
S 3 U 282/00

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 282/00
Datum	11.12.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 30/02
Datum	23.01.2004

3. Instanz

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

I. Die Berufung der KlÄgerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Augsburg vom 11.12.2001 wird zur¼ckgewiesen.

II. Au¼rgerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die 1937 geborene KlÄgerin st¼rzte am 04.01.1995 im Treppenhaus.

Der Durchgangsarzt, der Chirurg Dr. K. , diagnostizierte am gleichen Tag Schulterluxation, SchÄdelprellung, Prellung des linken Knies und des rechten Daumens. (Allerdings wurde in der Schilderung des Hergangs angegeben, die KlÄgerin habe sich den linken Daumen und das rechte Knie verletzt).

Der Arbeitgeber der KlÄgerin, ihr Ehemann, gab an, sie sei vom 04.01.1995 bis 15.02.1995 arbeitsunfähig gewesen. Am 24.08.1995 stellte Dr. K. die Diagnosen: Prellung des rechten Kniegelenks, der linken Großzehe, des linken Daumens, Schulterluxation links mit fissuraler Fraktur des Tuberculum majus. Die Behandlung sei seit dem 13.04.1995 abgeschlossen. Bei der letzten Vorstellung sei die

Beweglichkeit im Schultergelenk noch eingeschränkt gewesen. Von seiten des Kniegelenkes, der Großzehe und des Daumens sei die Klägerin beschwerdefrei gewesen. Im Bericht vom 15.03.1996 erwähnte Dr. K. , die Klägerin gebe noch Schmerzen in der Schulter und an der linken Hüfte an. Die Beweglichkeit im Hüftgelenk sei seitengleich, bei Drehbewegung Schmerzverstärkung. Am Trochanter major links fanden sich Veränderungen im Sinne einer Bursitis, die jedoch auch rechts nachweisbar seien. Er diagnostizierte eine Bursitis trochanterica links bei Zustand nach Prellung des Oberschenkels und des Hüftgelenkes.

Mit Bescheid vom 18.07.1996 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.09.1997 lehnte die Beklagte die Anerkennung des Unfalls als Arbeitsunfall ab. Im Klageverfahren (S 9 U 338/97) verurteilte das Sozialgericht Augsburg die Beklagte, den Unfall vom 4. Januar 1995 als Arbeitsunfall anzuerkennen und Leistungen hieraus zu gewähren.

Die Beklagte holte eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes, des Unfallchirurgen Dr. B. , vom 24.01.2000 ein, in der dieser die Auffassung vertrat, es sei höchst unwahrscheinlich, dass der Unfall dauernde Verletzungsfolgen rentenrelevantem Ausmaßes hinterlassen habe. Immerhin habe die Behandlung bereits am 13.04.1995 abgeschlossen werden können.

Mit Bescheid vom 17.02.2000 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente ab, ein Anspruch auf Heilbehandlung bleibe bestehen. Als Folgen des Arbeitsunfalles wurden anerkannt: Folgenlos ausgeheilte Verrenkung der linken Schulter mit Haarrissbruch des größeren Humerus seitlich des linken Oberarmknochens, folgenlos ausgeheilte Prellungen des rechten Kniegelenkes, des linken Daumens und der linken Großzehe.

Den Widerspruch der Klägerin vom 22.02.2000 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 10.07.2000 zurück.

Zur Begründung der Klage hat die Klägerin vorgetragen, wegen der Verletzungen, insbesondere an der Schulter, am linken Knie sowie am rechten Daumen, sei eine MdE von mindestens 20 v.H. gerechtfertigt.

Der Allgemeinarzt Dr. K. berichtete am 17.10.2000, die Klägerin sei seit 1978, zuletzt am 18.04.2000, in seiner gelegentlichen ambulanten Behandlung. Sie klage über multiple Gelenkschmerzen, zeitweise Schmerzen in der Herzgegend, Menopausenprobleme. Im Januar 1995 sei es zu einer Schulterluxation gekommen.

