
S 4 U 358/01

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	3
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 4 U 358/01
Datum	27.02.2003

2. Instanz

Aktenzeichen	L 3 U 129/03
Datum	25.11.2003

3. Instanz

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

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 27. Februar 2003 wird zurückgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob eine Rotatorenmanschettenruptur Folge des Sturzes vom 13.02.1998 ist und ob die Beklagte dem Kläger deshalb Verletztenrente zu gewähren hat.

Der 1956 geborene Kläger ist zum Unfallzeitpunkt Wasserwart beim Zweckverband der Wasserversorgung C. Er stolperte am 13.02.1998 mit einem Wassereimer in der Hand in einem Treppenaufgang und fiel auf die rechte Schulter. Die Orthopäden Dres. V. u.a., die der Kläger am 14.02.1998 in Anspruch nahm, fanden keinen Hinweis auf eine frische knöcheliche Verletzung. Sonografisch ergaben sich jedoch auf eine Rotatorenmanschettenruptur deutende Anhaltspunkte. Eine in der Gemeinschaftspraxis für Radiologie Dres. L. u.a. am 19.02.1998 angefertigte Kernspintomografie (MRT) bestätigte den Verdacht auf

eine Teilruptur der Rotatorenmanschette im Bereich der rechten Schulter. Frakturen konnten wiederum ausgeschlossen werden. Nebenbefundlich zeigte sich eine Arthrose im Acromioclaviculargelenk. Bei Untersuchungen des KlÄxgers in der OrthopÄxdischen Fachklinik S. am 25.05.1998 und am 14.12.1998 wurde ein Subacromialsyndrom an der rechten Schulter mit Verdacht auf Ruptur der Supraspinatussehne diagnostiziert. In der Zeit vom 06.01. bis 15.01.1999 wurde der KlÄxger dort stationÄxr behandelt. Es wurde eine Operation im Bereich der rechten Schulter mit Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durchgefÄ¼hrt. Der Beratungsarzt der Beklagten Dr. O. kam am 03.05.1999 zum Ergebnis, das Ereignis vom 13.02.1998 sei nicht geeignet gewesen, einen Teilriss der Rotatorenmanschette zu verursachen. Vielmehr habe zu diesem Zeitpunkt bereits ein degenerativer Vorschaden vorgelegen. Maximal fÄ¼r einen Zeitraum von zwei bis drei Wochen nach dem Ereignis sei der KlÄxger wegen der Unfallfolgen arbeitsunfÄ¼hig und behandlungsbedÄ¼rftig gewesen. Die spÄxtere arthroskopische bzw. operative Behandlung habe in keinem ursÄxchlichen Zusammenhang mit der Schulterprellung durch den Sturz gestanden. Sie gehe zu Lasten des Vorschaden an der Rotatorenmanschette. Die Beklagte zog den Operationsbericht der orthopÄxdischen Fachklinik S. vom 07.01.1999 und einen Leistungsauszug der AOK bei. In letzterem wird eine Behandlung des KlÄxgers durch Dr. W. wegen Schulterschmerzen und Sehnenabriss der rechten Schulter vom 09.01. bis 08.02.1991 aufgegefÄ¼hrt. Mit Bescheid vom 19.05.2000 lehnte die Beklagte einen Anspruch auf Verletztenrente wegen des Arbeitsunfalls vom 13.02.1998 ab. Wesentliche Ursache fÄ¼r den Riss an der Rotatorenmanschette sei nicht der Sturz sondern die bereits vor diesem Ereignis vorhandene SchÄxdigung im Bereich der Schulter gewesen.

