S 41 U 445/01

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 41 U 445/01
Datum	24.09.2003

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 28/04
Datum	08.09.2004

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 24.09.2003 wird zu- rÃ¼ckgewiesen.
II. AuÃ□ergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die 1942 geborene KlÃ¤gerin begehrt die EntschÃ¤digung von Folgen des Arbeitsunfalls vom 12.01.2000.

Der Durchgangsarzt, der Unfallchirurg Prof.Dr.von G. , berichtete am 12.01.2000, die KlÃ¤gerin sei von SanitÃ¤tern in die Klinik eingeliefert worden. Sie habe angegeben, an der Arbeitsstelle gestÃ¼rzt und dabei auf das Kinn gefallen zu sein. Am Kinn befand sich eine Platzwunde. Alle ExtremitÃ¤ten waren frei beweglich. AuÃ□er Schmerzen an den Kiefergelenken wurden nur Schmerzen im Daumengrundgelenk angegeben; die RÃ¶ntgenaufnahme ergab keinen Anhalt fÃ¼r eine knÃ¶cherne Verletzung, dagegen eine Rizarthrose. Prof.Dr.von G. stellte die Diagnosen: Kinnplatzwunde, SchÃ¤delprellung. Ein MRT des SchÃ¤dels vom 28.01.2000 erbrachte keine Anhaltspunkte fÃ¼r intracerebrale Einblutungen. Am

27.01.2000 wurde in der Neurologischen Klinik der Verdacht auf eine Commotio cerebri geÃ¤uÃ□ert, es handele sich um einen Zustand nach Sturz mit Kieferprellung. Der OrthopÃ¤de Dr.A. stellte am 02.03.2000 die Diagnose Rotatorenmanschettenteilruptur links, die er auf den Unfall vom 12.01. 2000 zurÃ¼ckfÃ¼hrte.

In der Unfallanzeige vom 02.05.2000 erklÃ¤rte der Arbeitgeber die KlÃ¤gerin sei aber kurz vor der TÃ¼r gestÃ¼rzt und auf die linke KÃ¶rperhÃ¤lfte 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 verstÃ¤ndigt, der die KlÃ¤gerin ins Krankenhaus gebracht habe. Die KlÃ¤gerin habe angegeben, sich an Kopf, Kiefer und Schulter verletzt zu haben.

Prof.Dr.von G. Ã¤uÃ□erte am 10.05.2000, die KlÃ¤gerin habe am Unfalltag Ã¼ber Schmerzen am Kinn, bei einer Kontrolluntersuchung am 13.01.2000 auch Ã¼ber Schmerzen am linken Unterarm geklagt. Von Schulterschmerzen sei weder zu diesem Zeitpunkt noch bei der Untersuchung am 20.01.2000 die Rede gewesen. Der OrthopÃ¤de Dr.A. habe erklÃ¤rt, dass die KlÃ¤gerin am 17.01., 27.01. und 24.02.2000 in seiner Praxis Injektionen wegen eines HÃ¼ftleidens 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 KlÃ¤gerin habe ihn am 27.01.2000 aufgesucht und Ã¼ber einen Unfall vom 12.01. 2000 berichtet, bei dem sie auf das Kinn gestÃ¼rzt sei.

Ein MRT der linken Schulter vom 16.03.2000 zeigte eine AC-Gelenksdegeneration mit sekundÃ¤rem Impingement. Die Supraspinatussehne war ausgeprÃ¤gt mukoid aufgetrieben mit horizontaler Teilruptur. Eine Muskelretraktion war nicht gegeben. AuÃ□erdem bestanden eine Tenosynovitis der Bizepssehne, Kalkdepots im Sehnenverlauf und ein mÃ¤Ã□iges reaktives KnochenmarkÃ¶dem im Humeruskopf sowie reaktive Bursitis.

Die Kollegin der KlÃ¤gerin, H. R. , gab am 08.08.2000 auf schriftliche Anfrage der Beklagten an, die KlÃ¤gerin 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 Ã¶ffnen kÃ¶nne, weil sie auf das Kinn gefallen sei. Frau R. habe einen Wundverband angelegt.

Am 19.07.2000 wurde die KlÃ¤gerin von Privatdozent Dr.W. in der Chirurgischen Klinik untersucht, der berichtete, die KlÃ¤gerin gebe an, sie sei auf die linke Schulter und das Kinn gestÃ¼rzt. Er diagnostizierte Verdacht auf Supraspinatusruptur. Der OrthopÃ¤de Dr.A. bestÃ¤tigte am 28.08.2000, er habe die KlÃ¤gerin erstmals am 25.02.2000 wegen Schulterschmerzen behandelt; klinisch hÃ¤tten sich keine eindeutigen Zeichen einer Gewalteinwirkung befunden. Schon 1997 hÃ¤tten 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 KlÃ¤gerin lediglich Krankengeld zu gewÃ¤hren, da nach Aussage der behandelnden Ãrzte die Beschwerden nicht auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren seien. Dieses Schreiben Ã¼bersandte die Beklagte der KlÃ¤gerin zur Kenntnisnahme.