Der vom SG zum Ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr. W. hat im Gutachten vom 23.11.2000 ausgeführt, durch den Arbeitsunfall sei es zu einer Verrenkung der linken Schulter gekommen und zu einem nicht wesentlich fehlgestellten Bruch des Tuberculum majus. Ein nennenswerter Folgeschaden sei nicht feststellbar. Insgesamt sei die Schulterverrenkung folgenlos abgeheilt, ohne rezidivierende Instabilität und ohne relevante Schulterbewegungseinschränkung. Bei den jetzigen Schultergelenksbeschwerden handle es sich um Ansatzreizungen der Schulterdrehmanschette, wobei der Reizzustand rechts ausgeprägter als links

sei. Bei grobzügiger Betrachtungsweise habe eine MdE von 20 v.H. ab Unfalltag für sechs Monate vorgelegen. Danach bestehe keine rentenberechtigende MdE mehr. Die Prellungen an der Handgelenke, dem Kniegelenk, dem Daumen und der Großzehe seien nach sechs Wochen erwartungsgemäß abgeheilt gewesen. Dies werde auch von Dr. K. am 24.08.1995 und am 15.03.1996 bestätigt. Eine MdE in rentenberechtigendem Grad sei wegen dieser Unfallfolgen nicht gegeben. Im Übrigen bestehe an beiden Trochantern eine Ansatzsehnenreizung am großen Rollhügel, die nicht unfallbedingt sei. Dieses Krankheitsbild sei auch in Zusammenhang mit der Ansatzendopathie der Schultergelenke beidseits zu sehen. Die Klägerin neige offenbar zu derartigen Erkrankungen.

Mit Schreiben vom 21.12.2000 hat die Beklagte sich bereit erklärt, der Klägerin unter Abänderung des Bescheides vom 17.02. 2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.07.2000 Rente nach einer MdE in Höhe von 20 v.H. für die Zeit vom 15.02.1995 bis 30.08.1995 zu gewähren.

Die Klägerin hat ein Gutachten der Orthopädin Dr. G. vom 29.09.2001 übersandt, in dem Frau Dr. G. ausgeführt hat, bei dem Arbeitsunfall sei es zu einer Verrenkung/Luxation der linken Schulter mit Fraktur des Tuberculum majus, einer Prellung des großen Rollhügels links, einer Prellung des linken Kniegelenkes mit Innenmeniskusläsion und einer Verschiebung/ Blockierung an der Kreuz-Darmbeinfuge/Ileosakralgelenk gekommen. Es beständen weiterhin eine erhebliche schmerzhafteste Bewegungseinschränkung im Schultergelenk mit Kraftminderung des Armes, erkennbar an der Atrophie der Schultergürtelmuskulatur, und eine Arthrose im Schultergelenk, die zu einer deutlichen Engpasssymptomatik geführt habe, die ihrerseits die wesentliche Ursache für die schmerzhafteste Bewegungseinschränkung sei. Die Arthrose habe sich als Folge einer unfallbedingten Bänderdehnung entwickelt. Eine gleichförmige Beschwielung beider Hände, wie sie Dr. W. festgestellt habe, habe nichts mit einer Behinderung im Schultergelenk zu tun. Die MdE betrage auf Dauer 20 v.H.

Hierzu hat der beratende Arzt der Beklagten, der Chirurg Dr. B. , am 22.10.2001 ausgeführt, das Gutachten enthalte subjektive Beschwerden und Funktionsschilderungen und keine überzeugende Objektivierung eines Unfallzusammenhanges. Die gemessenen Bewegungsausmaße könnten im Vergleich mit den früheren Messungen nicht überzeugen. Außerdem lasse die Umfangsmessung eine wesentliche Verschmächtigung der Schultermuskulatur links nicht erkennen.

