



HVBG

HVBG-Info 19/2000 vom 23.06.2000, S. 1775 - 1786, DOK 375.32

Haftungsausfüllende Kausalität - Sturz - Ruptur der Rotatorenmanschette - Urteil des LSG Mecklenburg-Vorpommern vom 14.10.1999 - L 5 U 61/98

Haftungsausfüllende Kausalität - Sturz - Ruptur der Rotatorenmanschette (RM) - medizinische Wissenschaft;
hier: Rechtskräftiges Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Mecklenburg-Vorpommern vom 14.10.1999 - L 5 U 61/98 -

Das LSG Mecklenburg-Vorpommern hat mit Urteil vom 14.10.1999 - L 5 U 61/98 - Folgendes entschieden:

Orientierungssatz:

Ganz überwiegende, wenn nicht einhellige Meinung in der medizinischen Wissenschaft ist es, dass ein Anprallmechanismus wie der direkte Sturz auf die Schulter oder auch der Sturz auf den ausgestreckten Arm nicht als ursächlich für eine Läsion des oberen Schulterblattgrätenmuskel (RM-Riss) anzusehen ist; lediglich ein Unfallereignis, bei dem es auch zu einer Schulterverrenkung hätte kommen können, kann für eine unfallbedingte Strukturzerreiung der RM verantwortlich gemacht werden.

Tatbestand

Der Rechtsstreit betrifft die Gewährung von Verletztenrente wegen der Folgen eines Unfalles vom 19. August 1994. Der 1944 geborene Kläger war als Vorarbeiter einer Reinigungsfirma beschäftigt, als er am 19. August 1994 in der Kche eines Lotsengebudes auf dem Werftgelnde der Firma B und V einen Unfall erlitt. Beim Reinigen einer Dunstabzugshaube in der Kche dieses Gebäudes rutschte der Kläger von der 3. Stufe der Leiter ab und stürzte mit der rechten Schulter auf die Kante eines Stahl­isches. Nach dem Bericht des Durchgangsarztes DM H vom 19. August 1994, der den Kläger am Tag nach dem Unfall erstmals behandelte, bestand Verdacht auf Ruptur der Bizepssehne. Als Befund gab dieser Arzt an: Schmerzen im rechten Oberarm, schmerzbedingte Einschränkung der Beweglichkeit im Schultergelenk, Schwellung, jedoch sei kein Hämatom sichtbar; ein Hämatom sowie ein Abschürfung gab dieser Arzt für den Oberschenkel an. Auf die Unfallanzeige des damaligen Arbeitgebers, der Firma P, vom 23. August 1994 führte die Beklagte das Verwaltungsverfahren durch und holte hierzu zahlreiche medizinische Unterlagen ein: Nach dem Kurzbericht des Krankenhauses B (DM H) vom November 1994 bestand beim Kläger der Verdacht auf Ruptur der Rotatorenmanschette (RM) oder der langen Bizepssehne im Bereich des rechten Oberarms; dieses Krankenhaus überwies den Kläger an das berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus H. Nach dem Bericht des Unfallkrankenhauses vom 22. August 1994 bestand kein Anhalt

für frische knöcherne Verletzungen, jedoch Verdacht auf RM-Ruptur. Nach dem ausführlichen Bericht des Unfallkrankenhauses (Dr. P und Dr. K) vom 10. Oktober 1994 befand sich der Kläger seit 20. August 1994 dort in stationärer Behandlung. Am 25. August 1994 erfolgte eine Operation des rechten Schultergelenkes. Dieses wurde operativ freigelegt und es wurde eine Revision der rechten RM nach Neer sowie eine Acromionplastik vorgenommen. In der Folgezeit wurde der Kläger zielgerichtet behandelt. Nach dem Bericht des Unfallkrankenhauses (Prof. Dr. W, Dr. P und Dr. K) vom 30. November 1994 erfolgte von der 7. Woche nach der Operation an die Freigabe der Beweglichkeit und die Durchführung einer intensiven Behandlung einschließlich Schulterblattmobilisation. Der Kläger habe jedoch unverändert Beschwerden im rechten Schultergelenk angegeben. Da mit einer länger dauernden Nachbehandlungsphase zu rechnen sei, habe das Krankenhaus den Kläger in ambulante Weiterbehandlung entlassen. Nach dem Arztbericht des Krankenhauses vom 24. Januar 1995 bestanden Bewegungseinschränkungen im rechten Schultergelenk weiter. Nach dem abschließenden Bericht des Krankenhauses vom 13. März 1995 wurde in einer Szintigraphie vom 19. Dezember 1994 eine diffuse Mehrspeicherung im rechten Humeruskopf und geringer ausgeprägt auch in der Schulterpfanne sowie eine umschriebene Mehrspeicherung an der Acromionspitze mit mäßiger Durchblutungssteigerung und Hyperämie im Bereich des gesamten rechten Schultergelenkes festgestellt. Dieser Befund sei in erster Linie auf die RM-Läsion/Degeneration mit Impingementsyndrom zurückzuführen. Am 26. Januar 1995 sei unter Narkose eine diagnostische Arthroskopie und arthroskopische Arthrolyse des rechten Schultergelenkes vorgenommen worden. Dabei habe mühelos ein Bewegungsausmaß nach vorn und bis zur Seite im rechten Schultergelenk bis je 120 Grad erreicht werden können. Nur die Drehbewegungen seien endgradig eingeschränkt. Bei der sich anschließenden arthroskopischen Untersuchung des rechten Schultergelenkes seien keine groben Verletzungszeichen festzustellen gewesen. Die Gelenkknorpel seien nicht mehr spiegelnd, die Bizepssehne und der Limbus seien fest, es bestehe kein grober Defekt in der RM. In der Folgezeit sei deshalb beim Kläger ein intensives Training fortgesetzt worden, das medikamentös unterstützt worden sei. Danach habe sich das Bewegungsausmaß nur geringfügig gebessert, die Schmerzhaftigkeit selbst sei nur wenig zu beeinflussen gewesen. Zum Entlassungszeitpunkt am 02. März 1995 habe der Kläger den rechten Arm im Schultergelenk aktiv bis 65 Grad zur Seite und bis 90 Grad nach vorn anheben können, passiv sei dies bis 75 Grad bzw. 100 Grad nach vorn möglich gewesen. Erheblich eingeschränkt seien die Drehbewegungen.