Dagegen erhob der KlÄxger Widerspruch. Er bezog sich u.a. auf ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in Bayern (MDK) vom 27.09.2000 und ein Attest der Dres. V. u.a. vom 05.09.2000. Die letztgenannten Äxrzte berichten darin Ä¼ber Behandlungen des KlÄxgers im September 1992 und November 1993 wegen Verletzungen an der rechten Schulter mit nachfolgendem Impingementsyndrom; es seien hiervon keinerlei FolgeschÄxden zurÄ¼ckgeblieben. Auf Antrag der Beklagten erstattete Prof. Dr. N. , Kliniken und Poliklinik fÄ¼r Chirurgie der UniversitÄxt R. , am 21.05.2001 ein Gutachten. Er kam zum Ergebnis, der Unfall vom 13.02.1998 habe den am 07.01.1999 festgestellten kompletten Abriss der Supraspinatussehne wesentlich verursacht. Die Minderung der ErwerbsfÄ¼higkeit (MdE) schÄxtzte er zunÄxchst mit 30 vH und ab 27.03.1999 auf Dauer mit 20 vH ein. Die Beklagte holte hierzu nochmals eine Stellungnahme ihres Beratungsarztes Dr. O. ein, der am 04.09.2001 der Auffassung von Prof. Dr. N. widersprach. Eine unfallbedingte Entstehung der Rotatorenmanschettenruptur hielt er nicht fÄ¼r wahrscheinlich. Mit Bescheid vom 07.11.2001 wies die Beklagte den Widerspruch zurÄ¼ck.

Dagegen hat der KlÄxger beim Sozialgericht (SG) Regensburg Klage erhoben. Das SG hat nach Beiziehen der einschläxgigen medizinischen Unterlagen die OrthopÄxden Dr. H. und Dr. E. auf Antrag des KlÄxgers nach Â§ 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Dr. E. zu SachverstÄxndigen ernannt. In seinem Gutachten von 30.01.2002 hat Dr. H. lediglich eine Schultergelenksprellung als

Unfallursache bezeichnet, nicht hingegen die degenerative Erkrankung i. S. eines Impingementsyndroms. Es fehle schon an einem typischen Primärbefund für eine unfallbedingte Rotatorenmanschettenruptur oder -teiltraktur. Ein Vorschaden sei an der rechten Schulter, die nachweislich 1992 und 1993 behandelt worden war, anzunehmen. Der Krankheitsverlauf, der zunächst eine Besserung gezeigt und erst später einen Crescendoverlauf genommen habe, spreche gegen einen ursächlichen Zusammenhang. Demgegenüber hat Dr. E. am 04.11.2002 hervorgehoben, der Kläger sei vor dem Unfallereignis von Seiten der rechten Schulter nahezu beschwerdefrei gewesen. Die Frage, ob das Ereignis in der Lage gewesen sei, eine vollständig gesunde Sehne zum Reißen zu bringen bzw. ob dies nur bei einer schon vorhandenen Vorschädigung möglich gewesen wäre, sei nachträglich nicht mehr zu klären. Jetzt bestehe ein Zustand nach Naht einer traumatischen Rotatorenmanschetten-teiltraktur. Die MdE betrage 20 vH. Mit Urteil vom 27.02.2003 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat sich im Wesentlichen auf die Ausführungen des Dr. H. gestützt. Es sei ein bis in das Jahr 1992 reichender Vorschaden der rechten Schulter nachgewiesen. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Ereignis vom 13.02.1998 und dem jetzt bestehenden Schulterschaden sei nicht mit Wahrscheinlichkeit zu begründen.

Dagegen hat der Kläger Berufung eingelegt und vorgetragen, das SG hätte sich in Anbetracht der anders lautenden Gutachten von Prof. Dr. N. und Dr. E. nicht ohne weiteres dem Gutachten des Dr. H. anschließen dürfen. Der Senat hat die Röntgenaufnahmen und medizinischen Unterlagen vor 1998 und einen AOK-Leistungsauszug beigezogen. Die Unterlagen von Dr. W. aus 1991 konnten nicht beigebracht werden. Der Senat hat Prof. Dr. S. zum Sachverständigen ernannt. In seinem Gutachten vom 25.08.2003 hat der Sachverständige ausgeführt, ein funktionell wirksamer Vorschaden sei nachgewiesen. Der Unfallhergang mit direktem Sturz auf die Schulter sei nicht geeignet gewesen, zu einer Schulterbinnenverletzung zu führen. Die Erstbefunde ohne Prellmarken, Blutergüsse u.ä., die Tatsache, dass der Kläger zwischen dem 13.02. und 14.12.1998 gearbeitet habe sowie der Beschwerde- und Röntgenverlauf würden gegen eine traumatische Ruptur sprechen. Der Auffassung des Prof. Dr. N. und des Dr. E. könne nicht gefolgt werden. Der Kläger hat eingewandt, er sei 1991 nicht von Dr. W. dieser sei ihm unbekannt behandelt worden. Dass Röntgenbilder der rechten Schulter vom 09.01.1991 vorliegen, beruhe darauf, dass er seinerzeit Beschwerden an der linken Schulter gehabt habe und lediglich zu Vergleichszwecken auch die rechte Schulter geröntgt worden sei.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 27.02.2003 aufzuheben und den Bescheid vom 19.05.2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 07.11.2001 dahingehend abzuändern, dass die Beklagte verurteilt wird, ihm wegen der Folgen des Unfalls vom 13.02.1998 Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 vH zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 27.02.2003 zurückzuweisen.