Die Klägerin hat ein Gutachten des Dr. K. für die A. Versicherung vom 07.06.1996 übersandt. Die linke Schulter stehe etwas tiefer als rechts, eine wesentliche Verschmächtigung des Ober- und Unterarms sei nicht gegeben, Durchblutungsstörungen beständen nicht. Die grobe Kraft bei gekreuztem Handgedruck sei seitengleich. Die Beweglichkeit im Schultergelenk sei eingeschränkt mit Druckschmerzhaftigkeit. Die Beweglichkeit im linken Handgelenk sei schmerzhaft endgradig eingeschränkt.

Das Sozialgericht hat mit Gerichtsbescheid vom 11.12.2001 die Beklagte unter Abänderung ihres Bescheides vom 17.02.2000 und des Widerspruchsbescheides vom 10.07.2000 verurteilt, der Klägerin für die Zeit vom 15.02.1995 bis 03.07.1995 Verletztenrente nach einer MdE in Höhe von 20 v.H. zu zahlen. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Dabei hat es sich im Wesentlichen auf das Gutachten des Dr. W. gestützt.

Die Beklagte führte mit Bescheid vom 28.01.2002 den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Augsburg aus.

Mit der Berufung vom 28.01.2002 wendet die Klägerin ein, sie habe nach der Luxation und Bänderdehnung eine dauerhafte Arthrose erlitten. Außerdem beständen eine deutliche Atrophie der Schultergürtelmuskulatur mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung, ein deutlicher Druckschmerz am Schulterergelenk und eine entsprechende Kraftminderung des Armes sowie eine deutliche Engpasssymptomatik am Schulterergelenk.

Der Orthopäde Dr. R. äußerte im Befundbericht vom 31.05.2002, 1992 sei ein Impingement-Syndrom der rechten Schulter mit Tendinosis calcarea festgestellt worden. Am 13.02.1995 habe die Klägerin über eine Schulterluxation links berichtet. Es habe ein Druckschmerz über dem Tuberculum majus bestanden, insgesamt schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit.

Die auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109 SGG](#) zur ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopädin Dr. G. führte im Gutachten vom 15.07.2003 aus, bei der Klägerin sei es durch den Unfall zu einer Engpasssymptomatik der linken Schulter bei Zustand nach Luxation und schwerer Stauchung mit konsekutiver AC-Gelenksarthrose sowie Fraktur des Tuberculum majus, verursacht durch die operative Einrenkung des Schulterergelenkes, weiter zu einer Prellung des linken Beckens mit konsekutiver Verschiebung/Blockierung und Instabilität in der Kreuz-Darmbeinfuge und zu einer Distorsion des linken Kniegelenks mit Innenmeniskusläsion gekommen. Die Klägerin habe vor dem Unfall keine Beschwerden am Gelenkapparat, insbesondere nicht an der linken Schulter, am linken Becken und linken Kniegelenk gehabt. Das Unfallereignis sei in seiner Schwere geeignet gewesen, einen dauerhaften Schaden am Schulterergelenk hervorzurufen. Die heutigen Beschwerden seien nicht anlagebedingt. Die Engpasssymptomatik mit AC-Gelenksarthrose führe zu einer sehr schmerzhaften Bewegungseinschränkung der Schulter. Bei der Beckenprellung sei es sehr wahrscheinlich zu einer Verschiebung im Ileosakralgelenk gekommen, die zu einer ständigen Muskelansatzreizung am Tuberculum majus des Oberschenkels geführt habe und auf die die jetzigen Beschwerden und die Gangunsicherheit zurückzuführen seien. Es handle sich nicht um eine anlagebedingte Erkrankung. Bei den Kniebeschwerden sei ein kausaler Zusammenhang nicht sicher nachweisbar. Sie könnten auch auf degenerativen Ursachen beruhen. Die MdE von 20 v.H. sei dauerhaft zu gewähren, da eine Besserung des Zustandsbildes nicht zu erwarten sei.

