekommen sei, die wesentlich dazu beigetragen habe, dass die degenerative Veränderung zu Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigung geführt habe, oder aber, dass es infolge der Prellung zu Vernarbungsvorgängen gekommen sei, die ihrerseits den bisher möglichen schmerzfreien Bewegungsumfang schmerzhaft einschränkten, oder, dass die längere Ruhigstellung der vorgeschädigten aber symptomfreien Schulter die Verschädigung wesentlich aktiviert habe, in der Form, dass die Beweglichkeit deaktiviert worden sei und dadurch die zunehmende Einsteifung aufgetreten sei.

Zur Begründung der Berufung vom 10.03.2000 übersendet die Beklagte eine Stellungnahme des Orthopäden Dr.A. vom 07.06.2000. Dr.A. führt aus, ein isolierter Rotatorenmanschetten Schaden sei gesichert. Ein Funktionsverlust in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall habe nicht bestanden. Bei einem verletzungsspezifischen Verlauf sei ein abnehmendes Beschwerdebild zu erwarten, während im Fall des Klägers wegen der degenerativen Genese ein zunehmendes Beschwerdebild aufgetreten sei. Der aktenkundige Unfallhergang stelle keinen geeigneten Verletzungsmechanismus für die Rotatorenmanschette dar. Es sei bekannt, dass eine Rotatorenmanschettenläsion häufig völlig symptomlos verlaufe. Degenerative Defekte könnten funktionell durch die erhaltenen Strukturen der Rotatorenmanschette und des Musculus deltoideus weitgehend kompensiert werden. Auch für die Annahme einer Verschlimmerung gelte, dass das Unfallereignis hierfür mit Wahrscheinlichkeit ursächlich oder zumindest wesentlich teilursächlich gewesen sein müsse. Verschlimmern könne sich nur ein Vorscha den, also ein vorbestehendes Schadensbild, das mit klinisch manifesten Funktionseinbußen verbunden sei. Eine Verschlimmerung könne deshalb nicht angenommen werden, wenn eine bis dahin klinisch stumme Veränderung klinisch manifest werde.

Der vom Senat zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr.F. führt im Gutachten vom 21.09.2000 zusammenfassend aus, der Erstbefund der aktiv und passiv nicht eingeschränkten Beweglichkeit der rechten Schulter spreche mit absoluter Sicherheit gegen einen frischen Riss der Rotatorenmanschette, da eine solche Rissbildung eine Pseudoparalyse, also die schmerzbedingt völlige Bewegungsunfähigkeit des Schultergelenkes nach sich ziehe. Schon auf den Röntgenaufnahmen vom Unfalltag zeigten sich deutliche degenerative Veränderungen. Auch aus der Schilderung des Unfallhergangs bei Dr.K. ergebe sich eine Prellverletzung, so dass eindeutig von einem für einen Rotatorenmanschettenriss nicht geeigneten Unfallhergang auszugehen sei. Im Kernspintomogramm sei eine partielle Supraspinatussehnenruptur rechts mit Gelenkerguss beschrieben. Die Veränderungen entsprächen einem Impingement, also einer knöchernen Einengung. Sie sei durch die schon am Unfalltag nachgewiesene Schultergelenksarthrose und den ebenfalls schon am Unfalltag bestehenden Hochstand des rechten Oberarmkopfes verursacht. Als konkurrierende

---

Verursachungsmöglichkeiten seien die Harnsäureerhöhung zu nennen, außerdem die auch am nicht von der Verletzung betroffenen linken Schultergelenk ablaufenden Verschleißerscheinungen. Der von Dr. K. angenommene geringe Zusatzimpuls, der zum Rotatorenmanschettenriss geführt habe, erfülle nicht das Kriterium der wenigstens wesentlichen Mitverursachung. Eine vorübergehende Verschlimmerung durch die Prellverletzung sei nicht zu bestreiten, jedoch mit Sicherheit eine richtunggebende Verschlimmerung, da spätestens nach Abklingen der durch die Prellung verursachten Symptomatologie der eigengesetzliche Verlauf der degenerativen Läsion wieder eingetreten sei. Eine unfallbedingte MdE habe nach Wegfall der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit nicht bestanden.

Die Beklagte stellt den Antrag,

das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 11.10.1999 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

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

Entscheidungsgründe:

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

Die Entscheidung 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](#) in Verbindung mit [§ 580 RVO](#)).

Ein Arbeitsunfall setzt gemäß [§ 548 Abs.1 RVO](#) einen Unfall voraus, den ein Versicherter bei einer der in den [§§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO](#) genannten versicherten Tätigkeiten erleidet. Der Begriff des Unfalls erfordert ein äußeres Ereignis, d.h., einen von außen auf den Körper einwirkenden Vorgang, der rechtlich wesentlich den Körperschaden verursacht hat (vgl. [BSGE 23, 139](#)). Das äußere Ereignis muß mit der die Versicherteneigenschaft begründenden Tätigkeit rechtlich wesentlich zusammenhängen. Dabei bedürfen alle rechtserheblichen Tatsachen des vollen Beweises, d.h., sie müssen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorgelegen haben (vgl. [BSGE 45, 285](#)). Die Beweiserleichterung der hinreichenden Wahrscheinlichkeit gilt nur insoweit, als der ursächliche Zusammenhang im Sinne der wesentlichen Bedingung zwischen der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden und zum Unfall führenden

---

Verrichtung und dem Unfall selbst sowie der Zusammenhang betroffen ist, der im Rahmen der haftungsausfällenden Kausalität zwischen dem Arbeitsunfall und der maßgebenden Verletzung bestehen muss (Krasney, VSSR 1993 81, 114).