Die KlÃ¤gerin erhob hiergegen Widerspruch am 13.09.2000.

Vom 08.10. bis 19.10.2000 wurde die KlÃ¤gerin in der S.klinik Bad E. nach operativer Revision der Supraspinatusruptur am 26.09.2000 behandelt. Im Operationsbericht wurde ausgefÃ¼hrt, 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 spÃ¤testens vier Wochen ausgeheilt gewesen sei. Das weitere Zustandsbild und auch der heutige Befund mit der erheblichen BewegungseinschrÃ¤nkung beruhe auf unfallunabhÃ¤ngigen SchÃ¤den der Schulter vor allem degenerativer Natur. Die KlÃ¤gerin habe angegeben, sie sei auf einen Gullydeckel getreten und deshalb gestÃ¼rzt. Sie habe eine Handtasche zwischen dem linken Arm und dem KÃ¶rper getragen. Beim Sturz sei sie nach vorne gefallen, habe sich mit dem rechten Arm etwas abgestÃ¼tzt, sei aber trotzdem auf die Vorderseite der linken Schulter gefallen, wÃ¤hrend sie gleichzeitig die Tasche eingeklemmt getragen habe.

Im Gutachten vom 18.04.2001 erklÃ¤rte der Arzt fÃ¼r physikalische und rehabilitative Medizin Dr.L. , der genaue Unfallmechanismus sei nicht geklÃ¤rt. WÃ¤hrend eine oberflÃ¤chliche Verletzung der rechten Hand sowie eine Kiefergelenksverletzung dokumentiert seien, fehlten aus der ersten Zeit Angaben Ã¼ber eine Verletzung des linken Schultergelenks. Andererseits gebe die KlÃ¤gerin weiterhin an, bereits bei der ersten Vorstellung im Klinikum rechts der Isar erhebliche Beschwerden im gesamten linken Arm einschlieÃlich des Schultergelenks angegeben zu haben. Dies werde von ihrem Sohn bestÃ¤tigt. Es sei ihr jedoch nur eine Unterarmschiene angelegt worden, die Beschwerden im Schultergelenk seien nicht weiter verfolgt worden. Der nach MRT-Diagnostik geÃ¤uÃerte Verdacht auf Ruptur der Supraspinatussehne habe sich bei der am 26.09.2000 durchgefÃ¼hrten Operation bestÃ¤tigt. Zweifellos mÃ¼sse bei der 58-jÃ¤hrigen KlÃ¤gerin von einem gewissen AusmaÃ degenerativer VorschÃ¤digung am Schultergelenk ausgegangen werden. Die Tatsache, dass die KlÃ¤gerin einmalig 1997 Ã¼ber Schultergelenksbeschwerden geklagt habe, stelle noch keinen Beweis fÃ¼r erhebliche degenerative VerÃ¤nderungen dar. Somit fehle bis zum Unfallzeitpunkt jegliche ernsthafte Symptomatik. Im Gegensatz dazu habe nach dem Unfall eine massive Schmerzsymptomatik und erhebliche BewegungseinschrÃ¤nkung bestanden. Die Ã¤uÃere Einwirkung vom 12.01.2000 mÃ¼sse zumindest als wesentliche Teilursache der GesundheitsschÃ¤digung gewertet werden, da eine anderweitige ErklÃ¤rung fÃ¼r die nach dem Unfall

bestehende Symptomatik fehle. Nach ausgesprochen protrahiertem Verlauf sei eine weitere Besserung im Laufe der nÃ¤chsten sechs bis neun Monate zu erwarten.

GegenÃ¼ber der Beklagten erklÃ¤rte die KlÃ¤gerin, sie habe beim Sturz den linken Arm abgewinkelt am KÃ¶rper gehalten, die linke Hand habe sich auf dem Brustbein befunden. Sie sei mit der Schulter auf die etwas erhabene Kante des Gullydeckels gestÃ¼rzt.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 31.05.2001 zurÃ¼ck. Das Ereignis vom 12.01.2000 sei nicht geeignet, eine SchÃ¤digung der Rotatorenmanschette zu verursachen. Es sei lediglich die Gelegenheit gewesen, bei der die degenerativen VerÃ¤nderungen zum Vorschein gekommen seien.

