

L 3 U 128/07

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Neuruppin (BRB)
Aktenzeichen
S 8 U 51/03
Datum
27.02.2007
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 128/07
Datum
18.11.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 27. Februar 2007 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Gewährung von Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 15. April 2002 sowie die Erstattung von Heilbehandlungskosten über den 21. Mai 2002 hinaus.

Die 1951 geborene Klägerin war ab April 2001 bei der Ökologischen Domäne H Bäu-erliche GmbH in T als Tierpflegerin im Bereich Schweinehaltung versicherungspflichtig beschäftigt. Am 15. April 2002 gegen 10:00 Uhr morgens rutschte sie am Stall auf einer regennassen Betonfläche aus und fiel auf ihren rechten Oberarm und Schultergelenk (vgl. Unfallanzeige des Arbeitgebers vom 17. April 2002, Sonderfragebogen Schulterverletzung der Klägerin vom 27. Mai 2002). Sie brach die Arbeit sofort ab und stellte sich bei dem Facharzt für Chirurgie/H-Arzt Dipl.-Med. O vor, der eine Kontusion des rechten Oberarmes diagnostizierte. Die Röntgenuntersuchung blieb unauffällig, die körperliche Untersuchung ergab einen Spontan-, Druck- und Bewegungsschmerz im Bereich des proximalen Humerus, ohne Anzeichen für eine Luxation (H-Arzt-Bericht vom 15. April 2002). Neben Schmerzmitteleinsatz und Salbenkompressionsverband fand wegen der nur diskreten Rückbildung der starken Schmerzen bei verbesserter Beweglichkeit ab dem 08. Mai 2002 bis zum 31. Mai 2002 eine physiotherapeutische Behandlung statt. Die Arbeitsunfähigkeit endete am 21. Mai 2002, zum vorgesehenen Wiedervorstellungstermin am 31. Mai 2002 erschien die Klägerin nicht (H-Arzt-Berichte vom 30. April 2002 und 11. Juni 2002).

Am 20. August 2002 stellte sich die Klägerin bei dem Orthopäden Dipl.-Med. R vor, der bei einer akuten Schultersteife rechts nach körperlicher und sonographischer Untersuchung den Verdacht auf eine Ruptur der Rotatorenmanschette (RM) äußerte. Am 29. August 2002 wurde im Stadtkrankenhaus T eine diagnostische Schultergelenk-sarthroskopie nebst subacromialer Dekompression bei der Klägerin durchgeführt und eine chronische Bursitis subacromialis festgestellt (vgl. Epikrise vom 06. September 2002, Operationsbericht vom 29. August 2002). Der behandelnde Chefarzt der unfallchirurgischen Abteilung/Durchgangsarzt (DA) Dr. K äußerte den dringenden Verdacht auf eine traumatische Verursachung (DA-Bericht vom 30. August 2002); die Klägerin hatte zum Unfallhergang angegeben, beim Verlassen des Traktors auf der Treppe abgerutscht und auf die rechte Schulter gefallen zu sein. In der weiteren von Dr. K am 26. September 2002 durchgeführten Schulteroperation erfolgte eine Refixation der RM nebst Redondrainage (Operationsbericht vom 26. September 2002). Arbeitsunfähigkeit bestand vom 28. August 2002 bis zum 09. Februar 2003.

Die Beklagte holte eine beratungsärztliche Stellungnahme von dem Facharzt für Chirurgie (Oberarzt im Unfallkrankenhaus B) Dr. G vom 27. September 2002 ein, der unter Berücksichtigung des geschilderten Unfallherganges und der Befunderhebung der behandelnden Ärzte zu dem Ergebnis kam, die Klägerin habe im Rahmen des angeschildigten Ereignisses eine Prellung im Bereich des körpernen Oberarmes und des Schultergelenkes rechts erlitten. Die Arbeitsunfähigkeit bis zum 21. Mai 2002 sei hierauf zurückzuführen. Die im weiteren Verlauf nachgewiesenen Veränderungen im Bereich der RM seien degenerativer Genese und als unfallunabhängig einzuschätzen. Daraufhin brach die Beklagte die Heilbehandlung zu ihren Lasten ab und teilte dies mit Schreiben vom 30. September 2002 der Klägerin mit.

Mit Bescheid vom 23. Oktober 2002 erkannte die Beklagte den Unfall vom 15. April 2002 als Arbeitsunfall an, die Gewährung einer Verletztenrente lehnte sie ab. Hierbei führte sie aus, als Unfallverletzung werde eine Prellung des rechten Oberarmes und der rechten Schulter anerkannt. Bleibende Unfallfolgen bestünden keine. Als vom Unfall unabhängige Erkrankungen lägen vor: RM-Ruptur des rechten Schultergelenkes und chronische Schleimbeutelentzündung. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit habe vom 15. April bis zum 21. Mai 2002 bestanden, die erneute Behandlung ab dem 20. August 2002 sowie die damit verbundenen stationären

Aufenthalte und die Arbeitsunfähigkeit seien aufgrund der unfallunabhängigen Verschleißerkrankungen des rechten Schultergelenkes notwendig geworden. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei nicht festzustellen.

