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 KlÃ¤gerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Augsburg vom 11.12.2001 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. AuÃergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die 1937 geborene KlÃ¤gerin stÃ¼rzte am 04.01.1995 im Treppenhaus.

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

Der Arbeitgeber der KlÃ¤gerin, ihr Ehemann, gab an, sie sei vom 04.01.1995 bis 15.02.1995 arbeitsunfÃ¤hig gewesen. Am 24.08.1995 stellte Dr. K. die Diagnosen: Prellung des rechten Kniegelenks, der linken GroÃzehe, 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 eingeschrÃ¤nkt gewesen. Von seiten des Kniegelenkes, der GroÃzehe und des Daumens sei die KlÃ¤gerin beschwerdefrei gewesen. Im Bericht vom 15.03.1996 erwÃ¤hnte Dr. K. , die KlÃ¤gerin gebe noch Schmerzen in der Schulter und an der linken HÃ¼fte an. Die Beweglichkeit im HÃ¼ftgelenk sei seitengleich, bei Drehbewegung SchmerzverstÃ¤rkung. Am Trochanter major links fÃ¤nden sich VerÃ¤nderungen im Sinne einer Bursitis, die jedoch auch rechts nachweisbar seien. Er diagnostizierte eine Bursitis trochanterica links bei Zustand nach Prellung des Oberschenkels und des HÃ¼ftgelenkes.

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 gewÃ¤hren.

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 hÃ¶chst unwahrscheinlich, dass der Unfall dauernde Verletzungsfolgen rentenrelevantem AusmaÃes hinterlassen habe. Immerhin habe die Behandlung bereits am 13.04.1995 abgeschlossen werden kÃ¶nnen.

Mit Bescheid vom 17.02.2000 lehnte die Beklagte die GewÃ¤hrung einer Rente ab, ein Anspruch auf Heilbehandlung bleibe bestehen. Als Folgen des Arbeitsunfalles wurden anerkannt: Folgenlos ausgeheilte Verrenkung der linken Schulter mit Haarrissbruch des grÃ¶Ãeren HÃ¶ckers seitlich des linken Oberarmknochens, folgenlos ausgeheilte Prellungen des rechten Kniegelenkes, des linken Daumens und der linken GroÃzehe.

Den Widerspruch der KlÃ¤gerin vom 22.02.2000 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 10.07.2000 zurÃ¼ck.

Zur BegrÃ¼ndung der Klage hat die KlÃ¤gerin 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 KlÃ¤gerin sei seit 1978, zuletzt am 18.04.2000, in seiner gelegentlichen ambulanten Behandlung. Sie klage Ã¼ber multiple Gelenkschmerzen, zeitweise Schmerzen in der Herzgegend, Menopausenprobleme. Im Januar 1995 sei es zu einer Schulterluxation gekommen.

Der vom SG zum Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen ernannte OrthopÃ¤de Dr. W. hat im Gutachten vom 23.11.2000 ausgefÃ¼hrt, 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 InstabilitÃ¤t und ohne relevante SchulterbewegungseinschrÃ¤nkung. Bei den jetzigen Schultergelenksbeschwerden handle es sich um Ansatzreizungen der Schulterdrehmanschette, wobei der Reizzustand rechts ausgeprÃ¤gter als links

sei. Bei groÃzÃ¼giger Betrachtungsweise habe eine MdE von 20 v.H. ab Unfalltag fÃ¼r sechs Monate vorgelegen. Danach bestehe keine rentenberechtigende MdE mehr. Die Prellungen an der HÃ¼fte, dem Kniegelenk, dem Daumen und der GroÃzehe seien nach sechs Wochen erwartungsgemÃ¤Ã abgeheilt gewesen. Dies werde auch von Dr. K. am 24.08.1995 und am 15.03.1996 bestÃ¤tigt. Eine MdE in rentenberechtigendem Grad sei wegen dieser Unfallfolgen nicht gegeben. Im Ãbrigen bestehe an beiden Tro- chantern eine Ansatzsehnenreizung am groÃen RollhÃ¼gel, die nicht unfallbedingt sei. Dieses Krankheitsbild sei auch in Zusammenhang mit der Ansatzendopathie der Schultergelenke beidseits zu sehen. Die KlÃ¤gerin neige offenbar zu derartigen Erkrankungen.