Zur BegrÃ¼ndung der Klage vom 27.06.2001 hat die KlÃ¤gerin ausgefÃ¼hrt, sie habe am 12.01.2000 die GaststÃ¤tte durch den Hintereingang betreten wollen. Sie habe in der linken Hand eine Tasche getragen und diese zwischen Arm und Brustbein eingeklemmt. Im Hof der GaststÃ¤tte sei sie mit dem rechten FuÃ an einem etwas erhÃ¶ht liegenden Gullydeckel hÃ¤ngen geblieben und zuerst mit der linken Schulter seitwÃ¤rts zu Boden gefallen, danach sei sie mit dem Kinn aufgeschlagen, die rechte Hand habe sich am Boden abgestÃ¼tzt. Bereits bei der Erstversorgung durch Frau R. habe sie diese gebeten, den linken Arm nicht zu berÃ¼hren, 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 kÃ¶nnen. Bei der an diesem Tag stattfindenden Nachuntersuchung sei der linke Unterarm geschient worden, weitere MaÃnahmen seien nicht veranlasst worden. Die Schmerzen an Arm und Schulter seien immer stÃ¤rker 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. Ã¼berwiesen 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 hÃ¤tten sich keine wesentlichen degenerativen VerÃ¤nderungen des Schultergelenks gezeigt. Die KlÃ¤gerin sei vor dem Unfall lediglich einmal im MÃ¤rz 1997 wegen Schultergelenksbeschwerden behandelt worden, die jedoch vollstÃ¤ndig abgeklungen gewesen seien. Der Unfall sei ursÃ¤chlich fÃ¼r die GesundheitsschÃ¤digung der linken Schulter.

Im Gutachten fÃ¼r die N. Versicherung am 17.09.2001 hat Prof.Dr.K. ausgefÃ¼hrt, durch den Unfall vom 12.01.2000 sei es zu einem Riss der Rotatorenmanschette gekommen. Allerdings hÃ¤tten auch degenerative VerÃ¤nderungen vorgelegen, die auf 20 % eingeschÃ¤tzt wÃ¼rden. 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 zurÃ¼ckgezogen gewesen. Vor dem Unfall habe die KlÃ¤gerin den Arm problemlos bewegen kÃ¶nnen. Daher werde von einer traumatischen Rissbildung ausgegangen. Die KlÃ¤gerin sei fÃ¼r mehr als sechs Monate zu mehr als 50 % in ihrer

LeistungsfÃ¤higkeit beeintrÃ¤chtigt.

Der vom SG zum Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen ernannte OrthopÃ¤de Dr.F. hat im Gutachten vom 05.06.2002 ausgefÃ¼hrt, gegen einen Zusammenhang zwischen dem Suprapsinatussehnenteilriss und dem Unfall vom 12.01.2000 sprÃ¤chen der ungeeignete Unfallhergang, die vÃ¶llig fehlende Erstsymptomatik, das Beginnen des Beschwerdebildes sechs Wochen nach dem Unfall, die im ersten Kernspin beschriebenen degenerativen VerÃ¤nderungen des Schultereckgelenks und die intraoperativ im Oktober 2000 gesicherte frische Verletzung der Supraspinatussehne, die, wenn sie neun Monate vorher abgelaufen wÃ¤re, mit Sicherheit nicht mehr als frisch hÃ¤tte bezeichet werden kÃ¶nnen. Bei dem Unfall sei es zu einem direkten Anpralltrauma gekommen; selbst eine schwerwiegende Prellverletzung hÃ¤tte nicht zu einer BinnenlÃ¤sion der Supraspinatussehne fÃ¼hren kÃ¶nnen, da diese vor direkten Einwirkungen gut geschÃ¼tzt sei. Die Ãrzte der Chirurgischen Klinik hÃ¤tten bestÃ¤tigt, dass die KlÃ¤gerin 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 Schultereckgelenksdegeneration stelle eine VerÃ¤nderung dar, die als ursÃ¤chlich fÃ¼r die Entstehung von LÃ¤sionen der Supraspinatussehne gelte. Durch die Schultereckgelenksarthrose entwickele sich ein Engpassyndrom mit Einengung des Raumes unter der SchulterhÃ¶he, das ausdrÃ¼cklich im Kernspin beschrieben sei. Prof.Dr.K. habe im Gutachten vom 17.09.2001 Ã¼bersehen, dass der Sturz die Rissbildung der Rotatorenmanschette nicht habe verursachen kÃ¶nnen und dass die KlÃ¤gerin den Arm nicht nur vor dem Unfall, sondern auch unmittelbar nach dem Unfall habe problemlos bewegen kÃ¶nnen.