Mit ihrem Widerspruch begehrte die Klägerin, ihr eine Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls zu gewähren und auch die weitere Finanzierung der Heilbehandlung zu übernehmen. Die erneute Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit sei auf eine unzureichende Behandlung durch den H-Arzt Dipl.-Med. O zurückzuführen, der fehlerhaft zu früh Arbeitsfähigkeit angenommen habe.

Daraufhin holte die Beklagte ein Vorerkrankungsverzeichnis der Technikerkranken-kasse (TKK) - Mitgliedschaft der Klägerin seit dem 09. April 2001 - ein und veranlasste eine Zusammenhangsgutachtung durch den leitenden Arzt des Fachbereichs Orthopädie an der Median-Klinik Berlin, Rehabilitationsklinik für Neurologie und Orthopädie, Dr. K. In seinem Gutachten vom 04. April 2003 stellte Dr. K nach Untersuchung der Klägerin am 11. März 2003 folgende Gesundheitseinschränkungen fest:

- Bewegungseinschränkung im rechten Schultergelenk mit geringer Kraftminderung der Schultergürtelmuskulatur, - Luxation des Nervus ulnaris aus einem Sulcus am Ellenbogen bei Ellenbogenbeugung, mit Sensibilitätsstörungen im Ring- und Kleinfinger einhergehend, - Sehnncheidenverdickung des Ringfingers der rechten Hand mit Symptomen des schnellen Fingers.

Er kam zu dem Ergebnis, die Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes mit leichter Kraftminderung der Schultergürtelmuskulatur sei mit Wahrscheinlichkeit ursächlich auf das Ereignis vom 15. April 2002 i. S. d. Entstehung zurückzuführen. Zusammenfassend sprächen für den Kausalzusammenhang das leere Vorerkrankungsverzeichnis, der sofortige Schmerz mit Bewegungsverlust im rechten Schultergelenk und das Fehlen von Überlastungszeichen im Röntgenbild. Gegen einen Kausalzusammenhang sprächen das Alter über 50 Jahre mit Vorliegen degenerativer Veränderungen in der RM zum Unfallzeitpunkt sowie die Ungeklärtheit des Unfallmechanismus - ein Sturz mit direkter Prellung der Schulter sei kein geeigneter Verletzungsmechanismus zur Auslösung einer RM-Ruptur. Das Gleiche gelte für eine Intakte als auch eine degenerativ vorgeschädigte Sehne, denn die mechanische Schutzfunktion des überlagernden Musculus deltoideus verhindere eine strukturelle Schädigung der RM. Theoretisch sei es möglich, dass die Ruptur schon vor dem Unfallereignis vorgelegen habe, denn diese könnte auch asymptomatisch verlaufen. Im Ergebnis würden die für einen Unfallzusammenhang sprechenden Faktoren überwiegen. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe vom 15. April bis zum 21. Mai 2002 und vom 28. August 2002 bis zum 09. Februar 2003 bestanden. Behandlungsbedürftigkeit habe wie bescheinigt vorgelegen, zudem seien noch weitere Behandlungsmaßnahmen zum Ausgleich muskulärer Dysbalancen im Nacken-Schultergürtel-Bereich und zur Verbesserung der Bewegungsausmaße im rechten Schultergelenk nötig. Die MdE werde ab Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit mit 20 v. H. eingeschätzt. Die Beklagte hat hierzu eine ergänzende beratungsgärtliche Stellungnahme von Dr. G vom 05. Mai 2003 eingeholt, der den Feststellungen des Gutachters Dr. K widersprochen hat. So sei der Unfallmechanismus geklärt, da nach den Angaben der Klägerin wie auch den aktenkundigen Anamneseerhebungen ein direkter Sturz auf die Schulter beschrieben werde. Der Operateur habe, anders als von Dr. K dargestellt, in der direkten Aufsicht auf den Schaden ganz deutlich degenerative Veränderungen auf beiden Seiten der Rissenden beschrieben. Allein aus dem Umstand, dass keine Vorerkrankungen vorlägen bzw. bekannt seien, könne nicht auf eine unfallbedingte Verursachung geschlossen werden.

Daraufhin wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 27. Mai 2003 den Widerspruch der Klägerin als unbegründet zurück. Vorliegend sei als unmittelbarer Unfallschaden lediglich eine Kontusion der rechten Schulter nachgewiesen. Das angeschilderte Unfallereignis sei nicht geeignet gewesen, eine RM-Ruptur hervorzurufen. Nach dem Trauma sei keine bei RM-Rupturen typische "Pseudolähmung" aufgetreten. Zudem sei bereits nach einer relativ kurzen Arbeitsunfähigkeit noch mehrere Wochen weitergearbeitet worden.

Mit der vor dem Sozialgericht (SG) Neuruppin erhobenen Klage hat die Klägerin ihr Begehren auf Übernahme der weiteren Behandlungskosten über den 21. Mai 2002 hinaus sowie auf Gewährung von Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 15. April 2002 weiterverfolgt. Durch die unzureichende Behandlung des Dipl.-Med. O sei die Verletzung der RM-Ruptur nicht in ihrem vollen Ausmaß erkannt und behandelt worden. Demzufolge habe sich der Gesundheitszustand wegen der zu frühen Belastung durch die Arbeit verschlechtert und insbesondere eine Bursitis subacromialis verursacht. Dies ergebe sich nicht nur aus dem Gutachten von Dr. K, sondern auch aus dem für die private Haftpflichtversicherung des Dipl.-Med. O erstellten Gutachten des Chefarztes der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am St. S-Krankenhaus in H, Dr. B, vom 12. Juni 2002, welches in Auszügen zur Akte gereicht werde.