Im Übrigen wird zur Ergänzung des Sachverhalts gem. [§ 136 Abs. 2 SGG](#) auf die

Akte der Beklagten und auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

II.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig ([§§ 143, 151 SGG](#)), aber unbegründet.

Zutreffend entschied das SG, dass der Kläger keinen Anspruch auf Anerkennung und Entschädigung der Ruptur der Rotatorenmanschette im Bereich der rechten Schulter als Folge seines Arbeitsunfalls vom 13.02.1998 hat. Denn diese Gesundheitsstörung ist nicht mit Wahrscheinlichkeit im Sinne einer wesentlichen Ursache auf das Unfallgeschehen zurückzuführen. Ein Entschädigungsanspruch gemäss der §§ 8, 56 des Siebten Sozialgesetzbuchs (SGB VII) besteht nicht. Bei dem Sturz erlitt der Kläger eine Prellung der rechten Schulter, die nach ca. zwei bis drei Wochen abgeheilt war und seine Erwerbsfähigkeit nicht auf Dauer minderte. Dass der Sturz die wesentliche Ursache für eine Ruptur oder Teilruptur der Rotatorenmanschette war, konnte der Senat nicht mit Wahrscheinlichkeit feststellen.

Dabei geht er von einem nachgewiesenen Vorschaden an der rechten Schulter, einem für die Entstehung eines Rotatorenrisses ungeeigneten Unfallhergang und einem untypischen Beschwerdeverlauf aus.

Der Kläger hatte sich im September 1992 eine Tossi-II-Verletzung an der rechten Schulter zugezogen. Dabei handelt es sich um eine Schulterreckverletzung, wie Prof. Dr. S. in seinem Gutachten erlutert. Im November 1993 erlitt der Kläger eine Kontusion der rechten Schulter mit nachfolgendem Impingement-Syndrom. Dies entnimmt der Senat dem Attest der Dres. V. u.a. vom 25.09.2000. Dass der Kläger 1991 von Dr. W. wegen Schulterschmerzen rechts und einem Sehnenabriss an der rechten Schulter behandelt worden war, wie im Leistungsauszug der AOK angegeben, liee sich nicht erarten; der Kläger bestritt dies. Jedoch auch ohne eine solche Schulterbehandlung im Jahre 1991 ist ein Vorschaden an der rechten Schulter nachgewiesen. Die Veränderungen, die der Operateur im Operationsbericht vom 07.01.1999 beschreibt, nämlich abgerundete Ränder der Supraspinatussehne, eine an der Unterseite aufgefaserte Schultergräte, eine massive knöcherne Einengung, eine Verkücherung im Kapselbandapparat des Schultergelenks und Randausziehungen am äußeren Ende des Schlüsselbeins, sind mit den Schulterverletzungen im Jahr 1992 und 1993 vereinbar. Eine klinische Bestätigung erfährt diese makroskopische Sicht dadurch, dass der Kläger im November 1993 wegen eines Impingement-Syndroms (Einengesyndrom) von Dres. V. u.a. behandelt worden war. Dass der Kläger zwischen November 1993 bis zum Sturz im Februar 1998 von Seiten der rechten Schulter beschwerdefrei war, wie Dres. V. u.a. mehrfach hervorhoben, ändert nichts an der abgelaufenen Schulterverletzung. Damit ist ein Vorschaden im Bereich der rechten Schulter nachgewiesen.