Nach dem neurologischen Befundbericht des Arztes Ho vom 18. Januar 1995 waren bei einer neurologischen Untersuchung im Bereich der rechten oberen Extremitäten über die passive Bewegungseinschränkung hinaus eindeutig neurogene Paresen mit dadurch bedingter Kraftminderung bei Armhebung und Außenrotation im Schultergelenk nicht feststellbar. Es habe sich kein Hinweis für eine periphere Nervenläsion im Bereich der rechten Oberarm-Schultergürtelregion gefunden. Eine psychische Genese der Beschwerden ließe sich nicht ausschließen, allerdings seien keine genauen Aussagen zu machen, weil eine konsequente radiologische Ausschlußdiagnostik bisher nicht durchgeführt worden sei. Der Arzt Ho hat eine Vorstellung des Klägers in einer psychosomatischen Klinik in Erwägung gezogen.

Die Beklagte führte das unfallchirurgische Gutachten von Dr. P und Dr. E vom 19. Juli 1995 herbei. Diese Ärzte gaben als Unfallfolge folgende Gesundheitsstörungen an: Röntgenologisch deutlicher

Hochstand des rechten Oberarmkopfes unter dem Schulterdach; 3 cm lange sichelförmige Kalkspange, die sich vom Acromion zum großen Oberarmgelenkhöcker zieht; sichtbare Kalksalzminderung des rechten Schultergelenkskeletts; sowohl aktiv als auch passiv erhebliche Bewegungseinschränkungen im rechten Schultergelenk; mäßige Muskelweichteilminderung am rechten Oberarm, am rechten Unterarm und im rechten Schultergürtelbereich mit reizloser Operationsnarbe vorn über der rechten Schulterpartie; glaubhafte Gebrauchsbeeinträchtigung des rechten Armes, z.B. eingeschränkter Nackengriff und Schürzengriff rechts. Die hierdurch bedingte MdE beurteilten diese Ärzte für die Zeit vom 06. März bis 18. August 1995 mit 30 v.H. und vom 19. August 1995 bis 18. August 1996 mit 20 v.H. Zur Begründung führten die Ärzte aus, es handele sich um die Folgen eines Leitersturzes aus einer Höhe von etwa 1,50 m, wobei der Verletzte sicher versucht habe, sich mit der rechten Hand vor dem Sturz abzufangen. Die danach durchgeführte Diagnostik habe eine komplette Ruptur der Supraspinatussehne sowie eine partielle Ruptur der Infrapinatussehne sowie Luxation der langen Bicepssehne aus dem Sulcus bicipitalis ergeben. Die Gutachter hegten keine Zweifel an dem Zusammenhang des Befundes mit dem Ereignis vom 19. August 1994.

Die Beklagte führte daraufhin das fachchirurgische Zusammenhangsgutachten des Dr. He vom 09. Oktober 1995 herbei, der zu dem Ergebnis gelangte, daß unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit für 6 Wochen anzunehmen sei und daß nach diesem Zeitraum wesentliche Funktionseinschränkungen der rechten Schulter aufgrund der erlittenen Schulterprellung ohne begleitende schicksalshafte degenerative Verschleißerkrankung der rechten RM wahrscheinlich nicht mehr nachweisbar gewesen seien. Das vom 20. August bis 10. Oktober 1994 durchgeführte stationäre Heilverfahren sei wesentlich teilursächlich durch das degenerative Verschleißleiden an der rechten RM verursacht gewesen. Wegen der am 19. August 1994 erlittenen Schulterprellung rechts seien keine weiteren Behandlungsmaßnahmen erforderlich und eine MdE bestehe nicht. Dr. He führte aus, bei dem in der Unfallanzeige beschriebenen Unfallhergang sei der Kläger beim Sturz von der Leiter direkt mit der rechten Schulter auf die Kante eines Stahltisches aufgeschlagen. Ein direktes Trauma am Schultergelenk sei nach gutachterlicher Auffassung nicht geeignet, eine RM-Ruptur zu bewirken. Die jüngere wissenschaftliche Diskussion zu diesem Thema habe wiederholt darauf hingewiesen, aber auch in der älteren Literatur sei bekannt, daß eine direkte Gewalteinwirkung auf ein Schultergelenk nicht zu einer RM-Ruptur führe. Die histologische Untersuchung des Operationspräparates lege dar, daß mit Wahrscheinlichkeit eine mehrzeitige Kontinuitätsunterbrechung der RM auf dem Boden vorbestehender degenerativer Veränderungen zum Zeitpunkt des angeschuldigten Ereignisses vorgelegen habe. Zu diesem histologischen Untersuchungsergebnis passe der intraoperativ erhobene Befund einer erheblichen Einengung des Schulterraumes. Konsequenterweise sei bei der operativen Revision des rechten Schultergelenkes am 26. August 1994 eine Acromionplastik des rechten Schultergelenkes vorgenommen worden, eine Operationsmethode, die standardmäßig bei chronischen Erkrankungen der RM bei gegebener Operationsindikation durchgeführt werde. Zu dem Vorgutachten von Dr. P/Dr. E führte Dr. He aus, es sei nicht zulässig, nicht bewiesene Abläufe des Unfallherganges zu konstruieren; es könne nicht unterstellt werden, daß der Verletzte sicher versucht habe, sich mit der rechten Hand vor dem Sturz abzufangen. Aufgrund der objektivierbaren Handlungstatsachen sei wahrscheinlich davon

auszugehen, daß der Kläger durch direkten Sturz auf die rechte Schulter eine Schulterprellung erlitten habe bei vorbestehender degenerativer Schädigung der RM.

Die Beklagte zog noch den Operationsbericht vom 26. Januar 1995 bei; diese Operation bestand in einer Arthrolyse und Arthroskopie der rechten Schulter. Danach war das Glenoid vom Knorpel rau im Sinne einer erstgradigen Chondropathie. Der vordere Limbus sei deutlich degenerativ verändert. Die Bizepssehne sei blutig aufgelagert und mit chronisch entzündlicher Synovialis überzogen. Auch der Oberarmkopf zeige im Knorpel deutliche Veränderungen im Sinne von Rauigkeiten. Der Knorpel sei nicht mehr spiegelnd, der vordere Anteil der Gelenkkapsel sei narbig verändert. Das Rotatorendach sei ebenfalls mit chronisch veränderter Synovialis verzogen, es finde sich ein kleiner Längsriß.

Durch Bescheid vom 02. November 1995 lehnte die Beklagte die Gewährung von Heilbehandlung und Verletztengeld über den 30. September 1994 hinaus ab; Anspruch auf Rente bestehe nicht. Der Arbeitsunfall vom 19. August 1994 habe lediglich zu einer Schulterprellung geführt, die mit dem 30. September 1994 folgenlos ausgeheilt sei.

Mit seinem Widerspruch gegen diesen Bescheid führte der Kläger aus, seit dem Arbeitsunfall sei die Beweglichkeit des rechten Armes stark eingeschränkt. Er sei nicht mehr dazu in der Lage, seinen Betrieb in dem Umfang zu betreiben, wie es vor dem Unfall möglich gewesen sei.