Das SG hat zunächst Befundberichte des Orthopäden Dipl.-Med. R vom 16. Dezember 2003 (Behandlung vom 20. August 2002 bis zum 07. Januar 2003) und des Dipl.-Med. O vom 16. Januar 2004 (Behandlung vom 15. April bis zum 07. November 2002) sowie ein Sachverständigengutachten von dem Chefarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie im W Krankenhaus in E, Dr. H, vom 15. Juni 2004 eingeholt. Der Sachverständige ist nach Untersuchung der Klägerin am 31. März 2004 zu dem Ergebnis gekommen, bei dieser bestünden Bewegungseinschränkungen im Bereich des rechten Schultergelenkes verbunden mit Belastungsbeschwerden. Der Klägerin sei es nicht möglich, selbständig den Arm bis in die Horizontale zu heben sowie schwere Gegenstände mit dem rechten Arm zu heben oder zu tragen. Diese Beeinträchtigungen bestünden seit dem 15. April 2002 und seien ursächlich auf das Unfallereignis zurückzuführen. Da die Vorgeschichte bezüglich vorausgegangener Schultergelenkserkrankungen leer sei, sei eine eventuell zum Unfallzeitpunkt bereits bestehende degenerative Vorschädigung der RM nicht zu belegen. Zum Sturzmechanismus fänden sich nur vage Angaben in der Akte. Auch bei seiner Befragung habe die Klägerin keine genauen Angaben machen können. Ihr sei lediglich erinnerlich, dass sie seitlich auf der rechten Schulter gelegen habe, der Arm angepresst und teilweise hinter ihrem Rücken gelegen habe. Der hiernach rekonstruierbare Unfallmechanismus lasse durchaus einen Sturz auf das Schultergelenk bei anliegendem Arm mit Rotationskomponente zu und werde in der Fachliteratur auch als Auslöser einer traumatischen RM-Ruptur angesehen. Zudem sprächen das Verletzungsbild und der zeitliche Ablauf (sofortige Arbeitseinstellung und Aufsuchung eines Arztes ca. 1 Stunde danach) für den Unfallzusammenhang. Zwar sei die Dokumentation des ersten Untersuchungsbefundes nicht sehr ausführlich, sie lasse jedoch einen sofortigen Schmerz und erhebliche Bewegungseinschränkungen erkennen, die für eine sofort aufgetretene Pseudoparalyse sprächen. Weder der Sonographiebefund von August 2002 noch das Ergebnis der Schulterarthroskopie vom 29. August 2002 könnten für die Beurteilung des Ursachenzusammenhanges herangezogen werden. In einem deutlich kürzerem Abstand der Arthroskopie zum Unfallereignis lasse sich normalerweise anhand der Struktur der Rissränder unterscheiden, ob es sich um eine frische traumatische Ruptur oder um eine Ruptur eher degenerativer Genese handle. Bei der hier ca. 4 Monate nach dem Ereignis durchgeführten Arthroskopie könnten allenfalls Sekundärhinweiszeichen zur Beurteilung herangezogen werden. Gegen einen Unfallzusammenhang sprächen die nicht eindeutige Rekonstruierbarkeit des Unfallherganges sowie das Alter der Klägerin von über 50 Jahren zum Unfallzeitpunkt mit der Vermutung bereits vorliegender degenerativer

Veränderungen im Sehnenansatz-bereich. Die über den 21. Mai 2002 hinausgehende Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit sei durch die Unfallfolgen bedingt. Die MdE sei für die Zeit ab dem 10. Februar 2003 mit 20 v. H. einzuschätzen.

Die Beklagte hat unter Vorlage einer beratungsärztlichen Stellungnahme des Dr. G vom 28. Juni 2004 Kritik an dem Gutachten geübt. Der Sachverständige Dr. H ist in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 09. Juli 2004 bei der von ihm vertretenen Auffassung geblieben; die mangelnde Rekonstruierbarkeit des genauen Unfallherganges könne der Klägerin nicht negativ angelastet werden. Im Hinblick auf den spärlichen Erstbericht sei es nicht zulässig, anzunehmen, dass eine aktive Beweglichkeit im Bereich des Schultergelenkes vorhanden gewesen sei. Schließlich habe die Klägerin im Rahmen seiner gutachterlichen Befragung zur Situation nach dem Sturz angegeben: "Ich konnte den Arm in der Schulter aktiv nicht mehr bewegen, hatte große Schmerzen und habe deshalb sofort die Arbeit abgebrochen und den Arzt aufgesucht".

In der mündlichen Verhandlung des SG vom 26. Juli 2005 hat die Klägerin auf Befragen zum Unfallgeschehen mitgeteilt: "Ich war mit dem Ausmisten am 15. April 2002 fertig bzw. dem Auskratzen fertig, bin nach draußen getreten vor den Stall und wollte die Türe einhängen. Bei dem Vorgang des Einhängens der Tür bin ich ausgerutscht und auf meinen so viel ich weiß – wie mir in Erinnerung ist – auf den rechten Arm gefallen, danach bin ich aufgestanden und konnte meinen rechten Arm nicht mehr bewegen. Darauf bin ich zu Frau B gelaufen, welche den Unfall aufgenommen hat.". Auf weiteres Befragen hat die Klägerin erklärt: "Nach dem Unfall, der mir beim Schließen der Tür passiert ist, bin ich auf den Trecker gestiegen und habe den Trecker noch in den Stall gefahren und bin dann erst zu Frau B gelaufen und dann nach Hause gelaufen".