Die KlÃ¤gerin hat im Schreiben vom 19.07.2002 Frau K. W. als Zeugin dafÃ¼r 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 Ã¼bersandt, in dem ausgefÃ¼hrt wird, durch eine Schockreaktion kÃ¶nne das Drop-Arm-PhÃ¤nomen bis zu sechs Stunden verzÃ¶gert auftreten. Im Ãbrigen hÃ¤tten die behandelnden Kollegen eine Dokumentation schulterspezifisch nicht direkt durchgefÃ¼hrt. Auch die Kernspintomographie sei vereinbar mit einer Ruptur am 12.01.2000, im Hinblick auf Retraktionsgrad, Muskulaturbeschaffenheit und KnochenmarkÃ¶dem. Die degenerativen Prozesse kÃ¶nnten nicht allein fÃ¼r die Rissbildung verantwortlich gemacht werden, da insbesondere vor dem Unfall nichts Derartiges geschildert werde und auch die rechte Seite keine diesbezÃ¼glichen Probleme aufweise. BezÃ¼glich der histologischen Begutachtung sollte die Aussage dahingehend interpretiert werden, dass die SehnenrÃ¤nder dem Unfallereignis zugeordnet wÃ¼rden und das Wort frisch nicht einem erneuten Ereignis zugeordnet wÃ¼rde. Durch die Einklemmung der Handtasche habe ein Hebelmechanismus zur Auswirkung kommen kÃ¶nnen.

In der Stellungnahme vom 02.08.2002 hat Dr.F. erklÃ¤rt, 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 ExtremitÃ¤ten frei beweglich gewesen und keine weiteren Schmerzen angegeben worden seien. Selbst wenn die KlÃ¤gerin sofort nach dem Unfall nicht in der Lage gewesen sei, die Schulter zu bewegen, so kÃ¶nne dennoch aufgrund des fÃ¼r eine Binnentraumatisierung des Schultergelenks vÃ¶llig fehlenden geeigneten Unfallmechanismus ein Zusammenhang nicht hergestellt werden.

Der BevollmÃ¤chtigte der KlÃ¤gerin 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 KlÃ¤gerin den Arm nicht bewegen kÃ¶nnen.

Der auf Antrag der KlÃ¤gerin gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG zum Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen ernannte Dr.K. hat im Gutachten vom 22.04.2003 ausgefÃ¼hrt, die KlÃ¤gerin habe angegeben, sie sei Ã¼ber einen Gullydeckel gestolpert und Ã¼ber 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 unmÃ¶glich gewesen sei. Denkbar wÃ¤re, dass der Aufschlag auch als EinwÃ¤rtsdrehung mit Hebelmechanismus Ã¼ber die Handtasche zu einer strukturellen SehnenschÃ¤digung hÃ¤tte fÃ¼hren kÃ¶nnen. Im Aufnahmebefund sei nur Ã¼ber eine allgemeine freie Gelenkbeweglichkeit berichtet, eine exakte PrÃ¼fung aber nicht dokumentiert. Schmerzen hÃ¤tten subjektiv erst am Folgetag bestanden, weil der Arm primÃ¤r geschont worden sei und die Symptomatik durch die Commotio und die Kopfverletzungen Ã¼berlagert gewesen sei. Vor dem Unfall hÃ¤tten keine EinschrÃ¤nkungen an der Schulter bestanden, der Arm sei belastbar gewesen. Die rechte Schulter zeige keinerlei VerÃ¤nderungen. Es sei nicht geklÃ¤rt, ob eine Schultereckgelenksarthrose zu einer Sehnenrissbildung fÃ¼hren kÃ¶nne. Die kernspintomographische Aufnahme vom 16.03. 2002 zeige eine Teilruptur der Supraspinatussehne ohne Muskelretraktion oder Atrophie mit reaktivem KnochenmarkÃ¶dem. Dies sei ein Zeichen eines frischen Sehneneinrisses und korreliere zeitlich mit dem Unfallereignis. Die intraoperative Gewebeentnahme neun Monate nach dem Unfall entspreche einer SehnenschÃ¤digung, die Monate zurÃ¼ckliege. Als frisch im Sinne von ein paar Wochen kÃ¶nne der Befund nicht gewertet werden, da keine Blutungsreste vorlÃ¤gen. Der makroskopische Befund vom 26.09. 2000 beschreibe, dass die Sehne einerseits nicht frisch aufgefranst vorgelegen habe, andererseits nicht typisch degenerativ. Somit sprÃ¤chen alle Befunde fÃ¼r eine traumatische SchÃ¤digung 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 ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 31.07.2003 hat Dr.F. darauf hingewiesen, einer der in der Standardliteratur aufgezÃ¤hlten geeigneten Verletzungsmechanismen werde von der KlÃ¤gerin auch im Schriftsatz vom 02.10.2002 nicht geschildert. Die Tatsache der vÃ¶llig fehlenden Erstsymptomatik werde nicht berÃ¼hrt. Von Dr.K. werde im Gutachten vom 22.04.2003 erneut ein Unfallmechanismus bestÃ¤tigt, der nicht geeignet sei, die Rotatorenmanschette zu verletzen. Andererseits vermute Dr.K. einen Hebelmechanismus; solche reinen MutmaÃungen seien nicht nachzuvollziehen. Selbst bei Annahme eines