Mit Schreiben vom 21.12.2000 hat die Beklagte sich bereit erklÃ¤rt, der KlÃ¤gerin unter AbÃ¤nderung des Bescheides vom 17.02. 2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.07.2000 Rente nach einer MdE in HÃ¶he von 20 v.H. fÃ¼r die Zeit vom 15.02.1995 bis 30.08.1995 zu gewÃ¤hren.

Die KlÃ¤gerin hat ein Gutachten der OrthopÃ¤din Dr. G. vom 29.09.2001 Ã¼bersandt, in dem Frau Dr. G. ausgefÃ¼hrt hat, bei dem Arbeitsunfall sei es zu einer Verrenkung/Luxation der linken Schulter mit Fraktur des Tuberculum majus, einer Prellung des groÃen RollhÃ¼gels links, einer Prellung des linken Kniegelenkes mit InnenmeniskuslÃ¤sion und einer Verschiebung/ Blockierung an der Kreuz-Darmbeinfuge/Ileosakralgelenk gekommen. Es bestÃ¼nden weiterhin eine erhebliche schmerzhafte BewegungseinschrÃ¤nkung im Schultergelenk mit Kraftminderung des Armes, erkennbar an der Atrophie der SchultergÃ¼rtelmuskulatur, und eine Arthrose im Schultereckgelenk, die zu einer deutlichen Engpasssymptomatik gefÃ¼hrt habe, die ihrerseits die wesentliche Ursache fÃ¼r die schmerzhafte BewegungseinschrÃ¤nkung sei. Die Arthrose habe sich als Folge einer unfallbedingten BÃ¤nderdehnung entwickelt. Eine gleichfÃ¶rmige Beschwielung beider HÃ¤nde, 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 ausgefÃ¼hrt, das Gutachten enthalte subjektive Beschwerden und Funktionsschilderungen und keine Ã¼berzeugende Objektivierung eines Unfallzusammenhanges. Die gemessenen BewegungsausmaÃe kÃ¶nnten im Vergleich mit den frÃ¼heren Messungen nicht Ã¼berzeugen. AuÃerdem lasse die Umfangsmessung eine wesentliche VerschmÃ¤chtigung der Schultermuskulatur links nicht erkennen.

Die KlÃ¤gerin hat ein Gutachten des Dr. K. fÃ¼r die A. Versicherung vom 07.06.1996 Ã¼bersandt. Die linke Schulter stehe etwas tiefer als rechts, eine wesentliche VerschmÃ¤chtigung des Ober- und Unterarms sei nicht gegeben, DurchblutungsstÃ¶rungen bestÃ¼nden nicht. Die grobe Kraft bei gekreuztem HÃ¤ndedruck sei seitengleich. Die Beweglichkeit im Schultergelenk sei eingeschrÃ¤nkt mit Druckschmerzhaftigkeit. Die Beweglichkeit im linken HÃ¼ftgelenk sei schmerzhaft endgradig eingeschrÃ¤nkt.

Das Sozialgericht hat mit Gerichtsbescheid vom 11.12.2001 die Beklagte unter AbÃ¤nderung ihres Bescheides vom 17.02.2000 und des Widerspruchsbescheides vom 10.07.2000 verurteilt, der KlÃ¤gerin fÃ¼r die Zeit vom 15.02.1995 bis 03.07.1995 Verletztenrente nach einer MdE in HÃ¶he von 20 v.H. zu zahlen. Im Ãbrigen hat es die Klage abgewiesen. Dabei hat es sich im Wesentlichen auf das Gutachten des Dr. W. gestÃ¼tzt.

Die Beklagte fÃ¼hrte mit Bescheid vom 28.01.2002 den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Augsburg aus.

Mit der Berufung vom 28.01.2002 wendet die KlÃ¤gerin ein, sie habe nach der Luxation und BÃ¤nderdehnung eine dauerhafte Arthrose erlitten. AuÃerdem bestÃ¼nden eine deutliche Atrophie der SchultergÃ¼rtelmuskulatur mit schmerzhafter BewegungseinschrÃ¤nkung, ein deutlicher Druckschmerz am Schultereckgelenk und eine entsprechende Kraftminderung des Armes sowie eine deutliche Engpasssymptomatik am Schultergelenk.