Das SG hat weiter ermittelt und Vorerkrankungsverzeichnisse von der TTK vom 30. August 2005 und der AOK Brandenburg vom 12. September 2005 (Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen Zervikobrachialsyndrom 1993, 1997 und 2000) eingeholt. Anschließend hat im Auftrag des SG der Chirurg und Sozialmediziner Dr. B am 21. Dezember 2005 ein Sachverständigengutachten erstattet. Nach Untersuchung der Klägerin am 20. Dezember 2005 hat er als Diagnosen gestellt:

1. Schmerzhaftes Bewegungseinschränkung am rechten Schultergelenk bei Zustand nach operativer Versorgung einer RM-Ruptur und durchgeführter subacromialer Dekompressionsoperation. 2. Ausgeprägte degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule, anhaltende Lumbalgien/Ischialgien. 3. Verdacht auf Carpal tunnel syndrome rechts.

Er hat die Auffassung vertreten, dass keine der genannten Gesundheitsstörungen auf das angeschuldigte Ereignis vom 15. April 2002 zurückzuführen sei. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit habe bei der Klägerin eine anlagebedingte Vorschädigung im Sinne degenerativer RM-Veränderungen vorgelegen. Für eine traumatische RM-Ruptur fehle es vorliegend an einem geeigneten Unfallereignis. Dies hätten die Vorgutachter Dr. H und Dr. K außer Acht gelassen. So sei sich die unfallmedizinische Fachliteratur darin einig, dass eine direkte Krafteinwirkung auf die Schulter durch einen Sturz, eine Prellung oder einen Schlag keinen geeigneten Unfallhergang darstelle, weil eine Zugbeanspruchung mit unnatürlicher Längendehnung der Sehne des Musculus supraspinatus nicht eintrete. Zudem sei die RM durch die Schulterhöhe des Acromions und den Deltamuskel gut geschützt, so dass ein direktes Anprallen an die Schulter nicht zu einer derartigen Verletzung, wie sie bei der Klägerin vorgelegen habe, führen könne. Geeignete Verletzungsmechanismen seien eine Zugbeanspruchung mit unnatürlicher Längsdehnung der Sehne des Musculus supraspinatus, insbesondere wenn ein plötzliches massives Rückwärtsreißen oder Heranführen des Armes stattfinde, wie etwa bei einem Sturz beim Fensterputzen aus der Höhe nach vorn mit noch festhaltender Hand oder auch bei starker Zugbelastung bei gewaltsamer Rotation des Armes oder bei einem Sturz nach hinten und innen gehaltenem Arm. All diese Verletzungsmechanismen hätten auch bei Zugrundelegung der unterschiedlichsten Angaben der Klägerin eindeutig nicht stattgefunden. Zudem habe der erstbehandelnde Arzt Dipl.-Med. O zwar als Befund einen Spontan-, Druck- und Bewegungsschmerz im Bereich des proximalen Humerus beschrieben, nicht jedoch schwerwiegende Einschränkungen der Beweglichkeit selbst. Die radiologische Untersuchung sei unauffällig geblieben. Auch hätten sich bei der späteren operativen Versorgung degenerative Veränderungen der RM feststellen lassen. Zur berücksichtigen sei insbesondere, dass bei der Operation am 29. August 2002 mit dem Shaver eine subacromiale Dekompression durchgeführt worden sei, also eine Abtragung von Knorpeln-/Knochenanteilen, was nicht für ein Unfallgeschehen, sondern vielmehr für einen degenerativen Verschleißprozess spreche. Die vielfachen Ausführungen des Unfallchirurgen Dr. G im Rahmen seiner beratungsärztlichen Stellungnahmen seien inhaltlich zu bestätigen.

Hierzu hat die Klägerin eingewandt, bereits bei der Begutachtung durch Dr. K habe sie mitgeteilt, dass sie sich noch mit der rechten Hand habe abstützen wollen. Es sei daher durchaus auch möglich und angesichts des immerhin dokumentierten Versuches wohl auch wahrscheinlich, dass ihr dies gelungen sei, auch wenn sie wegen des schnellen Ablaufes des Geschehens, des Schreckens und der eingetretenen Schmerzen keine absolut sichere Erinnerung mehr daran habe. Ein solches Abstützen könne aber ohne weiteres zu der von Dr. B als für eine unfallbedingte Schädigung unabdingbar gehaltene Zugbeanspruchung mit unnatürlicher Längendehnung des Musculus supraspinatus geführt haben. Die Klägerin hat einen Behandlungsverlauf des Facharztes für Innere Medizin G vorgelegt (Arztbesuche wegen Wirbelsäulen- und Gelenksschmerzen, u. a. Dezember 1992 wegen Epicondylitis humero radialis rechts, 1993, 2000, 2002 und 2004 wegen Cervicobrachialsyndrom beidseits, 1999, 2003 und 2005 wegen Lumbago).