Die Beklagte ließ im Widerspruchsverfahren das fachchirurgische Zusammenhangsgutachten von Dr. Me und Dr. Ex vom 09. April 1996 erstellen. Diese Ärzte gelangten zu dem Ergebnis, daß sich der Kläger bei dem Ereignis vom 19. August 1994 eine Prellung am Oberarm, eine Blutergußbildung und Abschürfung am außenseitigen rechten Oberschenkel zugezogen habe. Derartige Verletzungen heilten innerhalb von 8 bis 10 Tagen aus, von einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit in diesem Umfang sei wegen der Unfallfolgen auszugehen. Jedwede darüber hinausgehende Arbeitsunfähigkeit sei zu Lasten der Erkrankung der RM anzunehmen. Wegen dieser Erkrankung sei auch die stationäre Behandlung und die operative Maßnahme, die zu keinem Erfolg geführt hätten, notwendig gewesen. Eine MdE wegen Unfallfolgen sei nicht eingetreten. Die Gutachter stellten beim Kläger folgende Gesundheitsstörungen fest: Eingeschränkte Schultergelenksbeweglichkeit rechts, Verschleißumformungen am rechten Schultergelenk, sonographisch nachzuweisende Läsion des oberen Schulterblattgrätenmuskels (RM) rechts, geringe Kraftverminderung im rechten Oberarm. Die Gutachter führten aus, die Sehnenstrukturen der RM unterlägen frühzeitigen Verschleißumformungen: Ab dem 30. Lebensjahr gelänge fast immer ein positiver Nachweis von degenerativen Veränderungen, ab dem 50. Lebensjahr zeigten sich regelmäßig Mikroeinrisse in 1/3 der Fälle, ab dem 60. Lebensjahr Makroeinrisse in 2/3 der Fälle. Eine Ruptur als Folge eines Unfalles sei dennoch nicht schlechthin ausgeschlossen. Es gebe jedoch nur wenige Unfallmechanismen, die für eine RM-Ruptur verantwortlich gemacht werden könnten. Teils werde die Auffassung vertreten, daß der Sturz auf den ausgestreckten und abgespreizten Arm zu einer Verletzung der RM führen könne, wenn es hierbei zu einer Quetschung im Schulterdachbereich komme. Teils werde vertreten, daß überhaupt keine unfallbedingten RM-Läsionen möglich seien. Es sei jedoch allgemeine unfallchirurgische Meinung, daß bei besonderer reflektorischer Muskelanspannung der sogenannten Rotatoren bei gleichzeitiger Einwirkung einer Gegenkraft eine Rißschädigung eintreten könne. Auch eine plötzliche passive Bewegung des fixierten Schultergürtels mit Adduktion und Retroversion erscheine

geeignet zur Rißbildung einer RM. Allgemein anerkannt sei deswegen, daß der alleinige Sturz auf eine Schulter nicht ausreichend sei. Insbesondere dann nicht, wenn noch nicht einmal äußere Verletzungszeichen nachweisbar seien. RM- und Bizepssehnendefekte seien kein Hinweis auf eine Gewalteinwirkung. Im vorliegenden Fall sei ein Mechanismus, wie er zu fordern sei, nicht gegeben. Eine direkte Gewalteinwirkung auf ein Schultergelenk, gerade eine Prellung von Außen, sei nicht ausreichend, um eine Verletzung an der RM herbeizuführen. Lediglich ein Unfallereignis, bei dem es auch zu einer Schulterverrenkung hätte kommen können, könne für eine unfallbedingte Strukturzerreißen der Rotatorenmanschette verantwortlich gemacht werden. Der hier vorliegende Ablauf sei in keiner Weise geeignet gewesen, eine Schulterverrenkung herbeizuführen. Ursprünglich sei ein Verdacht auf eine Bizepssehnenverletzung geäußert worden; wenn davon auszugehen sei, daß die Prellung etwas unterhalb der eigentlichen Schulter erfolgt sei, sei ein solcher Hergang noch weniger ursächlich für eine Schulterzerreißen zu machen.

Durch Widerspruchsbescheid vom 12. September 1996 wies die Beklagte den Widerspruch zurück, weil der Zusammenhang der gesundheitlichen Einschränkungen an der Schulter mit dem Arbeitsunfall vom 19. August 1994 nicht wahrscheinlich sei.

Mit seiner Klage gegen diesen Widerspruchsbescheid hat der Kläger sein Anliegen weiter verfolgt. Er hat darauf hingewiesen, daß er vor dem Unfall keine Bewegungseinschränkungen oder Schmerzen in der rechten Schulter gehabt habe. Seither sei die Beweglichkeit stark eingeschränkt, die Belastung des rechten Armes verursache erhebliche Schmerzen und in der Ausübung seiner Tätigkeit sei er erheblich eingeschränkt. Der Kläger hat sich auf das Gutachten von Dr. P/Dr. E vom 19. Juli 1995 bezogen. Diese Ärzte hätten ihn unmittelbar nach dem Unfall behandelt und operiert. In den Röntgenaufnahmen zeitlich direkt nach dem Unfall hätten sich keine Verkalkungszeichen und auch kein Hochstand des rechten Oberarmkopfes gefunden.

Der Kläger hat beantragt,
die Beklagte unter Abänderung ihres Bescheides vom 02. November 1995 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. September 1996 zu verurteilen, ihm Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 v.H. ab dem 06. März 1995 zu gewähren.

Die Beklagte hat beantragt,
die Klage abzuweisen.

Durch Urteil vom 28. April 1998 hat das Sozialgericht Schwerin die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, ein Zusammenhang zwischen dem Ereignis vom 19. August 1994 und der erlittenen Rotatorenmanschettenruptur, der noch bestehenden Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes und den damit einhergehenden Beschwerden sei nicht wahrscheinlich. Es hat sich auf das Ergebnis der Begutachtungen des Dr. He sowie der Ärzte Me/Dr. Ex gestützt. Dem Ergebnis der Begutachtung durch Dr. P/Dr. E hat sich das Sozialgericht nicht angeschlossen, weil diese Ärzte nicht von dem festgestellten Unfallhergang ausgegangen seien und ihr Gutachten jegliche Kausalitätsüberlegungen vermissen lasse.