Der direkte Sturz auf die Schulter ist nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Erkenntnis kein Vorgang, der geeignet wäre, zu einem Riss der Rotatorenmanschette zu führen. Denn die Rotatorenmanschette ist durch ihre Lage und Einbettung relativ gut geschützt. Sie liegt zwischen Oberarmkopf und dem knöchernen bindegewebigen Schulterdach, das von der Schulterhöhe (Acromion), dem Rabenschnabelfortsatz und einem straffen Band gebildet wird. Die Rotatorenmuskeln und die dazu gehörenden Sehnen stabilisieren das Schultergelenk und halten den Oberarm im Schultergelenk (Schäferberger-Mehrtens-Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, S.503). Die Rotatorenmanschette unterliegt in hohem Maße der Degeneration und zwar bereits ab dem 3. Lebensjahrzehnt. Zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr nehmen Teilrupturen und Ausdehnungen des Sehengewebes zu. In der medizinischen Wissenschaft wird angenommen, dass Rupturen durch eine Störung der Gleitbewegung zwischen Oberarmkopf und Schulterdach entstehen. Jede Veränderung im subacromialen Raum wie Kalkablagerungen und ein vorzeitiger Verschleiß des Schultergelenks, was beides beim Kläuger vorliegt, kann zu einem Engpass des Schultergelenks führen (Schäferberger-Mehrtens-Valentin, a.a.O. S.505 und 506). Aus biomechanischen Modelluntersuchungen und Einzelfallstudien wurden Erkenntnisse gewonnen über geeignete und ungeeignete Verletzungsmechanismen. Geeignete Verletzungsmechanismen sind das massive plötzliche Rückwärtsreißen oder Heranführen des Arms, starke Zugbelastung bei gewaltsamer Rotation des Arms oder Sturz auf den nach hinten und innen gehaltenen Arm (Schäferberger-Mehrtens-Valentin, a.a.O. S.507). Ein ungebremster Aufprall mit der rechten Schulter auf eine Treppenkante wie der Kläuger den Unfallablauf stets beschrieb, ist kein geeigneter Mechanismus. Allenfalls könnte ein solcher Sturz die Rotatorenmanschette zerquetschen. Dann müsste es sich aber um einen starken Aufprall gehandelt haben, der die Haut und die darunter liegende Muskulatur verletzt hätte, wie Prof. Dr. S. ausführte. Derartige Verletzungen wurden vom Durchgangsarzt nicht beschrieben; auch im MRT vom 19.02. 1998, das wenige Tage nach dem Ereignis gefertigt worden war, fand sich kein Anhalt für ein Hämatom oder für Veränderungen muskulärer Strukturen. Danach spricht der Unfallablauf, welcher allein die wesentliche Ursache für einen traumatischen Sehnenschaden zwar nicht beweisen, aber ein Indiz hierfür liefern könnte, eher gegen eine traumatische Verursachung im Falle des Kläugers.

Hinzu kommt, dass auch die Erstbefunde und der Krankheitsverlauf nicht typisch für einen wesentlichen Kausalanteil des Sturzereignisses sind. Hinsichtlich der Erstbefunde wurde bereits dargelegt, dass solche, nämlich ein Hämatom, Hautverletzungen und Ähnliches nicht dokumentiert sind. Der Beschwerdeverlauf spricht ebenfalls gegen eine wesentliche traumatische Verursachung. Der erstbehandelnde Arzt Dr. V. stellte eine Pseudoparalyse fest. Darunter ist eine erhebliche Bewegungseinschränkung im Sinne einer Scheinlähmung, d.h. ohne eigentliche Nervenverletzung, zu verstehen, wie Prof. Dr. S. erläutert. Die Scheinlähmung kann schmerzbedingt sein, dann bildet sie sich zurück, wenn der Schmerz nachlässt. Sie kann auch durch eine zerrissene Rotatorenmanschette im Sinne einer Kapselzerreißung verursacht sein; dann hält diese Scheinlähmung jedoch an, weil der Oberarmkopf nicht mehr aktiv in der Schulterpfanne gehalten