Der OrthopÃ¤de Dr. R. Ã¤uÃerte 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 KlÃ¤gerin Ã¼ber eine Schulterluxation links berichtet. Es habe ein Druckschmerz Ã¼ber dem Tuberculum majus bestanden, insgesamt schmerzhaft eingeschrÃ¤nkte Beweglichkeit.

Die auf Antrag der KlÃ¤gerin gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG zur Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen ernannte OrthopÃ¤din Dr. G. fÃ¼hrte im Gutachten vom 15.07.2003 aus, bei der KlÃ¤gerin 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 Schultergelenkes, weiter zu einer Prellung des linken Beckens mit konsekutiver Verschiebung/Blockierung und InstabilitÃ¤t in der Kreuz-Darmbeinfuge und zu einer Distorsion des linken Kniegelenks mit InnenmeniskuslÃ¤sion gekommen. Die KlÃ¤gerin 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 Schultergelenk hervorzurufen. Die heutigen Beschwerden seien nicht anlagebedingt. Die Engpasssymptomatik mit AC-Gelenksarthrose fÃ¼hre zu einer sehr schmerzhaften BewegungseinschrÃ¤nkung der Schulter. Bei der Beckenprellung sei es sehr wahrscheinlich zu einer Verschiebung im Ileosakralgelenk gekommen, die zu einer stÃ¤ndigen Muskelansatzreizung am Tuber- culum majus des Oberschenkels gefÃ¼hrt habe und auf die die jetzigen Beschwerden und die Gangunsicherheit zurÃ¼ckzufÃ¼hren seien. Es handle sich nicht um eine anlagebedingte Erkrankung. Bei den Kniebeschwerden sei ein kausaler Zusammenhang nicht sicher nachweisbar. Sie kÃ¶nnten auch auf degenerativen Ursachen beruhen. Die MdE von 20 v.H. sei dauerhaft zu gewÃ¤hren, 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 kÃ¶nne es zu Intervallrissen, das heiÃt zur Beteiligung der Rotatorenmanschette, kommen und damit zu einer Engpasssymptomatik. Da hier aber anstelle der Intervallverletzung eine Fissur entstanden sei, die vÃ¶llig 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, hierfÃ¼r spreche auch das Alter der KlÃ¤gerin. Schultereckgelenksarthrosen seien in aller Regel VerschleiÃerscheinungen und kÃ¶nnten 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 wÃ¤re die KlÃ¤gerin nach dem Unfall nicht gehfÃ¤hig gewesen. Die von Dr. G. als Folgen angenommene Verschiebung, Blockierung und InstabilitÃ¤t kÃ¶nnten daher nicht dem Unfallereignis zugeordnet werden. Die Zerrung des linken Knies sei folgenlos ausgeheilt. Die radiologisch festgestellte VerschmÃ¤lerung des medialen Gelenkspalts sei ein Hinweis auf eine Arthrose, die, wie zu erwarten, zu einer InnenmeniskuslÃ¤sion gefÃ¼hrt habe, in Kombination mit einer chronisch-degenerativen vorderen KreuzbandlÃ¤sion. Unfallfolgen lÃ¤gen hier nicht vor. Im Messblatt sei eine Beweglichkeit der Schulter Ã¼ber die Horizontalbeweglichkeit nachgewiesen. Es resultiere also nur eine endgradige EinschrÃ¤nkung der Beweglichkeit. Eine Minderung der Muskulatur am linken Oberarm habe Dr. G. im Gutachten vom 29.09.2001 nicht angegeben. Mit der ErklÃ¤rung im Gutachten vom 15.07.2003, die linke SchultergÃ¼rtelmuskulatur erscheine atrophisch, lasse sich eine Muskelminderung nicht begrÃ¼nden. Eine MdE rentenberechtigenden Grades kÃ¶nne bei einer lediglich endgradigen EinschrÃ¤nkung der Beweglichkeit der Schulter nicht begrÃ¼ndet werden.

Die KlÃ¤gerin stellt den Antrag aus dem Schriftsatz vom 28.01.2002.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

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

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulÃ¤ssig, sachlich aber nicht begrÃ¼ndet.