Gegen das am 12. Juni 1998 zugestellte Urteil hat der Kläger am

08. Juli 1998 Berufung eingelegt. Der Kläger trägt vor, das Sozialgericht sei verpflichtet gewesen, ein weiteres Sachverständigengutachten einzuholen, weil nach dem Gutachten von Dr. P/Dr. E der Ursachenzusammenhang bestehe. Dieses Gutachten sei auch ausreichend begründet. Den Gutachtern hätten zudem Röntgenaufnahmen des rechten Oberarmes mit Schultergelenk vom 19. August 1994 zugrunde gelegen und es hätten sich dabei keine Verkalkungszeichen und kein Hochstand des rechten Oberarmkopfes gefunden. Hieraus ergebe sich, daß offensichtlich vor dem Unfall am 19. August 1994 keine ernsthaften Erkrankungen der Rotatorenmanschette vorgelegen hätten. Dies werde auch durch eine beigegefügte ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes Dr. O vom 11. Juli 1998 belegt. Vor dem Unfall habe er keinerlei Beschwerden in der rechten Schulter gehabt. Bei dem Unfall am 19. August 1994 sei er von der 3. Stufe einer Leiter gefallen und mit der rechten Schulter auf die Kante eines Tisches aufgeschlagen. Es müsse nach allgemeiner Lebenserfahrung bei diesem Unfallhergang davon ausgegangen werden, daß er vor und nach dem Aufprall mit der Schulter noch versucht habe, sich mit der Hand abzustützen. Es könne von ihm nicht verlangt werden nachzuweisen, daß er sich beim Unfall mit der Hand abgestützt habe. Dieser Unfallhergang sei geeignet, eine Verletzung der RM hervorzurufen. Dafür, daß großer Druck auf seine Schulter des Klägers ausgeübt worden sei, spreche auch die sichtbare Schwellung mit Druckschmerz im Schulterbereich nach dem Unfall. Es könne auch nicht davon ausgegangen werden, daß die Verletzung bei jeder anderen unbedeutenden Tätigkeit etwa zur gleichen Zeit eingetreten wäre, selbst wenn geringfügige degenerative Veränderungen bereits vorher bestanden haben sollten.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Schwerin vom 28. April 1998 und den Bescheid der Beklagten vom 02. November 1995 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. September 1996 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Verletztenrente in Höhe von 30 v.H. der Vollrente ab 01. April 1995 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat ausgeführt, ein Rettungsversuch sei zu keiner Zeit beschrieben worden und sei bei der geringen Höhe auch nicht zu erwarten gewesen, auch seien die Folgen eines derartigen Mechanismus in den ärztlichen Befunden nicht beschrieben (z.B. eine Unterarmprellung, Handgelenksdistorsion). Der Aufprall mit der Schulter im Sinne einer direkten Gewalteinwirkung auf das Schultergelenk sei nach der unfallmedizinischen Literatur nicht geeignet, eine RM-Ruptur zu verursachen. Auch in dem Gutachten von Dr. P/Dr. E werde zu dem histologischen Befund beschrieben, es habe sich um eine mehrzeitige Ruptur bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen gehandelt. Auch in dem Operationsbericht vom 26. Januar 1995 werde bereits eine Degeneration beschrieben. Darüber hinaus hätten die Gutachter Dr. He sowie Me/Dr. Ex in ihren Gutachten unabhängig voneinander festgestellt, daß unter strenger Beachtung der anerkannten wissenschaftlichen Lehrmeinung die beim Kläger nachgewiesene RM-Ruptur nicht auf den Vorfall vom 19. August 1994 zurückzuführen sei.

Der Senat hat Beweis erhoben zu den Fragen, welche Gesundheitsstörungen des Klägers auf den Unfall vom 19. August 1994 zurückzuführen sind, ob ein Vorschaden vorlag, ob

der anlässlich des Unfalles zu Tage getretene Körperschaden auch durch jede andere alltäglich vorkommende Belastung etwa zum gleichen Zeitpunkt verursacht worden wäre, wie hoch die unfallbedingte MdE eingeschätzt wird und ab wann diese vorliegt durch Einholung des fachorthopädischen Gutachtens des Dr. Hu vom 20. Juli 1999. Dieser Arzt hat folgende Gesundheitsstörungen im Bereich der rechten Schulter angegeben: Rezidiv-RM-Ruptur rechts, Verwachsungen/Verklebungen im Bereich des Ursprungs des Ansatzes der langen Bizepssehne bei operativ revidierter traumatisch bedingter Luxation, umformende (aufbrauchende) Veränderungen des rechten Schultergelenkes im Sinne einer beginnenden Omarthrose und bindegewebigen Degenerationen der periartikulären Strukturen; weiter hat Dr. Hu Gesundheitsstörungen in anderen Körperbereichen genannt. Die Gebrauchsfähigkeit des rechten Schultergelenkes sei um etwa 2/7 herabgesetzt. Es liege das klassische Bild einer Pseudoparalyse bei RM-Ruptur vor. Die festgestellten Beeinträchtigungen im Bereich der rechten Schulter seien im wesentlichen auf den Unfall vom 19. August 1994 zurückzuführen. Der Kläger habe zwar die Frage verneint, ob er versucht habe, sich mit der Hand abzustützen; dennoch spreche die Art der Krafteinwirkung beim Aufprall auf die Tischkante am ehesten für einen ursächlichen Zusammenhang der festgestellten Beeinträchtigungen mit dem Unfall, weil der proximale Oberarm in leicht abduzierter Position von schräg vorn seitlich einer plötzlichen, unvermuteten und erheblichen Krafteinwirkung ausgesetzt gewesen sei. Die Einwirkung dieser Kraft habe zu einer Überlastung der vorgespannten Sehne des Musculus supraspinatus geführt, die dementsprechend nahe des Tuberculum majus abgerissen sei. Zugleich sei es aufgrund der schräg von vorn eintreffenden Kraftkomponente zu einer Luxation der langen Bizepssehne aus ihrem Bett gekommen. Insbesondere die kombinierte Verletzung der RM und der Sehnenscheiden der langen Bizepssehne erhärteten die Feststellung, daß der Unfall vom 19. August 1994 doch richtungsweisend für die beim Kläger festgestellten körperlichen Beeinträchtigungen gewesen sei. Es gehöre zu den normalen Bewegungsreflexen, daß man beim Herabstürzen von einer Leiter zumindest mit einer abwehrenden Reflexbewegung versuche, die Sturzfolgen zu lindern. Die Folge sei beim vorliegenden Unfallmechanismus mindestens eine teilweise Abduktion des Oberarms mit dem Bestreben, mit dem Arm einen Teil der Sturzenergie aufzufangen. Es habe praktisch das Hineinfallen einer Last in den Arm stattgefunden. Da die vorbestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich der periartikulären Strukturen des rechten Schultergelenkes zumindest als Teilursache zu bewerten seien, sei geschätzt von einem Anteil von etwa einem Drittel an den Gesamtfolgen auszugehen. Der Unfall habe ein vorbestehendes Leiden mindestens richtungsweisend verschlimmert. Dafür spreche auch die Tatsache, daß bis heute keine wesentlichen funktionellen Beeinträchtigungen im Bereich des linken Schultergelenkes aufgetreten seien, obwohl man mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit voraussetzen müsse, daß auch hier die rechtsseitig diagnostizierten degenerativen Veränderungen vorlägen. Es sei unwahrscheinlich, daß der aus Anlaß des Unfalles zu Tage getretene Körperschaden auch durch jede andere alltäglich vorkommende Belastung und damit auch durch ein beliebig austauschbares äußeres Ereignis am gleichen Zeitpunkt habe verursacht werden können. Dafür spreche sowohl das Ausmaß der festgestellten Ruptur der RM als auch die Kombination mit einer Luxation der langen Bizepssehne bei vor dem Unfall bislang völlig unauffälligen klinischen Verhältnissen. In Anbetracht der erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen liege eine MdE in Höhe von