Das SG hat Befundberichte des Internisten G vom 04. Juli 2006 sowie des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. K vom Klinikum U in S vom 05. September 2006 (Behandlung im September 2005 wegen Claudicatio spinalis bei Degeneration L4/5, im Februar 2006 wegen Carpal tunnel syndrome links) und ergänzende Stellungnahmen von Dr. B vom 24. Februar 2006 und 19. Oktober 2006 eingeholt. Dr. B hat ausgeführt, maßgeblich seien wirklich nachweisbare und befunddokumentierte Schadensabläufe und pathologische Untersuchungsergebnisse, nicht jedoch Vermutungen oder spekulative Aussagen über mögliche Geschehensabläufe. Der Operationsbericht von August 2002 beinhalte deutliche Belege für degenerative Veränderungen in einem Umfang, dass eine subacromiale Dekompression notwendig gewesen sei.

Das SG Neuruppin hat durch Urteil vom 27. Februar 2007 die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Klägerin könne weder über den 21. Mai 2002 hinaus die Übernahme von Behandlungskosten noch die Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen des Unfalls vom 15. April 2002 verlangen. Der Unfall habe die RM-Ruptur rechts und die chronische Bursitis subacromialis weder verursacht noch einen vorbestehenden Zustand verschlimmert. Insoweit schließe sich die Kammer den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. B an. Die vom Sachverständigen Dr. H hinsichtlich der Unfallursachlichkeit zugrunde gelegten Gesichtspunkte überzeugten dagegen nicht. Eine MdE aus den Folgen des als Arbeitsunfall anerkannten Ereignisses vom 15. April 2002 sei nicht

festzustellen.

Hiergegen richtet sich die Klägerin mit ihrer Berufung. Entgegen der vom SG vertretenen Auffassung sei das Gutachten von Dr. B nicht geeignet, die weitaus besseren gutachterlichen Darlegungen von Dr. H und Dr. K zu entkräften. Diese Gutachter verfügten als Unfallchirurgen und Orthopäden über die größere Kompetenz zur Beurteilung der hier zu entscheidenden Fragen als der Allgemein Chirurg Dr. B. Dem Gutachten mangle es an einer Auseinandersetzung mit dem Unfallgeschehen. So sei es nach der relativ zeitnahen Unfallschilderung bei der Begutachtung durch Dr. K auch überwiegend wahrscheinlich, dass es bei dem Sturz zu einem Abstützen mit der rechten Hand gekommen sei. Dieser Umstand sei bei der Beurteilung des Zusammenhanges zugrunde zu legen, auch wenn wegen des schnellen Ablaufes des Geschehens, des Schreckens und der erlittenen Schmerzen bei ihr keine absolut sichere Erinnerung mehr bestehe. Dr. B ignoriere diese vergleichsweise detaillierte Beschreibung des Unfallgeschehens. Auch der in einem privaten Haftungsstreit beauftragte Gutachter Dr. B komme zu dem Ergebnis, dass das Unfallereignis zur Hervorrufung einer RM-Ruptur geeignet sei.

Die Klägerin hat das im Auftrag der C Sachversicherung AG unter dem 12. Juni 2002 erstellte Gutachten des Dr. B, auf dessen Inhalt Bezug genommen wird, in vollständiger Kopie zur Akte gereicht.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 27. Februar 2007 aufzuheben so-wie den Bescheid der Beklagten vom 23. Oktober 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Mai 2003 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 15. April 2002 auch die Kosten der Heilbehandlung für die Zeit vom 20. August 2002 bis zum 31. Dezember 2006 zu erstatten und ihr eine Verletztenrente nach einer MdE von 20 v. H. ab dem 10. Februar 2003 bis zum 31. Dezember 2006 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend. Vorliegend spreche die Ungeeignetheit des Unfallmechanismus, der zweiphasige Schmerzverlauf sowie die bei der Operation gefundenen degenerativen Veränderungen gegen die Annahme einer traumatischen Ruptur der Supraspinatussehne. Zudem hätte die Klägerin bei den mit einer Supraspinatussehnenruptur verbundenen massiven Beschwerden ihre Tätigkeit nicht bis zum 28. August 2002 wieder ausüben können.

Auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) hat der Senat ein Zusammenhangsgutachten von Dr. B vom 13. August 2008 eingeholt. Der Sachverständige hat nach Untersuchung der Klägerin am 14. Juli 2008 einen Zustand nach Ruptur der Supraspinatussehne in ihrem Ansatzbereich und nach operativer Refixation festgestellt. Zum Zeitpunkt seiner Untersuchung habe nur noch eine diskrete Bewegungseinschränkung im Bereich des rechten Schultergelenkes und eine äußerst diskrete Minderung der Kraft bestanden. Die RM sei fest eingeeilt und habe im Laufe der langen postoperativen Phase bis zum Zeitpunkt der Untersuchung eine weitgehend freie Beweglichkeit und Funktion erreicht. Der Arbeitsunfall vom 15. April 2002 sei mit hinreichender Wahrscheinlichkeit die wesentliche Ursache für die jetzige Erkrankung. Zwar werde nach den Richtlinien sowohl des Hauptverbandes der Berufsgenossenschaften als auch der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie der seitliche Aufschlag auf den Arm als nicht geeigneter Unfallhergang beschrieben. Demgegenüber werde in beiden Richtlinien die Luxation des Schultergelenkes als geeigneter Mechanismus zur traumatischen Zerreißung der RM benannt. Zwischen diesen beiden Extremmechanismen lägen viele Varianten. So könne es bei einem seitlichen dorsalen oder ventralen Aufschlag zu Subluxationen kommen, die ebenfalls geeignet seien, eine Ruptur der Supraspinatussehne herbeizuführen. Eine vollständige Luxation der Schulter habe nach dem von der Klägerin geschilderten Unfallhergang nicht vorgelegen. Es könne jedoch eine Gewalteinwirkung auf die RM im Hinblick auf einen dorsalseitigen oder ventralseitigen Aufschlag vorgelegen haben. Die Klägerin könne hierzu keine klaren Angaben machen. Wesentlicher Gesichtspunkt für die Zusammenhangsbeurteilung sei, dass bei der Klägerin längere Zeit vorbestehende Schulterbeschwerden nicht vorgelegen hätten. Der Arm sei – nach ihren Angaben – vor dem Unfall aktiv beweglich gewesen. Unmittelbar nach dem Sturz habe sie den Arm nicht mehr heben können und sich sofort in ärztliche Behandlung begeben. Zu bedenken sei, dass bei einem frisch traumatisierten Schultergelenk – wie bei der Klägerin – wegen der bestehenden Schmerzhaftigkeit keinerlei Prüfung der RM-Funktion möglich sei. Erstmals am 17. Mai 2002 sei von dem behandelnden Dipl.-Med. O eine aktive Beweglichkeit erhoben worden. Sowohl nach den Befunden der erstbehandelnden Ärzte wie auch bei den späteren gutachterlichen Untersuchungen habe die Klägerin das typische Bild einer Pseudoparalyse beschrieben, in dem sie z. B. angab, den rechten Arm mit dem linken Arm führen zu müssen. Entgegen der von Dr. B vertretenen Auffassung spreche die Durchführung einer subacromialen Dekompression in keinsten Weise für einen degenerativen Verschleißprozess. Diese gehöre routinemäßig auch bei frischen RM-Rupturen dazu, um den Gleitraum für die neu angenähte Sehne zu erweitern und hier eine gute Einheilung zu ermöglichen. Im Hinblick auf den deutlichen zeitlichen Abstand zum Unfallereignis könnten sowohl die Ultraschalluntersuchung vom August 2002 als auch die Arthroskopie vom 29. August 2002 nicht mehr zur Beurteilung des Ursachenzusammenhangs herangezogen werden. Wegen der traumatischen Supraspinatussehnenruptur habe Behandlungsbedürftigkeit als auchiedereinsetzende Arbeitsunfähigkeit bis April 2003 bestanden. Die MdE sei schwer einzuschätzen. Retrospektiv betrachtet sei sie zunächst mit 20 v. H., für 2005 sei sie mit 10 v. H. und zum Zeitpunkt seiner Untersuchung bzw. bereits ab Januar 2006 mit unter 10 v. H. einzustufen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, jedoch unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist nach [§§ 157, 95 SGG](#) der Bescheid der Beklagten vom 23. Oktober 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Mai 2002. In dem angefochtenen Bescheid vom 23. Oktober 2002 hat die Beklagte nicht nur die Gewährung einer Verletztenrente sowie die Feststellung der RM-Ruptur und der chronischen Schleimbeutelentzündung (Bursitis subacromialis) des rechten Schultergelenkes als Unfallfolgen abgelehnt. Sie hat darin auch ausgeführt, dass eine Behandlungsbedürftigkeit

und Arbeitsunfähigkeit wegen der Unfallverletzung nur bis zum 21. Mai 2002 bestanden habe und die erneute Behandlung ab dem 20. August 2002 sowie die damit verbundenen stationären Aufenthalte und Arbeitsunfähigkeit wegen unfallunabhängiger Erkrankungen notwendig gewesen sei. Letzteres kann da-her als Regelung (Verfügung) im Sinne einer Ablehnung von Heilbehandlung nach dem 21. Mai 2002 gedeutet werden. Dies ist von der Klägerin auch so verstanden worden, denn sie hat mit ihrem Widerspruch vom 11. November 2002, eingegangen bei der Beklagten am 18. November 2002, die Gewährung einer Verletztenrente und Fortführung der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung begehrt, und die Beklagte hat über dieses Begehren mit Widerspruchsbescheid vom 27. Mai 2003 entschieden.

Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide erweisen sich als rechtmäßig. Der Klägerin steht ein Anspruch auf Übernahme der Kosten der Heilbehandlung nach Aufnahme der Arbeitstätigkeit am 21. April 2002 (bzw. Ende der von der Beklagten noch finanzierten Physiotherapie am 31. Mai 2002) und Gewährung von Verletztenrente ab dem 10. Februar 2003 nicht zu.

Nach [§§ 26 Abs. 1](#), 27 ff Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) wird Heilbehandlung erbracht, wenn die Versicherte infolge des Versicherungsfalls behandlungsbedürftig ist.

Gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Die MdE richtet sich gemäß [§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens.

Arbeitsunfälle sind nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)).