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 Ã¼ber einen daraus resultierenden Leis- tungsanspruch vor dem 01.01.1997 zu entscheiden gewesen wÃ¤re (Â§Â§ 212, 214 Abs.3 SGB VII i.V.m. Â§ 580 RVO).

Die KlÃ¤gerin hat unstreitig am 04.01.1995 einen Arbeitsunfall (Â§Â§ 548 Abs.1, 543

bis 545 RVO) erlitten. Eine MdE von mindestens 20 v.H. der Vollrente, die Voraussetzung fÃ¼r einen Anspruch auf Verletztenrente wÃ¤re, liegt aber Ã¼ber den 03.07.1995 hinaus nicht vor. Das hat der Ã¤rztliche SachverstÃ¤ndige Dr. W. im Klageverfahren im Gutachten vom 23.11.2000 Ã¼berzeugend erlÃ¤utert.

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 grÃ¶Ãeren HÃ¶ckers seitlich des linken Oberarmknochens, folgenlos verheilte Prellungen der linken HÃ¼fte, des linken Kniegelenkes, des rechten Daumens und der linken GroÃzehe. Dagegen hat die Beklagte zu Recht die Anerkennung der chronischen Bursitis an den RollhÃ¼geln der beiden HÃ¼ftgelenke, der AufbrauchverÃ¤nderungen in beiden Schultergelenken, der chronischen Ansatzreizung der Schulterdrehmanschette in HÃ¶he des Tuberculum majus, rechts stÃ¤rker als links, als Unfallfolgen abgelehnt.

Bei dem Sturz hat sich, wie Dr. W. Ã¼berzeugend dargelegt hat, die KlÃ¤gerin eine Verrenkung der linken Schulter zugezogen. Ein nennenswerter Folgeschaden ist nicht mehr gegeben. DafÃ¼r sprechen die bei der Untersuchung durch Dr. W. erhobenen Befunde. An beiden Schultern war in HÃ¶he des Schulterdrehmanschettenansatzes, und zwar rechts ausgeprÃ¤gter 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 BewegungseinschrÃ¤nkungen waren im Seitenvergleich nicht feststellbar. Es bestand auch keine Muskelminderung im Bereich der linken oder rechten oberen ExtremitÃ¤t im Vergleich zur Gegenseite; auch im SchultergÃ¼rtelbereich lag beidseits keine Muskelminderung vor. Die Hohlhandbeschwielung war seitengleich identisch. Die RÃ¶ntgenaufnahmen weisen beidseits Zeichen fÃ¼r AufbrauchverÃ¤nderungen der Schultereckgelenke auf. DarÃ¼ber hinaus bestehen Zeichen der chronischen Ansatzreizung der Schulterdrehmanschette in HÃ¶he des Tuberculum majus, rechts ausgeprÃ¤gter, mit deutlicher subacromialer Verkalkungsformation, wÃ¤hrend links nur eine Verdickung der knÃ¶chernen 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 VerÃ¤nderungen, die zu den von der KlÃ¤gerin angegebenen Beschwerden fÃ¼hren kÃ¶nnen, nicht nur an der verletzten Schulter, sondern ebenso, teilweise sogar stÃ¤rker, auch an der nicht verletzten Schulter zu finden sind. Insbesondere die Hohlhandbeschwielung ist ein Beweis dafÃ¼r, dass auch der linke Arm einschlieÃlich 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 KlÃ¤gerin lediglich zu einer fissuralen Fraktur gekommen ist, hat bereits Dr. K. am 24.08.1995 festgestellt.

Zu einer rezidivierenden SchultergelenksinstabilitÃ¤t ist es, so Dr. W. , nicht gekommen. Auch liegt keine relevante SchulterbewegungseinschrÃ¤nkung mehr