30 v.H. vor. Durch Unfallfolgen sei eine MdE von 20 v.H. bedingt. Diese bestehe seit 06. März 1995. Es sei unwahrscheinlich, daß durch eine erneute Operation tatsächlich eine wesentliche Besserung erreicht werden könne. Mit dem Beurteilungsergebnis von Dr. P/Dr. E stimme er prinzipiell überein. Dr. He weise richtigerweise darauf hin, daß eine RM-Ruptur in aller Regel erst auf dem Boden einer degenerationsbedingten Kontinuitätsunterbrechung entstehe. Der Gutachter gehe jedoch fälschlich davon aus, daß der Kläger praktisch reaktionslos mit abduzierten Oberarm auf die Tischkante aufgeschlagen sei. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit sei der Kläger jedoch bei vorgespannter Supraspinatussehne in leichter Abduktion des Oberarms und erheblicher reflektorischer Anspannung aufgeschlagen. Da die Krafteinwirkung nicht streng seitlich, sondern schräg von vorn seitlich erfolgt sei, sei es gleichzeitig zu einer Luxation der Bizepssehne in ihrem Ursprungsbereich gekommen. Dies werde von Dr. He in keiner Weise gewürdigt. Diese Ausführungen gelten entsprechend in Bezug auf die Begutachtung durch die Ärzte Me/Dr. Ex.

Die Beklagte hat dazu ausgeführt, Dr. Hu habe zum Unfallhergang nachermittelt; dabei komme den Erstangaben der höhere Beweiswert zu. Es sei keineswegs selbstverständlich, daß jemand bei einem Sturz immer versuche, sich mit dem Arm abzufangen bzw. abzustützen. Dies hänge nämlich entscheidend von der Fallhöhe und dem jeweiligen Fallwinkel ab. Wenn ein Sturz auf die Seite erfolge, sei ein Abstützversuch mit dem Arm gar nicht möglich und werde somit auch nicht versucht. Für einen direkten Fall des Klägers auf die Seite sprächen auch die Abschürfungen am Oberschenkel des Klägers. Bei dem von Dr. Hu zugrunde gelegten Unfallmechanismus hätte es zu einem direkten Trauma nur in Verbindung mit einer Zerstörung der darüberliegenden Muskulatur kommen können. Die notwendige Strukturläsion der Deltamuskulatur sei jedoch zu keinem Zeitpunkt nachgewiesen. Die Annahme einer Unfallfolge komme auch nicht im Sinne einer Verschlimmerung in Betracht. Dies wäre nur dann möglich, wenn in Bezug auf die zu beurteilende Gesundheitsstörung vor der äußeren Einwirkung schon ein Krankheitsgeschehen in Erscheinung getreten sei. Dafür sei erforderlich, daß im Zeitpunkt des Unfallereignisses bereits ein klinisch relevanter Gesundheitsschaden vorhanden gewesen sei.

Hierüber sei jedoch, worauf auch Dr. Hu hingewiesen habe, nichts bekannt. Wenn daher wie beim Kläger lediglich eine klinisch stumme Krankheitsanlage vorliege, die noch nicht zu einer Krankheit geführt habe, scheidet eine Unfallfolge im Sinne der Verschlimmerung aus.

Die Beklagte hat eine gutachterliche Stellungnahme der Ärzte Me/Dr. Ex vom 19. August 1999 eingeholt. Diese Ärzte haben Voraussetzungen und Umstände einer RM-Ruptur im Allgemeinen beschrieben und ausgeführt, bei der operativen Revision am 26. August 1994 hätten sich keinerlei Hinweise gefunden, die für eine frische Läsion sprächen, es sei weder ein Bluterguß noch überhaupt ein Gelenkerguß beschrieben. Der Hinweis der Operateure, daß bereits zu diesem Zeitpunkt der Schleimbeutel vollständig aufgebraucht gewesen sei, sei ein Hinweis für ein älteres Geschehen. Nach diesem Zeitpunkt würde man Einblutungen unter dem Schleimbeutel erwarten und an diesem selber auch noch nachweisen können (ein Schleimbeutel löse sich nicht innerhalb von 8 Tagen vollständig auf). Bei unfallverursachten Schädigungen in einem Gelenk komme es zur Ausbildung von Blutergußbildungen (Hämarthrose), die gerade durch ein Tiefertreten des Oberarmkopfes zu einer Erweiterung des Schulterdaches führten. Durch den

Bluterguß komme es zum Tiefertreten des Oberarmkopfes und nicht zum Höherentreten. Dr. Hu habe aber gerade einen Oberarmkopfhochstand als typischen Befund für eine frische Läsion angesehen; diese Ausführungen seien nicht plausibel. Der von Dr. Hu vorausgesetzte Unfallhergang entspreche nicht den Angaben des Klägers, dieser habe auf Befragen verneint, daß er sich mit der Hand abgestützt habe, er habe noch versucht den Arm hochzureißen, was ihm jedoch nicht mehr vollständig gelungen sei. Dr. Hu habe einen Unfallhergang zugrundegelegt, bei dem der Oberarm im Schultergelenk wohl etwa abgespreizt gewesen sei, über das Ausmaß dieser Abspreizung lägen keinerlei Angaben vor. Dr. Hu habe dargelegt, daß ein solches Ereignis auch eine Schädigung der langen Bizepssehne erklären könne, die aus ihrer Rinne verrenkt gewesen sei (Luxation). Der Anprall sei als etwas unterhalb des Drehpunktes des Schultergelenkes angenommen worden, wobei die exakte Lokalisation nicht genannt worden sei. Dr. Hu habe darauf hingewiesen, daß die Sehne des oberen Schulterblattgrätenmuskels (Musculus supraspinatus) in einem vorgespannten Stadium gewesen sei. Dr. Hu sei von einer unvermuteten äußeren Krafteinwirkung auf die angespannte Sehne ausgegangen.