werden kann. Beim Kläger war es so, dass er zwischen dem 13.02.1998 und dem 14.12.1998 von seinen behandelnden Ärzten nicht für arbeitsunfähig gehalten worden war und bei den Untersuchungen in der Klinik S. am 25.05.1998 und am 14.12.1998 die Schulterbeweglichkeit in allen Richtungen beidseits frei war. Allein letzter Befund spricht dafür, dass es am 13.02.1998 zu keiner bedeutsamen Zerreissung der Rotatorenmanschette kam, denn eine Spontanheilung ist nach ärztlicher Erkenntnis  so Prof. Dr. S.  ausgeschlossen. Der Beschwerdeverlauf spricht somit ebenfalls gegen einen wesentlich ursächlichen Anteil des Sturzes an der später operierten Rotatorenmanschettenruptur. Dabei kann dem Kläger durchaus zu Gute gehalten werden, dass er unter Schmerzen weitergearbeitet hatte, wie er vorträgt. Es kann auch dahinstehen, ob das MRT vom 19.02.1998 tatsächlich einen Rotatorenmanschettendefekt zeigt, ob es sich dabei um eine vollständige Ruptur oder Teilruptur handelt. Denn wesentlich mehr Aspekte, nämlich der nachgewiesene Vorschaden, der Unfallhergang und der Beschwerdeverlauf, sprechen für eine degenerative Kontinuitätsunterbrechung der Rotatorenmanschette und gegen eine durch das Sturzereignis wesentlich verursachte solche Ruptur. Dabei ist noch zu erwähnen, dass eine isolierte Verletzung der Rotatorenmanschette ohne Schädigung des Schultergelenks in seiner Gesamtheit die Ausnahme ist (Schäfer-Mehrtens-Valentin, a.a.O., S.505) und dass degenerativ schleichend über einen längeren Zeitraum verlaufende Kontinuitatsdurchtrennungen die Regel sind. Stark vereinfacht lässt sich die Kontinuitatsdurchtrennung mit dem allmähligen Reien eines in der ase scheuernden Schnarsenkels vergleichen.

Bei dieser Sachlage vermochte der Senat  wie zuvor schon das SG  den Gutachten des Prof. Dr. N. und des Dr. E. sowie des MDK nicht zu folgen. Im MDK Gutachten vom 27.09.2000 wird die Behauptung aufgestellt, der Unfallmechanismus sei geeignet gewesen, eine Rotatorenmanschettenruptur herbeizuführen, ohne hierfür eine Begründung abzugeben bzw. ohne sich mit der medizinischen Lehrmeinung auseinanderzusetzen. Gleiches gilt für das Gutachten des Prof. Dr. N. ; Letzterem ist zudem entgegen zuhalten, dass er bei seiner Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs davon ausgeht, auf den Röntgenaufnahmen seien keine arthrotischen Vorerkrankungen zu erkennen. Dies steht im Widerspruch zu dem von ihm aus derselben Universitätsklinik veranlassten radiologischen Zusatzgutachten. Darin wird angegeben, die Röntgenaufnahmen der rechten Schulter vom 25.05.1998 und 08.01.1999 sowie das MRT vom 19.02.1998 zeigten eine mäßige Arthrose im Acromioclavikulargelenk. Dr. E. geht von einem Sturz auf den leicht abduzierten Arm und von einer schmerzbedingten Schonhaltung, also nicht von einer Pseudoparalyse im eigentlichen Sinne, aus. Dies schließt er aus dem relativ geringen Ausmaß des bei der Operation am 07.01.1999 makroskopisch gesehenen Rotatorenmanschettendefekt. Zudem bemerkte auch er auf den Röntgenaufnahmen vom Unfalltag und auf dem MRT vom 19.02.1998 einen Oberarmkopfhochstand, welcher, wenn er vom Unfall herrühren sollte, sich nicht in so kurzer Zeit hätte entwickeln können. Er trifft dann dieselben Befundfeststellungen wie Dr. H. und Prof. Dr. S. , kommt aber zum entgegengesetzten Ergebnis wie diese, ohne dies zu begründen. Die Gutachten von Prof. Dr. N. und Dr. E. sind daher nicht überzeugend.

Nach dem Gesamtergebnis der Beweisaufnahme ist ein durch den Sturz am 13.02.1998 wesentlich verursachter oder zumindest mitverursachter Riss der Rotatorenmanschette nicht im Grade der Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Der KlÄger hat keinen Anspruch auf Verletztenrente wegen der Folgen seines Arbeitsunfalls vom 13.02.1998. Seine Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 27.02.2003 war mit der Kostenfolge aus [Ä§ 193 SGG](#) zurÄckzuweisen.

Die Revision war nicht zuzulassen, da keine Gründe im Sinne des [Ä§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) vorliegen.

Erstellt am: 05.04.2004

Zuletzt verändert am: 22.12.2024