Hebelmechanismus seien die Kriterien des geeigneten Verletzungsmechanismus nicht erfÃ¼llt. Dass die nach dem Riss der Rotatorenmanschette immer vorhandene erhebliche FunktionsstÃ¶rung im Sinne einer Pseudoparalyse mit Schmerzmaximum durch Schonung bzw. durch eine Commotio komplett Ã¼berdeckt gewesen sein solle, sei nicht plausibel. Dass vor dem Unfall keine EinschrÃ¤nkungen bestanden hÃ¤tten, spreche nicht gegen den fehlenden Kausalzusammenhang, da vorbestehende degenerative Ãnderungen bis zu einem Ereignis im Regelfall stumm verliefen. Dass nicht gleichzeitig Rissbildungen in beiden Rotatorenmanschetten auftreten mÃ¼ssten, bedÃ¼rfe keiner weiteren Diskussion. GesundheitsstÃ¶rungen entwickel- ten sich im Regelfall nicht symmetrisch. Dr.K. vertrete nicht die wissenschaftliche Lehrmeinung, wenn er bestreite, dass die Schultereckgelenksarthrose gegen eine traumatische RotatorenmanschettenlÃ¤sion spreche. Seine Auffassung sei wissenschaftlich nicht abgesichert. Das KnochenmarkÃ¶dem spreche fÃ¼r eine Anprallverletzung des Schultergelenks, also fÃ¼r einen ungeeigneten Unfallmechanismus, keinesfalls fÃ¼r eine frische Ruptur.

Die KlÃ¤gerin hat dazu am 10.09.2003 ausgefÃ¼hrt, es sei lediglich zu einer Teilruptur der Supraspinatussehne gekommen, so dass nicht die Erstsymptomatik einer vollstÃ¤ndigen Ruptur vorgelegen habe. Der Schluss, das ein direkter Anprall erfolgt sei, sei eine reine MutmaÃung. Dr.F. gehe von der Schilderung in der Unfallanzeige aus, die nicht direkt von der KlÃ¤gerin dargelegt sei. Sowohl Herr M. als auch Frau W. kÃ¶nnten bestÃ¤tigen, dass die KlÃ¤gerin schon kurz nach dem Unfall nicht mehr in der Lage gewesen sei, ihre Schulter zu bewegen. Bis zum Unfallzeitpunkt habe jede Symptomatik einer degenerativen VerÃ¤nderung gefehlt.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 24.09.2003 abgewiesen. Nach den Ã¼berzeugenden AusfÃ¼hrungen des gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen Dr.F. sprÃ¤chen gegen einen Zusammenhang zwischen dem Supraspinatussehnenteilriss und dem Unfall vom 12.01.2000 der ungeeignete Unfallhergang, die fehlende Erstsymptomatik, der Beginn des Beschwerdebildes sechs Wochen nach dem Unfall, die degenerativen VerÃ¤nderungen des Schultereckgelenks, die intra- operativ gesicherte frische Verletzung.

Zur BegrÃ¼ndung der Berufung machte die KlÃ¤gerin geltend, der Unfallhergang sei unzureichend aufgeklÃ¤rt. Sie sei mit dem rechten FuÃ an einem etwas erhÃ¶ht liegenden Gullydeckel hÃ¤ngen geblieben und mit der Schulter seitwÃ¤rts zu Boden gefallen. Da sie in der linken Hand mit angewinkeltem Arm eine Handtasche getragen habe, habe sie sich nicht mit der linken Hand abstÃ¼tzen kÃ¶nnen, sondern sei direkt mit der Schulter auf die Kante eines Gullydeckels gefallen. Aufgrund der Verletzung im Gesichtsbereich habe sie zu bluten begonnen. Dies kÃ¶nne sie bei einer persÃ¶nlichen Befragung zum Unfallhergang bestÃ¤tigen. Ein solcher Unfallhergang sei geeignet, die Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen, habe Dr.K. im Gutachten vom 22.04.2003 bestÃ¤tigt. Zur KlÃ¤rung der Frage, ob der Unfallhergang zu einer SehnenschÃ¤digung fÃ¼hren kÃ¶nne, werde die Einholung eines Ã¤rztlichen Gutachtens beantragt. Bereits unmittelbar nach dem Unfall sei es zur Erstsymptomatik gekommen. Die KlÃ¤gerin habe Schmerzen bei Bewegungen des linken Arms gehabt. Bei der Behandlung in der Unfallchirurgie am 12.01.2000 seien keine Untersuchungen bezÃ¼glich der Schulter