Diese Ärzte haben sich mit der Funktion der Schultermuskeln befaßt und ausgeführt, im vorliegenden Fall könne der Arm nicht weit abgespreizt gewesen sein; es sei mehr von einer Belastung der Deltamuskulatur (durch den Sturz) auszugehen, als von einer des Musculus supraspinatus, der mehr nach innen bewegt werde. Unabhängig davon, ob der Arm ab oder nicht abgespreizt gewesen sei, müsse berücksichtigt werden, daß die Druckfestigkeit einer Sehne das Vielfache der Festigkeit eines Muskels betrage und bei einer wesentlichen Gewalteinwirkung auf die RM durch ein direktes Trauma (Sturz auf die Schulter) nur in Verbindung mit einer Zerstörung der darüberliegenden Muskulatur vorstellbar sei. Unter Berücksichtigung dieser Überlegung könne den Ausführungen des Dr. Hu nicht zugestimmt werden. Zu keinem Zeitpunkt sei eine Strukturläsion der Deltamuskulatur nachgewiesen. Wenn bei einem heftigen Sturz, wie hier aus 1,50 bis 1,80 Meter Höhe auf eine Metalltischkante, eine Strukturläsion der Sehne des oberen Schulterblattgrätenmuskels nachgewiesen worden sei, müsse die darüberliegende Deltamuskulatur mitzerstört sein. Dr. Hu gehe von einer vorbestehenden Schadensanlage aus, ohne zu berücksichtigen, daß eine Abgrenzung zum nachgewiesenen Schaden nicht möglich sei. Dies sei völlig unmöglich, da intraoperativ keine Unfallfolgen wie Blutungen oder Ähnliches nachgewiesen worden seien. Dies gelte auch für die Verrenkung der Bizepssehne, auch hier seien Zerreißen des Bandes, das normalerweise die Sehne des Bizeps in seiner Rinne halte, nicht beschrieben. Es sei auch nicht berücksichtigt, daß die Verrenkung der Bizepssehne überwiegend ein degeneratives Geschehen sei. Degenerationen der RM und der Bizepssehne liefen oft nebeneinander ab. Der Hergang, der zur Erklärung der Verrenkung dargelegt worden sei, sei von Dr. Hu mit dem Hineinfallen einer Last in den Arm verglichen worden; diese Erklärung für die Läsion der Bizepssehne könne nicht nachvollzogen werden.

Abschließend hat die Beklagte ausgeführt, Dr. He sowie die Ärzte Me/Dr. Ex seien in ihren früheren Gutachten von einer Prellung ausgegangen mit begleitender Schwellung; mehr könne aufgrund des ersten Untersuchungsbefundes nicht als bewiesen angesehen werden. Eine Kontusion (Quetschung) könne nicht unterstellt werden; hierbei handele es sich um eine hochgradige Verletzung, die nie ohne äußere Verletzungszeichen einhergehe, solche Verletzungszeichen seien hier nicht nachgewiesen worden. Obwohl im

feingeweblichen Untersuchungsbefund kein Befund mitgeteilt worden sei, der auf eine Unfallverursachung hinweisen würde (Einblutungen o.ä.) sei Dr. Hu von einer Unfallverursachung ausgegangen; dies sei nicht plausibel. Es treffe nicht zu, wie Dr. Hu meine, daß von der Verschlimmerung (richtungsweisenden Verschlimmerung) eines vorbestehenden Leidens auszugehen sei. Ein solches Leiden könne nicht benannt werden. Auch eine MdE in Höhe von 20 v.H. könne nicht belegt werden.

Die den Kläger betreffende Verwaltungsakte - .. - lag vor und war wie die Gerichtsakte Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der gewechselten Schriftsätze und der Sitzungsniederschriften Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die nach § 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) frist- und formgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, jedoch nicht begründet.

Der streitige Anspruch beurteilt sich nach den bis zum 31. Dezember 1996 geltenden Vorschriften des Unfallversicherungsrechts der Reichsversicherungsordnung - RVO -. Die am 01. Januar 1997 in Kraft getretenen Vorschriften des SGB VII über Renten gelten zwar auch für Versicherungsfälle, die wie hier vor diesem Zeitpunkt eingetreten sind, jedoch nur, wenn diese Leistungen nach Inkrafttreten des SGB VII erstmals festzusetzen sind (§ 214 Abs. 3 SGB VII). Aufgrund des hier streitigen Rentenanspruchs ist Rente, sofern der Anspruch gegeben ist, jedoch nicht erst für die Zeit ab 01. Januar 1997, sondern bereits ab 01. April 1995 festzusetzen.

Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung werden nach § 547 RVO nach Eintritt eines Arbeitsunfalls gewährt. Gemäß § 548 Abs. 1 RVO ist ein Arbeitsunfall ein Unfall, den ein Versicherter bei einer in den §§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO genannten Tätigkeiten erleidet. Verletztenrente wird gewährt, wenn die zu entschädigende MdE über die 13. Woche hinaus andauert (§ 580 Abs. 1 RVO) und die Erwerbsfähigkeit um wenigstens ein Fünftel gemindert ist (§ 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO). Erforderlich ist somit zunächst, daß ein Unfall vorliegt, das heißt, ein von außen her auf den Menschen einwirkendes körperlich schädigendes plötzliches Ereignis. Weiter ist zur Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung erforderlich, daß zwischen der unfallbringenden Tätigkeit und dem Unfallereignis ein innerer ursächlicher Zusammenhang besteht. Dieser ursächliche Zusammenhang muß auch zwischen dem Unfallereignis und der Gesundheitsschädigung bestehen. Nach dem in der Unfallversicherung geltenden Prinzip der wesentlichen Mitverursachung ist nur diejenige Bedingung als ursächlich für einen Unfall anzusehen, die im Verhältnis zu anderen Umständen wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt hat. Dabei müssen das Unfallereignis und die Gesundheitsstörung nachgewiesen sein, während es für die Feststellung des ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Unfallereignis und der Gesundheitsstörung ausreicht, wenn eine "Wahrscheinlichkeit" vorliegt, weil es im Regelfall nicht mit einem jeden Zweifel ausschließenden vollkommenen Sicherheit möglich sein wird, die Kausalität nachzuweisen. Ein Zusammenhang ist wahrscheinlich, wenn bei Abwägung der für den Zusammenhang sprechenden Erwägung diese so stark überwiegt, daß darauf die Überzeugung der entscheidenden Stelle gegründet werden kann.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Senat zu der

Auffassung gelangt, daß der Kläger am 19. August 1994 einen Arbeitsunfall erlitten hat, bei dem es zur Prellung der rechten Schulter und hierdurch zu einem Reizzustand gekommen ist, der bis 30. September 1994 Arbeitsunfähigkeit bewirkte, nach diesem Zeitpunkt jedoch keine MdE mehr hervorgerufen hat; der bei der Operation am 25. August 1994 festgestellte Rotatorenmanschettenriß und die Läsion der Bizepssehne sind dagegen nicht mit Wahrscheinlichkeit Folgen des Unfallereignisses vom 19. August 1994. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus dem Gesamtergebnis der Beweisaufnahme, insbesondere aus dem Gutachten der Chirurgen/Unfallchirurgen Me und Dr. Ex vom 09. April 1996 - dieses Gutachten durfte der Senat im Wege des Urkundenbeweises verwenden - und der gemäß § 106 SGG eingeholten gutachterlichen Stellungnahme dieser Ärzte vom 19. August 1999 sowie dem Gutachten des Dr. He vom 10. Oktober 1995, welches auch im Wege des Urkundenbeweises berücksichtigt werden durfte. Dagegen vermochte sich der Senat dem Ergebnis der Begutachtung des gerichtlichen Sachverständigen Dr. Hu (Gutachten vom 20. Juli 1999) und der Dres. P und E (Gutachten vom 19. Juli 1995) nicht anzuschließen.