Hierzu hat Prof. Dr. H. als Beratungsarzt der Beklagten am 30.08.2003 Stellung

genommen. Bei der Schulterluxation sei es zu einer Fissur und nicht, wie Dr. G. angebe, zu einer Fraktur gekommen. Bei Schulterverrenkungen könne es zu Intervallrissen, das heißt zur Beteiligung der Rotatorenmanschette, kommen und damit zu einer Engpasssymptomatik. Da hier aber anstelle der Intervallverletzung eine Fissur entstanden sei, die völlig ausgeheilt sei und ein Rotatorenriss sonographisch ausgeschlossen sei, sei ein Unfallzusammenhang nicht gegeben. Die Schultereckgelenksarthrose bestehe beidseits und sei schon insofern nicht als unfallbedingt zu werten, hierfür spreche auch das Alter der Klägerin. Schultereckgelenksarthrosen seien in aller Regel Verschleißerscheinungen und könnten nur dann als Unfallfolge angesehen werden, wenn es zu einer Zerreißung im Schultereckgelenk gekommen sei. Dr. G. Annahme, dass eine Dehnung vorgelegen habe, sei nicht nachvollziehbar, denn dies sei pathophysiologisch in Kombination mit einer Schulterverrenkung unwahrscheinlich. Eine Prellung des linken Beckens habe nicht vorgelegen, sonst wäre die Klägerin nach dem Unfall nicht gehfähig gewesen. Die von Dr. G. als Folgen angenommene Verschiebung, Blockierung und Instabilität könnten daher nicht dem Unfallereignis zugeordnet werden. Die Zerrung des linken Knies sei folgenlos ausgeheilt. Die radiologisch festgestellte Verschmälerung des medialen Gelenkspalts sei ein Hinweis auf eine Arthrose, die, wie zu erwarten, zu einer Innenmeniskusläsion geführt habe, in Kombination mit einer chronisch-degenerativen vorderen Kreuzbandläsion. Unfallfolgen lägen hier nicht vor. Im Messblatt sei eine Beweglichkeit der Schulter über die Horizontalbeweglichkeit nachgewiesen. Es resultiere also nur eine endgradige Einschränkung der Beweglichkeit. Eine Minderung der Muskulatur am linken Oberarm habe Dr. G. im Gutachten vom 29.09.2001 nicht angegeben. Mit der Erklärung im Gutachten vom 15.07.2003, die linke Schultergürtelmuskulatur erscheine atrophisch, lasse sich eine Muskelminderung nicht begründen. Eine MdE rentenberechtigenden Grades könne bei einer lediglich endgradigen Einschränkung der Beweglichkeit der Schulter nicht begründet werden.

Die Klägerin stellt den Antrag aus dem Schriftsatz vom 28.01.2002.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

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

Entscheidungsgründe:

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

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

Die Klägerin hat unstreitig am 04.01.1995 einen Arbeitsunfall ([§§ 548 Abs.1, 543](#)

bis 545 RVO) erlitten. Eine MdE von mindestens 20 v.H. der Vollrente, die Voraussetzung für einen Anspruch auf Verletztenrente wäre, liegt aber über den 03.07.1995 hinaus nicht vor. Das hat der Ärztliche Sachverständige Dr. W. im Klageverfahren im Gutachten vom 23.11.2000 überzeugend erläutert.

Durch den Unfall ist es zu den von der Beklagten zuletzt im Bescheid vom 28.01.2002 anerkannten Unfallfolgen gekommen: Folgenlos ausgeheilte Verrenkung der linken Schulter mit Haarrissbruch des größeren Humerus seitlich des linken Oberarmknochens, folgenlos verheilte Prellungen der linken Handgelenke, des linken Kniegelenkes, des rechten Daumens und der linken Großzehe. Dagegen hat die Beklagte zu Recht die Anerkennung der chronischen Bursitis an den Rollhüftgelenken der beiden Handgelenke, der Aufbrauchveränderungen in beiden Schultergelenken, der chronischen Ansatzreizung der Schulterdrehmanschette in der Höhe des Tuberculum majus, rechts stärker als links, als Unfallfolgen abgelehnt.