Für die Anerkennung von Unfallfolgen und die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist erforderlich, dass sowohl zwischen der unfallbringenden Tätigkeit und dem Unfallereignis als auch zwischen dem Unfallereignis und der Gesundheitsschädigung ein innerer ursächlicher Zusammenhang besteht. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, der Unfall und die Gesundheitsschädigung im Sinne des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht grundsätzlich die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit – nicht allerdings die bloße Möglichkeit – ausreicht (Bundessozialgericht [BSG] in SozR 3-2200 § 551 Reichsversicherungsordnung [RVO] Nr. 16 m. N.). Anders als nach der im Zivilrecht geltenden Adäquanztheorie, nach der jedes Ereignis, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen, als Ursache des Erfolges gilt, erfolgt im Sozialrecht die Unterscheidung und Zurechnung nach der Theorie der wesentlichen Bedingung. Nach dieser werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolges bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden (vgl. u. a. Urteile des BSG vom 12. April 2005, [B 2 U 27/04 R](#), in SozR 4-2700 [§ 8 SGB VII](#) Nr. 15 und vom 09. Mai 2006, [B 2 U 1/05 R](#), in SozR 4-2700 [§ 8 SGB VII](#) Nr. 17). Da es mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben kann, ist für die Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. Hierbei ist "wesentlich" nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts (vgl. BSG, in SozR Nr. 27 und Nr. 69 zu § 542 a. F. RVO; BSG, in SozR Nr. 6 zu § 589 RVO; Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, Anm. 1.5.2). Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Ein Zusammenhang ist wahrscheinlich, wenn bei Abwägung aller Umstände die für den Zusammenhang sprechenden Faktoren so stark überwiegen, dass darauf die Überzeugung des Gerichts gegründet werden kann (vgl. zu allem BSG, Urteil vom 12. April 2005, [a. a. O.](#)).

Gesichtspunkte für die Beurteilung der Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens, Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, die Befunde und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie die gesamte Krankengeschichte (vgl. BSG, in SozR 2200 § 548 RVO Nr. 4; in SozR 4-2200 § 589 RVO Nr. 1). Hierbei hat die Kausalitätsbeurteilung auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes unter Berücksichtigung der Fachbücher und Standardwerke zur Begutachtung zu erfolgen, d. h. es ist zu prüfen, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen (vgl. BSG, in SozR 3850 § 51 BSeuchG Nr. 9, SozR 1500 [§ 128 SGG Nr. 31](#) SozR 3-3850 § 52 BSeuchG Nr. 1; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Anm. 3.3.4.3).

Gemessen an den zuvor genannten Kriterien steht auch zur Überzeugung des Senats ([§ 128 SGG](#)) fest, dass die Klägerin bei dem von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfall vom 15. April 2002 eine Kontusion (Prellung) des rechten Oberarmes erlitten hatte, die zu einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes geführt und Behandlungsbedürftigkeit bis zum 31. Mai 2002 (Ende der Physiotherapie) sowie Arbeitsunfähigkeit bis zum 21. Mai 2002 bedingt, jedoch – da folgenlos ausgeheilt – keine MdE begründet hat. Dagegen handelt es sich bei der am 20. August 2002 von dem Orthopäden Dipl.-Med. R festgestellten akuten Schultersteife rechts sowie der am 29. August 2002 bei der Arthroskopie festgestellten RM-Ruptur (genauer: Abriss der Supraspinatussehne) rechts nebst chronischer Bursitis subacromialis nicht um Folgen des Arbeitsunfalles vom 15. April 2002, so dass die deswegen ab 20. August 2002 bestehende Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit wie auch die nach den Operationen vom 29. August und 26. September 2002 bestehenden Funktionseinschränkungen der rechten Schulter von der Beklagten nach [§§ 26 Abs. 1](#), [27](#), [56 Abs. 1 SGB VII](#) nicht zu entschädigen sind.

Der Senat gründet seine Überzeugung auf das Gesamtergebnis des Verfahrens, ins-besondere jedoch auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. B vom 21. Dezember 2005 nebst ergänzenden Stellungnahmen vom 24. Februar 2006 und 19. Oktober 2006. Anders als der von der Beklagten beauftragte Gutachter Dr. K sowie die weiteren Sachverständigen Dr. H und Dr. B hat der Sachverständige Dr. B seine Beurteilung auf der Grundlage des im Vollbeweis zu sichernden Unfallgeschehens (Sturz auf die rechte Schulter/den rechten Oberarm bei angelegtem Arm), der gesicherten medizinischen Befunde und des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes der Unfallmedizin vorgenommen.

Nach den Kriterien der Unfallmedizin (vgl. Ludolph in Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, VI.-1.2.3; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Anm. 8.2.5. bis 8.2.5.7; Hansis und Mehrhoff "Rupturen der Rotatorenmanschette – traumatische und nicht-traumatische Zusammenhangstrennungen –" in Die BG Februar 2000, Seite 98 ff; Rompe/Elenkämper in Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 5. A. 2009, S. 452 ff.) sprechen für eine traumatische RM-Ruptur das Fehlen von Zeichen degenerativer Veränderungen (wie z. Bsp. Omarthrose, AC-Gelenksarthrose, Oberarmkopfhochstand) in den bildgebenden Befunden, das Vorliegen eines geeigneten Unfallherganges, eine Schmerzsymptomatik mit sofortiger Arbeitseinstellung und Arztbesuch am selben oder nächsten Tag sowie sofortigem Schmerzmaximum abklingend in den folgenden Wochen nebst dem klinischen Befund eines Fallarms (Drop arm), des Weiteren die Verletzung von Nachbarstrukturen des Schultergelenkes. Wie Dr. B überzeugend dargelegt hat, sind bei der Klägerin die zuvor genannten Kriterien nur zu einem geringen Teil erfüllt.