Die bei der Schulteroperation am 25. August 1994 festgestellte Ruptur der Rotatorenmanschette bzw. des Musculus supraspinatus ist bereits deshalb nicht auf den Unfall vom 19. August 1994 zurückzuführen, weil es an einem Unfallmechanismus fehlt, der eine derartige Ruptur herbeizuführen vermag.

Der Zusammenhang zwischen einem Sturz auf die Schulter oder den Oberarm und der Zerreißung der RM wird, wie die Ärzte Me/Dr. Ex ausgeführt haben, in der medizinischen Wissenschaft nicht einheitlich beurteilt. Zum Teil wird die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen einem solchen Sturz und einer Ruptur der Supraspinatussehne schlechterdings abgelehnt. Inzwischen ist es überwiegende Meinung in der medizinischen Wissenschaft, daß unter bestimmten Umständen eine direkte Gewalteinwirkung zu einem RM-Riß führen kann, nämlich bei besonderer reflektorischer Muskelanspannung der sogenannten Rotatoren bei gleichzeitiger Einwirkung einer Gegenkraft. Auch eine plötzliche passive Bewegung des fixierten Schultergürtels mit Abduktion und Retroversion erscheint geeignet zur Rißbildung einer RM.

Ganz überwiegende, wenn nicht einhellige Meinung in der medizinischen Wissenschaft ist es, daß ein Anprallmechanismus wie der direkte Sturz auf die Schulter oder auch der Sturz auf den ausgestreckten Arm nicht als ursächlich für einen RM-Riß anzusehen ist; lediglich ein Unfallereignis, bei dem es auch zu einer Schulterverrenkung hätte kommen können, kann für eine unfallbedingte Strukturzerreißung der RM verantwortlich gemacht werden, wie die Ärzte Me/Dr. Ex im einzelnen ausgeführt haben. Der Hergang des Unfalles vom 19. August 1994 war hier nicht geeignet den RM-Riß zu verursachen, wie diese Ärzte dargelegt haben.

Der Senat legt hinsichtlich des Unfallherganges die Darstellungen des Klägers zugrunde, die er zuletzt gegenüber dem gerichtlichen Sachverständigen Dr. Hu (Gutachten vom 20. Juli 1999) geleistet hat. Danach ist er auf der Leiter in einer Höhe von 1,50 m ausgerutscht und, ohne sich festhalten zu können, heruntergefallen; er ist mit der rechten Schulter auf eine Metalltischkante aufgeschlagen. Er hat nicht versucht, sich mit der rechten Hand abzustützen. Ob er versucht hat, den rechten Arm hochzureißen, konnte der Kläger nicht sicher angeben; die Stellung des Armes im Zeitpunkt des Anpralles an die Metalltischkante konnte daher nicht festgestellt werden. Der Kläger ist also nicht auf den ausgestreckten Arm gefallen. Das Unfallereignis war auch

nicht geeignet, eine Schulterverrenkung herbeizuführen, wie die Ärzte Me/Dr. Ex dargelegt haben.

Ein traumatischer RM-Riß liegt auch deshalb nicht vor, weil bei der Operation am 25. August 1994, also am 5. Tag nach dem Unfall, keine Zeichen einer frischen Verletzung im Inneren der Schulter festgestellt werden konnten. Wie die Ärzte Me/Dr. Ex ausgeführt haben, wurde dabei weder ein Bluterguß noch überhaupt ein Gelenkserguß beschrieben. Sinngemäß wurden auch im feingeweblichen Untersuchungsbefund keine Befunde mitgeteilt, die auf eine Unfallverursachung hätten hinweisen können (Einblutungen o.ä.). Wie die genannten Ärzte dargelegt haben, wären bei einer frischen Strukturläsion unabhängig von etwaigen Degenerationen auch Einblutungen zu erwarten gewesen.

Insbesondere ist, wie die genannten Ärzte ausgeführt haben, ein traumabedingter RM-Riß schon deshalb nicht denkbar, weil die über der RM liegende Muskulatur keine Strukturläsion aufweist. Zu keinem Zeitpunkt wurde eine Strukturläsion der Deltamuskulatur nachgewiesen. Bei einem Sturz aus einer Höhe von etwa 1,50 m bis 1,80 m und zwar auf eine Metalltischkante hätte sie nachgewiesen werden müssen, wenn der Sturz eine Strukturläsion der Sehne des oberen Schulterblattgrätenmuskels bewirkt hätte.

Der Zusammenhang zwischen dem Unfallgeschehen vom 19. August 1994 und dem festgestellten RM-Riß läßt sich auch nicht mit der Auflösung des Schleimbeutels und der Gesundheitsstörung an der Bizepssehne begründen.

Bei der Operation am 26. August 1994 wurde festgestellt, daß der Schleimbeutel (Bursa acromialis) vollständig aufgebraucht war. Nach der Beurteilung der Ärzte Me/Dr. Ex liegt hierin ein Hinweis für ein älteres Geschehen, da sich ein Schleimbeutel nicht innerhalb mehrerer Tage vollständig auflöst. Eine unfallbedingte Einblutung oder eine stark entzündete Bursa wurde nicht gefunden.

Eine Verrenkung der Bizepssehne ist nicht nachgewiesen. Dies gilt hinsichtlich der Zerreißung des Bandes, das normalerweise die Sehne des Bizeps in seiner Rinne hält. Im übrigen ist eine Verrenkung der Bizepssehne, wie die Ärzte Me/Dr. Ex ausgeführt haben, überwiegend ein degeneratives Geschehen. Degenerationen der RM und der Bizepssehne laufen oft nebeneinander ab. Die genannten Ärzte haben auch ausgeführt, daß die Bizepssehne zwar beim Auffangen eines schweren Gegenstandes vermehrt belastet wird. Ein solches Hineinfallen einer Last in den Arm, daß für die Belastung der Bizepssehne verantwortlich gemacht werden könnte, ist hier aber nicht nachgewiesen. Der Sturz auf den Arm stellt nicht das Hineinfallen einer Last in den Arm dar.