Bei dem Sturz hat sich, wie Dr. W. überzeugend dargelegt hat, die Klägerin eine Verrenkung der linken Schulter zugezogen. Ein nennenswerter Folgeschaden ist nicht mehr gegeben. Dafür sprechen die bei der Untersuchung durch Dr. W. erhobenen Befunde. An beiden Schultern war in der Höhe des Schulterdrehmanschettenansatzes, und zwar rechts ausgeprägter als links, eine Druckempfindlichkeit zu tasten, vor allem rechts bestand ein geringes tastbares Bewegungsreiben. Bei Seitheben und Vorheben gegen Widerstand wurden in beiden Schultern Beschwerden angegeben. Wesentliche messbare aktive oder passive Bewegungseinschränkungen waren im Seitenvergleich nicht feststellbar. Es bestand auch keine Muskelminderung im Bereich der linken oder rechten oberen Extremität im Vergleich zur Gegenseite; auch im Schultergürtelbereich lag beidseits keine Muskelminderung vor. Die Hohlhandbeschwielung war seitengleich identisch. Die Röntgenaufnahmen weisen beidseits Zeichen für Aufbrauchveränderungen der Schultergelenke auf. Darüber hinaus bestehen Zeichen der chronischen Ansatzreizung der Schulterdrehmanschette in der Höhe des Tuberculum majus, rechts ausgeprägter, mit deutlicher subacromialer Verkalkungsformation, während links nur eine Verdickung der knöchernen Grenzlamelle am Tuberculum majus besteht. Im Ultraschallbild ist beidseits die Schulterdrehmanschette etwas aufgewulstet nachweisbar. Eine Rissbildung findet sich auf beiden Seiten nicht.

Aus diesen Befunden ist zu ersehen, dass Veränderungen, die zu den von der Klägerin angegebenen Beschwerden führen können, nicht nur an der verletzten Schulter, sondern ebenso, teilweise sogar stärker, auch an der nicht verletzten Schulter zu finden sind. Insbesondere die Hohlhandbeschwielung ist ein Beweis dafür, dass auch der linke Arm einschließlich Schultergelenk nicht geschont wird. Eine Fehlstellung der linken Schulter oder Zeichen einer Glenohumeralarthrose oder der Tuberculum-majus-Fissur sind nicht mehr festzustellen. Dass es bei der Klägerin lediglich zu einer fissuralen Fraktur gekommen ist, hat bereits Dr. K. am 24.08.1995 festgestellt.

Zu einer rezidivierenden Schultergelenksinstabilität ist es, so Dr. W., nicht gekommen. Auch liegt keine relevante Schulterbewegungseinschränkung mehr

vor. Bei den jetzigen Schultergelenksbeschwerden beidseits handelt es sich um Ansatzreizungen der Schulterdrehmanschette ohne relevante Bewegungseinschränkung, ohne Instabilität, wobei der Reizzustand objektiv rechts ausgeprägter als links ist. Insgesamt beweisend für eine fehlende verbliebene Funktionsbehinderung ist, wie Dr. W. betont, der Ausschluss von Muskelminderung am linken Schultergürtelbereich und am linken Arm. Die Umfangmaße des rechten und linken Armes waren gleich. Insbesondere ist auch darauf hinzuweisen, dass im Messblatt, das Dr. G. ihrem Gutachten vom 15.07.2003 beigefügt hat, eine Beweglichkeit der linken Schulter über die Horizontale nachgewiesen ist. Dies bedeutet eine nur endgradige Einschränkung der Beweglichkeit. Dr. G. hat in der Stellungnahme vom 29.09.2001 die Schultergürtelmuskulatur als atrophisch bezeichnet. Daraus lässt sich, so Prof. Dr. H., eine Muskelminderung, die durch Bewegungseinschränkung erklärbar wäre, nicht ableiten. Zudem hat Dr. G. die von Dr. W. beschriebenen Veränderungen an der unverletzten rechten Schulter nicht berücksichtigt, die gegen einen Kausalzusammenhang der Veränderungen an der linken Schulter mit dem Unfall sprechen. Sie hat die Angabe der Klägerin, sie habe vor dem Unfall keine Schulterbeschwerden gehabt, unkritisch übernommen, obwohl sich aus dem Bericht des Dr. R. vom 31.05.2002 ergibt, dass die Klägerin bereits 1992 unter Beschwerden im Bereich der rechten Schulter klagte und sich dort bereits eine Kalkeinlagerung zeigte. Die Klägerin neigt, wie Dr. W. betont, offenbar zu derartigen Erkrankungen.