durchgefÃ¼hrt worden, obwohl die KlÃ¤gerin die Schmerzen im Arm bis zur Schulter erwÃ¤hnt habe. Auch bei der Nachuntersuchung am 13.01.2000 habe sie Schmerzen angegeben, der behandelnde Arzt habe aber lediglich die Hand untersucht und gerÃ¶ntgt. Da die Schmerzen immer stÃ¤rker geworden seien, habe sie ihren Hausarzt Dr.L. am 27.01.2000 aufgesucht, der sie an Dr.A. Ã¼berwiesen habe, der die Diagnose Teilruptur der Supraspinatussehne gestellt habe. Degenerative VerÃ¤nderungen seien zum Unfallzeitpunkt noch nicht ausgeprÃ¤gt gewesen. Auch werde von Dr.K. angezweifelt, dass eine Schultereckgelenksarthrose eine Sehnenrissbildung verursachen kÃ¶nne. Er stÃ¼tze sich dabei auf die allgemeine Lehrmeinung. Auch hierzu sei ein SachverstÃ¤ndigengutachten einzuholen. Der histologische Befund sei mit dem Unfallereignis vereinbar. Hierzu sei eine Stellungnahme von Dr.H. von der S. Klinik Bad E. einzuholen.

Die KlÃ¤gerin stellt den Antrag aus dem Schriftsatz vom 30.04.2004 mit der MaÃgabe, dass beantragt wird, ihr Ã¼ber den 31.07.2000 hinaus Verletztengeld und anschlieÃend Rente zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

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

EntscheidungsgrÃ¼nde:

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

Die KlÃ¤gerin hat unstreitig am 12.01.2000 einen Arbeitsunfall (Â§ 8 SGB VII) erlitten. Die festgestellte Rotatorenmanschettenteilruptur ist aber keine Unfallfolge. Der Ã¤rztliche SachverstÃ¤ndige Dr.F. hat im Gutachten vom 05.06.2000 und in den ergÃ¤nzenden Stellungnahmen vom 02.08.2002 und 31.07.2003 Ã¼berzeugend erlÃ¤utert, dass eine MdE wegen der Folgen des Unfalls vom 12.01.2000 auf orthopÃ¤dischem Gebiet nicht verblieben ist.

Die Rotatorenmanschette liegt zwischen dem Oberarmkopf und dem knÃ¶chern bindegewebigen Schulterdach, gebildet von der SchulterhÃ¶he, Acromion, dem Rabenschnabelfortsatz und einem straffen Band, das dazwischen verlÃ¤uft. Sie bildet eine SekundÃ¤rpfanne zwischen Oberarmkopf und SchulterhÃ¶he und kontrolliert die Rollgleitbewegungen des Oberarmkopfes. Die Rotatorenmanschette unterliegt in hohem MaÃe der Degeneration, die ab dem dritten Lebensjahrzehnt beginnt. Untersuchungen ergaben klinisch unauffÃ¤llige Defekte in 25 % bei Ã¼ber 40-JÃ¤hrigen, in 75 % bei Ã¼ber 50-JÃ¤hrigen und bis zu 100 % bei Ã¼ber 60-JÃ¤hrigen. Neben dem traumatischen Riss kÃ¶nnen Rupturen entstehen durch lokale Minderdurchblutungen oder zunehmenden VerschleiÃ der Sehnen durch Abrieb in der Enge des subacromialen Raumes. Dabei handelt es sich um eine StÃ¶rung der Gleitbewegung zwischen dem Oberarmkopf und dem Schulterdach. Jede VerÃ¤nderung des subakromialen Raumes kann zu einem Engpass des

Schultergelenks fÃ¼hren mit degenerativen Erscheinungen einschlieÃlich Teilrupturen, Kalkeinlagerungen, vorzeitigem VerschleiÃ des Schultereckgelenks. Den isolierten ausschlieÃlich 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).