vor. Bei den jetzigen Schultergelenksbeschwerden beidseits handelt es sich um Ansatzreizungen der Schulterdrehmanschette ohne relevante BewegungseinschrÃ¤nkung, ohne InstabilitÃ¤t, wobei der Reizzustand objektiv rechts ausgeprÃ¤gter als links ist. Insgesamt beweisend fÃ¼r eine fehlende verbliebene Funktionsbehinderung ist, wie Dr. W. betont, der Ausschluss von Muskelminderung am linken SchultergÃ¼rtelbereich und am linken Arm. Die UmfangmaÃe des rechten und linken Armes waren gleich. Insbesondere ist auch darauf hinzuweisen, dass im Messblatt, das Dr. G. ihrem Gutachten vom 15.07.2003 beigefÃ¼gt hat, eine Beweglichkeit der linken Schulter Ã¼ber die Horizontale nachgewiesen ist. Dies bedeutet eine nur endgradige EinschrÃ¤nkung der Beweglichkeit. Dr. G. hat in der Stellungnahme vom 29.09.2001 die SchultergÃ¼rtelmuskulatur als atrophisch bezeichnet. Daraus lÃ¤sst sich, so Prof. Dr. H. , eine Muskelminderung, die durch BewegungseinschrÃ¤nkung erklÃ¤rbar wÃ¤re, nicht ableiten. Zudem hat Dr. G. die von Dr. W. beschriebenen VerÃ¤nderungen an der unverletzten rechten Schulter nicht berÃ¼cksichtigt, die gegen einen Kausalzusammenhang der VerÃ¤nderungen an der linken Schulter mit dem Unfall sprechen. Sie hat die Angabe der KlÃ¤gerin, sie habe vor dem Unfall keine Schulterbeschwerden gehabt, unkritisch Ã¼bernommen, obwohl sich aus dem Bericht des Dr. R. vom 31.05.2002 ergibt, dass die KlÃ¤gerin bereits 1992 unter Beschwerden im Bereich der rechten Schulter klagte und sich dort bereits eine Kalkeinlagerung zeigte. Die KlÃ¤gerin neigt, wie Dr. W. betont, offenbar zu derartigen Erkrankungen.

Dr. W. Befunde und Schlussfolgerungen werden bestÃ¤tigt von Dr. B. und von Prof. Dr. H â¦ Insbesondere Prof. Dr. H. hat Ã¼berzeugend darauf hingewiesen, dass die Engpasssymptomatik unfallunabhÃ¤ngig 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, vÃ¶llig 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 VerschleiÃerscheinungen und kÃ¶nnten, so Prof. Dr. H. , nur dann als Unfallfolgen gewertet werden, wenn eine Zerreissung im Schultereckgelenk bestanden hÃ¤tte. Nicht Ã¼berzeugen kann dagegen die Auffassung von Dr. G. , dass es zu einer BÃ¤nderdehnung 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 HÃ¼fte kÃ¶nnen mit dem Unfall in keinen Zusammenhang gebracht werden. Zum einen hat Dr. K. im Durchgangsarztbericht vom 10.02.1995 eine Verletzung der linken HÃ¼fte nicht erwÃ¤hnt, ebenso nicht die KlÃ¤gerin in der Unfallanzeige vom 23.08.1995. Es ist auch, wie Prof. Dr. H. erlÃ¤utert, unwahrscheinlich, dass eine Prellung des Beckens vorgelegen hÃ¤tte, denn eine Prellung oder eine Verletzung der Kreuz-Darmbeinfuge, wie sie Dr. G. annimmt, hÃ¤tten dazu gefÃ¼hrt, dass die KlÃ¤gerin nach dem Unfall nicht gehfÃ¤hig gewesen wÃ¤re. Eine Prellung des Beckens mit konsekutiver Verschiebung, Blockierung und InstabilitÃ¤t 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 eingerÃ¤umt, dass die festgestellte horizontale InnenmeniskuslÃ¤sion degenerativer Art sein kÃ¶nne. Dies hat Prof. Dr. H. nÃ¤her erlÃ¤utert. Die radiologisch festgestellte VerschmÃ¤lerung des medialen Gelenkspaltes ist ein Hinweis auf eine Arthrose. Arthrosen fÃ¼hren zum Aufbrauch der Menisken, so dass es zu einer InnenmeniskuslÃ¤sion gekommen ist in Kombination mit einer chronisch-degenerativen vorderen KreuzbandlÃ¤sion; das heiÃt, dass die KnieverÃ¤nderungen nicht Unfallfolgen sind.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision gemÃ¤Ã Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG liegen nicht vor.

Erstellt am: 03.05.2004

Zuletzt verändert am: 22.12.2024