Dr. W. Befunde und Schlussfolgerungen werden bestätigt von Dr. B. und von Prof. Dr. H. Insbesondere Prof. Dr. H. hat überzeugend darauf hingewiesen, dass die Engpasssymptomatik unfallunabhängig ist, da ein Rotatorenriss sonographisch ausgeschlossen ist. Zwar kann es bei Schulterverrenkungen zu Intervallrissen und damit zur Beteiligung der Rotatorenmanschette kommen; hier ist aber anstelle der Intervallverletzung eine Fissur am Tuberculum majus entstanden, die, nachdem eine Verschiebung nicht vorlag, völlig ausgeheilt ist. Auch Prof. Dr. H. weist darauf hin, dass die Schulter-eckgelenksarthrose in Hinblick darauf, dass sie beidseits besteht, nicht als unfallbedingt zu werten ist. Schultereckgelenksarthrosen sind in aller Regel Verschleißerscheinungen und können, so Prof. Dr. H., nur dann als Unfallfolgen gewertet werden, wenn eine Zerreissung im Schultereckgelenk bestanden hätte. Nicht überzeugen kann dagegen die Auffassung von Dr. G., dass es zu einer Bänderdehnung im Schultergelenk links gekommen sei. Wie Prof. Dr. H. betont, ist eine Dehnung in Kombination mit einer Schulterverrenkung pathophysiologisch unwahrscheinlich.

Die am 15.03.1996 erstmals dokumentierten Schmerzen an der linken Hüfte können mit dem Unfall in keinen Zusammenhang gebracht werden. Zum einen hat Dr. K. im Durchgangsarztbericht vom 10.02.1995 eine Verletzung der linken Hüfte nicht erwähnt, ebenso nicht die Klägerin in der Unfallanzeige vom 23.08.1995. Es ist auch, wie Prof. Dr. H. erachtet, unwahrscheinlich, dass eine Prellung des Beckens vorgelegen hätte, denn eine Prellung oder eine Verletzung der Kreuz-Darmbeinfuge, wie sie Dr. G. annimmt, hätten dazu geführt, dass die Klägerin nach dem Unfall nicht gehfähig gewesen wäre. Eine Prellung des Beckens mit konsekutiver Verschiebung, Blockierung und Instabilität in der Kreuz-

Darmbeinfuge kann daher, wie Prof. Dr. H. betont, dem Unfallereignis nicht kausal zugeordnet werden.

Folgenlos ausgeheilt ist auch die Zerrung des linken Knies. Dr. G. hat eingeräumt, dass die festgestellte horizontale Innenmeniskusläsion degenerativer Art sein könnte. Dies hat Prof. Dr. H. näher erläutert. Die radiologisch festgestellte Verschmälerung des medialen Gelenkspaltes ist ein Hinweis auf eine Arthrose. Arthrosen führen zum Aufbrauch der Menisken, so dass es zu einer Innenmeniskusläsion gekommen ist in Kombination mit einer chronisch-degenerativen vorderen Kreuzbandläsion; das heißt, dass die Knieveränderungen nicht Unfallfolgen sind.

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: 03.05.2004

Zuletzt verändert am: 22.12.2024