BerÃ¼cksichtigt man die Angaben, die die KlÃ¤gerin zum Unfall gemacht hat, so stolperte sie Ã¼ber einen Gullydeckel und fiel auf die linke Schulter, wÃ¤hrend sie mit dem linken Arm eine Tasche an den KÃ¶rper gepresst hielt. Sie verletzte sich dabei erheblich an Kinn und Kiefergelenk. Die KlÃ¤gerin beschreibt keinen Unfallmechanismus, der geeignet wÃ¤re, eine Belastung auf die Rotatorenmanschette auszuÃ¼ben, die zu einem Sehnenriss fÃ¼hren kÃ¶nnte. Geeignete Verletzungsmechanismen sind Ã¼berfallartige Krafteinwirkungen, massives plÃ¶tzliches RÃ¼ckwÃ¤rtsreiÃen oder HeranfÃ¼hren 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 Krafteinwirkungen durch Sturz, Prellung oder Schlag kÃ¶nnen die Rotatorenmanschette dagegen nicht verletzen, da sie durch SchulterblatthÃ¶he und Deltamuskulatur gut geschÃ¼tzt ist. Ein geeigneter Unfallhergang ist damit, so Dr. F. , nicht bewiesen. Nicht Ã¼berzeugen kann die Argumentation von Dr.K. , der zwar einen direkten Anprallmechanismus annimmt, aber ausfÃ¼hrt, es wÃ¤re denkbar, dass der Aufschlag auch als EinwÃ¤rtsdrehung mit Hebelmechanismus zu einer strukturellen SehnenschÃ¤digung habe fÃ¼hren kÃ¶nnen. Hierbei handelt es sich um eine bloÃe MutmaÃung, die durch keinerlei Tatsachen, auch nicht durch die Schilderung der KlÃ¤gerin, belegt ist.

Zu Recht weist Dr.F. darauf hin, dass Schulterbeschwerden der KlÃ¤gerin in den Erstbefunden der Chirurgischen Klinik nicht dokumentiert sind. Am Unfalltag wurden nur Schmerzen am Kinn geÃ¤uÃert, bei einer Kontrolluntersuchung einen Tag nach der Untersuchung auÃerdem Schmerzen am linken Unterarm. Andererseits bestÃ¤tigte der Durchgangsarzt Prof.Dr.von G. bei der Aufnahme der KlÃ¤gerin am 12.01.2000, dass alle ExtremitÃ¤ten frei beweglich seien und dass auÃer 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 KlÃ¤gerin selbst schildert, nÃ¤mlich, dass sie ihren Hausarzt erst am 27.01.2000 wegen der Schulterschmerzen aufgesucht habe, der sie an die OrthopÃ¤den Dr.A. und Dr.M. Ã¼berwiesen habe. Bei ihnen berichtete die KlÃ¤gerin aber erstmals am 25.02.2000 Ã¼ber Schulterbeschwerden, obwohl sie am 17.01., 27.01. und 24.02.2000 wegen HÃ¼ftbeschwerden in der Praxis behandelt wurde. Auch dies spricht gegen einen erheblichen Schmerzzustand mit Funktionsausfall. Im Ãbrigen treten Beschwerden nach einer traumatischen Supraspinatussehnenruptur mit einem sofortigen Maximum auf, um dann langsam abzuklingen, wÃ¤hrend der umgekehrte Schmerzverlauf, wie er sich aus den Angaben der KlÃ¤gerin andeutet, als verletzungsatypisch zu bezeichnen ist, so Dr.F â¦

Gegen einen Unfallzusammenhang spricht auch die im Kernspintomogramm vom 16.03.2000 gefundene deutliche Schultereckgelenkdegeneration. Es handelt sich hier um eine VerÃ¤nderung im Schultergelenk, die, wie Dr.F. erlÃ¤utert, als ursÃ¤chlich fÃ¼r die Entstehung von LÃ¤sionen der Supraspinatussehne gilt. Durch die Schultereckgelenksarthrose entwickelt sich ein Engpasssyndrom mit Einengung des Raumes unter der SchulterhÃ¶he, die auch ausdrÃ¼cklich in der Auswertung des Kernspintomogramms von Dr. K. beschrieben wurde.

Nicht Ã¼berzeugen kann daher die Auffassung Dr.K. , es sei wissenschaftlich nicht geklÃ¤rt, ob eine Schultereckgelenksarthrose zu einer Sehnenrissbildung fÃ¼hren kÃ¶nne. Eine der Ursachen fÃ¼r die Entstehung von Rupturen der Rotatorenmanschette ist der zunehmende VerschleiÃ der Sehnen durch Abrieb in der Enge des subacromialen Raumes, also das Impingementsyndrom, das auf das AnstoÃen des Oberarmkopfes an der Unterseite des Acromions anspielt. Dabei handelt es sich um eine StÃ¶rung der Gleitbewegung zwischen Oberarmkopf und dem Schulterdach. Jede VerÃ¤nderung des Inhalts und der Begrenzung des subacromialen Raumes kann zu einem Engpass des Schultergelenkes fÃ¼hren, so auch ein vorzeitiger VerschleiÃ des Schultereckgelenks (vgl. SchÃ¶nberger-Mehrtens-Valentin a.a.O. S.505, 509, 510).