Der Arbeitsunfall des Klägers vom 25.10.1994 hat keine bleibenden Gesundheitsstörungen, die eine MdE von wenigstens 20 v.H. der Vollrente bedingen würden, zurückgelassen. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus dem schlüssigen Gutachten des ärztlichen Sachverständigen Dr.F. H., der nach ambulanter Untersuchung des Klägers und Auswertung der ärztlichen Unterlagen in den Akten überzeugend dargelegt hat, dass der Unfall lediglich zu einer Prellverletzung des rechten Schultergelenks geführt hat, nicht jedoch zu der geltend gemachten Funktionsstörung auf der Basis einer Ruptur der Rotatorenmanschette.

Den isolierten ausschließlich traumatischen Supraspinatussehnenriss gibt es nicht. In Frage kommt allein ein Verletzungsmechanismus im Sinne der wesentlichen Teilursache bei bestehender Degeneration. Nur Bewegungen im Schultergelenk mit Zugbelastung der Rotatorenmanschette können diese zerreißen, in erster Linie Rotations-, aber auch Abspreizbewegungen (vgl. Schäferberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage 1998, S.473 f.). Aus den Unterlagen des Krankenhauses Burglengenfeld ergibt sich, dass der Kläger in eine 2,30 m tiefe Grube stürzte, eine Schalungstafel und ein Eisenträger nachstürzten und ihm auf den Hinterkopf fielen. Damit kann von einer Prellung der rechten Schulter, nicht jedoch, so Dr.F. H., von einem für einen Rotatorenmanschettenriss geeigneten Unfallhergang ausgegangen werden. Das Gleiche gilt für den Unfallhergang, wie ihn der Kläger bei Dr.K. H. geschildert hat, nämlich, dass ihn ein nachrutschender Stahlträger an der rechten Schulter verletzt habe. Denn auch nach dieser Schilderung ist lediglich eine direkte Prellverletzung der rechten Schulter, also kein geeigneter Unfallhergang gegeben. Wenn Dr.K. H. annimmt, dass die rechte Schulter entweder durch den Aufprall direkt geschädigt worden sei, oder durch den Versuch, den Sturz durch das Ausstrecken des Armes abzufangen, so handelt es sich auch bei diesen Konstruktionen um keine geeigneten Unfallmechanismen. Eine Stauchung des Oberarmkopfes gegen die Schulterblatthöhe wäre nicht geeignet, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen. Denn Dr.F. H. betont, dass nur Zugbelastungen die Rotatorenmanschette schädigen können.

Gegen einen Kausalzusammenhang spricht insbesondere, dass am Unfalltag zwar Druckempfindlichkeit an der rechten Schulter bestand, sie aber aktiv und passiv frei beweglich war. Bei einer frischen Rissbildung der Rotatorenmanschette wäre es zu einer Pseudoparalyse, also einer schmerzbedingten völligen Bewegungsunfähigkeit des Schultergelenkes gekommen. Das im Kernspintomogramm vom 2.02.1995 diagnostizierte Impingement ist eine knöchernerne Einengung, die durch die schon am Unfalltag nachgewiesene Schultereckgelenksarthrose und durch einen ebenfalls schon am Unfalltag bestehenden Hochstand des rechten Oberarmkopfes verursacht ist. Dass auch der Oberarmkopfhochstand keine frische Unfallfolge sein konnte, ist, wie Dr.F. H. ausführt, durch die klinische Erstsymptomatologie bewiesen. Denn wäre es

---

verletzungsbedingt zu einem solchen Defekt in der Rotatorenmanschette gekommen, dass sich bereits innerhalb der kurzen Zeit zwischen dem Sturz und der Erstuntersuchung ein Oberarmkopfhochstand hätte entwickeln können, hätte der Kläger mit absoluter Sicherheit die rechte Schulter aktiv nicht mehr bewegen können.

Der Befund im Kernspin weist im Übrigen auf unfallfremde verschleißbedingte Veränderungen hin. Dies entspricht auch der medizinischen Erfahrung. Denn die Rotatorenmanschette unterliegt im hohen Maße der Degeneration, die ab dem 3. Lebensjahrzehnt beginnt. Untersuchungen haben klinisch unauffällige Defekte in 25 % bei über 40-jährigen, in 75 % bei über 50-jährigen und bis zu 100 % bei über 60-jährigen ergeben (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall + Berufskrankheit, 6.Aufl. 1998, S.472). Da der Kläger zum Zeitpunkt des Unfalls kurz vor dem 56. Geburtstag stand, handelt es sich also um einen altersentsprechenden Befund. Durch den Sturz kam es zwar zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Beschwerdebildes; mit Sicherheit jedoch nicht zu einer richtunggebenden Verschlimmerung, wie Dr.F betont. Denn der von Dr.K angenommene geringe Zusatzimpuls erfüllt nicht das Kriterium der wenigstens wesentlichen Mitverursachung, zumal der Vorschaden bis zum Unfall klinisch stumm war.

Als konkurrierende Verursachungsmöglichkeiten sind die beim Kläger bekannte Harnsäureerhöhung und Gicht zu nennen, die in den Unterlagen des Versorgungsamts Regensburg und der BfA dokumentiert sind; auf eine anlagebedingte Verursachung deuten auch die am nicht von der Verletzung betroffenen linken Schultergelenk ablaufenden Verschleißerscheinungen, wobei jetzt das Schulterreckgelenk links noch stärker als rechts verschleißgeschädigt ist.

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

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

Erstellt am: 20.10.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024