Angesichts der vorstehend aufgeführten Argumente läßt sich das Ergebnis des Gerichtssachverständigen Dr. Hu (Gutachten vom 20. Juli 1999) nicht vertreten. Die Ärzte Me/Dr. Ex haben sich in ihrer Stellungnahme vom 19. August 1999 mit der Begründung der abweichenden Meinung des Dr. Hu befaßt. Die Begründungen dieses Arztes in seinem Gutachten vermögen nicht zu überzeugen, soweit sie den vorstehend ausgeführten Gründen nicht entsprechen.

Insbesondere hat Dr. Hu nicht berücksichtigt, daß kein Unfallhergang nachgewiesen ist, der nach den Erkenntnissen der ärztlichen Wissenschaft zu einem RM-Riß führen kann, daß keine Verletzungsfolgen im Inneren der Schulter (Hämarthrose, Einblutungen im feingeweblichen Befund) nachgewiesen sind und daß die Muskulatur oberhalb der RM keine Verletzungen aufweist. Im übrigen konnten die Ärzte Me/Dr. Ex überzeugend ausführen, daß eines der Hauptargumente des Dr. Hu nicht zutrifft; Dr. Hu hat ausgeführt, daß gerade für eine RM-Ruptur ein röntgenologisch nachweisbarer Hochstand des Oberarmkopfes ein typischer Befund

sei. Dem gegenüber konnten die genannten Ärzte überzeugend darlegen, daß bei unfallverursachten Schädigungen in einem Gelenk, auch in einem Schultergelenk, es zur Ausbildung von Blutergußbildungen (Hämarthrose) kommt, die gerade durch ein Tiefertreten des Oberarmkopfes zu einer Erweiterung des Schulterdaches führen. Durch den Bluterguß kommt es zu einem Tiefertreten des Oberarmkopfes und nicht zu einem Höherentreten des Oberarmkopfes unterhalb der Schulterhöhe. Das Höherentreten ist eher eine Degeneration.

Es trifft auch nicht zu, wie Dr. Hu ausgeführt hat, daß durch den streitbefangenen Unfall die Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens eingetreten sei. Eine Vorschädigung im Sinne einer Gesundheitsstörung ist beim Kläger nicht nachgewiesen. Etwaige altersbedingte Verschleißerscheinungen der RM stellen keine vorbestehende Erkrankung dar.

Auch wenn die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Unfall vom 19. August 1994 und dem festgestellten RM-Riß angenommen werden könnte, wäre dieser zur Überzeugung des Senats dennoch nicht zu entschädigen. Denn als wesentliche Ursache für den Eintritt des RM-Risses wäre nicht der Unfall, sondern der Zustand des im Unfallzeitpunkt mehr als 50jährigen Klägers anzusehen.

Wie die Ärzte Me/Dr. Ex im Gutachten vom 09. April 1996 ausgeführt haben, handelt es sich bei der RM um eine muffartige Ummantelung des Oberarmkopfes durch die Außendrehmuskulatur und Innendrehmuskulatur an der Schulter. Diese Muskulatur kommt großenteils vom bauch- und rükkenseitigen Schulterblatt und sie liegt muskulär und knöchern sehr gut geschützt in der Tiefe. Ihre Hauptaufgabe liegt in der Zentrierung des Oberarmkopfes in der für diesen zu kleinen Schultergelenkpfanne. Es handelt sich um eine gelenksichernde Muskelfunktion. Diese Gelenkstrukturen unterliegen erheblichen frühzeitigen Verschleißumformungen. Ab dem 30. Lebensjahr gelingt fast immer ein positiver Nachweis degenerativer Veränderungen, ab dem 40. Lebensjahr zeigen sich regelmäßige Mikroeinrisse in einem Drittel der Fälle, ab dem 60. Lebensjahr Makroeinrisse in 2/3 der Fälle und ab dem 70. Lebensjahr Makroeinrisse der RM und komplette Rupturen in 100 % aller Fälle durchgeführter Untersuchungen. Da die Rotatoren unter dem Schulterdach oder der Schulterhöhe hindurchlaufen, sind sie zusätzlich im Rahmen der Verschleißumformung gefährdet, wenn dieses Schulterdach z.B. durch Einengung im Sinne von Exophyten weiter beeinträchtigt ist. Ein Verschleißverhalten der RM betrifft nicht alle Manschettenabschnitte zeitgleich und gleichförmig. Die Supraspinatussehne, die an der höchsten Stelle des Schulterdaches direkt in der Schulterhöhe verläuft, ist am häufigsten betroffen und auch am frühzeitigsten. Diese Verschleißumformungen machen häufig keine Probleme, da sie langsam entstehen, häufig sind nicht einmal endgradigste Bewegungseinschränkungen nachweisbar.

Wie die Ärzte Me/Dr. Ex im einzelnen ausgeführt haben, sind die Rotatoren im Rahmen der Verschleißumformungen zusätzlich gefährdet, da sie unter dem Schulterdach oder der Schulterhöhe hindurchlaufen, wenn dieses Schulterdach z.B. durch Einengungen weiter beeinträchtigt wird. Daß von solchen Einengungen im vorliegenden Fall ausgegangen werden kann, haben die Ärzte Me/Dr. Ex im einzelnen begründet. Die Röntgenaufnahmen zeigten seinerzeit Verkalkungen von Erbsengröße im Verlauf der zum Schultergelenk gehörenden Sehnen und derartige Verkalkungen können zu einer Einengung des Schulterdaches führen. Auch im Bereich des Schulterreckgelenkes konnte eine Aufwulstung gesehen werden, die ebenfalls zu einer Schulterdacheinengung führen kann. Den

Ausführungen des Dr. Hu, der für eine Impingementsituation keine Anhaltspunkte finden konnte, kann deshalb nicht gefolgt werden. Im übrigen hat auch Dr. Hu eine "fraglos vorbestehende Degeneration zum Zeitpunkt des Unfalles" (Seite 38 seines Gutachtens) angenommen. Demgemäß hat Dr. He (Gutachten vom 09. Oktober 1995) allein den degenerativen Verschleiß als wesentliche Ursache des eingetretenen RM-Risses beurteilt.

Mit dem Gutachten von Dr. P/Dr. E vom 19. Juli 1995 vermochte sich der Senat nicht im einzelnen auseinanderzusetzen, da diese Ärzte für die Annahme eines Ursachenzusammenhanges des RM-Risses mit dem angeschuldigten Unfall vom 19. August 1994 Gründe nicht angegeben haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.

Fundstelle:

juris-Rechtsprechungsdatenbank