Allerdings wurde im Bericht der Chirurgischen Klinik Ã¼ber die Operation vom 26.09.2000 erwÃ¤hnt, 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 wÃ¼rde dieser Bericht nur den Schluss zulassen, dass die Sehnenverletzung zu einem spÃ¤teren Zeitpunkt, wenige Wochen vor dem operativen Eingriff, entstanden wÃ¤re. Dazu erklÃ¤rte Dr.K. von der Chirurgischen Klinik, der bei der Operation anwesend war, im Gutachten vom 22.04.2003, die intraoperative Gewebeentnahme habe einer SehnenschÃ¤digung entsprochen, die Monate zurÃ¼ckliege. Als frisch im Sinne von ein paar Wochen kÃ¶nne der Befund nicht gewertet werden, da keine Blutungsreste vorlÃ¤gen. Der Befund vom 26.09. 2000 beschreibe, dass die Sehne einerseits nicht frisch ausgefranst vorgelegen habe, andererseits nicht typisch degenerativ. Trotz der nicht eindeutigen ÃuÃerungen 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 Ã¤ltere, zeitlich nicht mehr zuzuordnende VerÃ¤nderungen im Histologiebefund feststellbar. FÃ¼r eine Anprallverletzung spricht auch das von Prof.Dr.K. erwÃ¤hnte KnochenmarkÃ¶dem, wie Dr.F. erlÃ¤utert.

Im Hinblick auf die Ã¼berzeugenden AusfÃ¼hrungen des gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen Dr.F. steht zur Ãberzeugung des Senats fest, dass die KlÃ¤gerin bei dem Sturz vom 12.01.2000 keine Ruptur bzw. Teilruptur der Supraspinatussehne erlitten hat. Der Einvernahme der von der KlÃ¤gerin angegebenen Zeugen bedurfte es nicht. Es kann unterstellt werden, dass die

KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber der Zeugin R. und dem Zeugen M. Schmerzen im Arm angegeben hat. Dass sie Ã¼ber derartige Schmerzen klagte, hat auch Prof.Dr.von G. im Bericht vom 10.05.2000 bestÃ¤tigt. Auch eine Schulteranprallverletzung, also eine Schulterprellung, ist sehr schmerzhaft und fÃ¼hrt zur Schonung des Schultergelenks. Angaben Ã¼ber Schmerzen und FunktionseinschrÃ¤nkungen gegenÃ¼ber den Zeugen unmittelbar nach dem Unfall kÃ¶nnen im Hinblick auf den ungeeigneten Unfallhergang, die degenerativen VerÃ¤nderungen des Schultereckgelenks sowie die fehlende Ã¤rztliche Dokumentation bezÃ¼glich einer Rotatorenmanschetttenruptur nicht zu einer anderen Beurteilung der Sachlage fÃ¼hren.

Auch die Einwendung der KlÃ¤gerin, sie habe vor dem Unfall nie Schmerzen an der Schulter gehabt, widerlegt die Annahme eines rein degenerativen Schadens nicht, denn Schmerzen durch einen Sehnenriss hÃ¤ngen davon ab, ob der der Ruptur zugrunde liegende Prozess zu einem Ausfall der Schmerzrezeptoren gefÃ¼hrt hat (vgl. SchÃ¶nberger-Mehrtens-Valentin a.a.O. S.506). Wie Dr.F. betont, verlaufen Risse und Teileinrisse der Rotatorenmanschette in aller Regel klinisch stumm. Im Ãbrigen hat der OrthopÃ¤de Dr.A. darauf hingewiesen, dass die KlÃ¤gerin bereits im MÃ¤rz 1997 wegen Verkalkung der linken Rotatorenmanschette behandelt wurde. Damit ist ein deutlicher degenerativer Vorschaden dokumentiert.

Im Hinblick auf die Ã¼berzeugenden AusfÃ¼hrungen von Dr.F. ist die Rotatorenmanschettenruptur keine Unfallfolge. Der Unfall hat lediglich zu einer Schulterprellung gefÃ¼hrt. Weitere SachaufklÃ¤rung ist im Hinblick auf die umfangreichen medizinischen Unterlagen und die Ã¤rztlichen Gutachten nicht erforderlich.

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: 17.11.2004

Zuletzt verändert am: 22.12.2024