Zwar hatte die Klägerin nach dem Sturz umgehend ihre Arbeit eingestellt und sich schon ca. eine Stunde später in Behandlung des Chirurgen Dipl.-Med. O begeben. Jedoch kann hier die Feststellung des Auftretens eines Drop arm bzw. einer Pseudo-paralyse unmittelbar nach dem Unfallereignis, wie von den Gutachtern Dr. K, Dr. H und Dr. B ohne Vorliegen eines adäquaten zeitnahen Befundes allein anhand späterer Schilderungen der Klägerin ("seitliches Abspreizen sei nur noch wenige Zentimeter möglich gewesen") bejaht, nach den dokumentierten Befunden nicht nachvollzogen werden. So ergab der Erstbefund von Dipl.-Med. O einen Spontan-, Druck- und Bewegungsschmerz im Bereich des proximalen Humerus, ohne Anzeichen einer Luxation oder Fraktur. Hämatome u. ä. wurden nicht beschrieben, ebenso wenig eine aufgehobene Beweglichkeit des Armes i. S. eines Drop arm. Bei der Untersuchung am 17. Mai 2002 war die Beweglichkeit bei nachlassenden Schmerzen noch eingeschränkt (Anteversion (Vorwärtsheben) 80°, Abduktion (Seitwärtsheben) 70°), so dass zur Verbesserung der Beweglichkeit Physiotherapie verordnet wurde. Hinzu kommt, dass die Klägerin, die Rechtshänderin ist (vgl. Schulterfragebogen vom 27. Mai 2002), nach ihren Angaben vor dem SG in der mündlichen Verhandlung vom 26. Juli 2005 nach dem Sturz noch auf einen Traktor (hoch)gestiegen ist, diesen in den Stall gefahren hat und dann wieder von dem Traktor abgestiegen ist. Diese Verhaltensweise lässt sich mit den von der Klägerin später bei Begutachtungen geschilderten heftigsten Schmerzen und einer Pseudoparalyse des Gebrauchsarms (!) unmittelbar nach dem Sturz kaum vereinbaren.

Insbesondere fehlt es hier an einem Unfallhergang der geeignet ist, eine (isolierte) RM-Ruptur herbei zu führen. Unfallbedingte Verletzungen der RM führen in der Regel zu Begleitverletzungen im Bereich des Tuberculum majus, des Schulterdaches, der Schulterpfanne oder der langen Bizepssehne (vgl. Ludolph, a. a. O.; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Anm. 8.2.5.3 und 8.2.5.6; Hansis und Mehrhoff "Rupturen der Rotatorenmanschette – traumatische und nichttraumatische Zusammenhangstrennungen –" a. a. O.). Solche Begleitverletzungen waren bei der Klägerin in den in April und August 2002 durchgeführten Untersuchungen (Röntgen, Sonografie und Arthroskopie) nicht festzustellen. Es lag vielmehr ein isolierter Schaden der RM in Form eines Abrisses der Supraspinatussehne vor, die im September 2002 operativ refixiert wurde. Ein für die Verursachung einer isolierten RM-Ruptur, insbesondere in Form einer Supraspinatussehnenruptur, ungeeigneter Verletzungsmechanismus stellt jedoch das direkte Anpralltrauma der Schulter/des rechten Oberarmes durch Sturz dar. Dies ist von Dr. B in Übereinstimmung mit der unfallmedizinischen Literatur (vgl. Ludolph, a. a. O.; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O.; Hansis und Mehrhoff "Rupturen der Rotatorenmanschette – traumatische und nichttraumatische Zusammenhangstrennungen –" a. a. O.; Rompe/Elenkämper a. a. O.) überzeugend ausgeführt und letztlich auch von den Gutachtern Dr. K, Dr. H und Dr. B bestätigt worden. Begründet wird dies mit der anatomischen Lage der RM, die durch den haubenförmig außen auf der RM und dem Oberarmkopf aufgelagerten Deltamuskel (M. deltoideus) und den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) gegen direkte Gewalteinwirkungen gut geschützt ist (vgl. Ludolph, a. a. O.; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Anm. 8.2.5.2). Als geeignet wird dagegen ein Verletzungsmechanismus angesehen, bei dem das Schultergelenk unmittelbar vor der Einwirkung muskulär fixiert war und plötzlich eine passive Bewegung hinzugekommen ist, die überfallartig eine Dehnungsbelastung der Supraspinatussehne bewirkt hat: Schulterluxation, Sturz beim Fensterputzen aus der Höhe/von der Treppe/vom Gerüst nach vorn mit noch festhaltender Hand, Sturz mit nach hinten ausgestrecktem Arm auf die Hand oder den Ellenbogen u. ä. (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Anm. 8.2.5.; Hansis und Mehrhoff "Rupturen der Rotatorenmanschette – traumatische und nichttraumatische Zusammenhangstrennungen –" a. a. O.; Rompe/Elenkämper a. a. O.; Ludolph, a. a. O.). Ein im vorbeschriebenen Sinne geeigneter Verletzungsmechanismus lässt sich im Fall der Klägerin nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststellen. Nach den Angaben der Klägerin bei dem erstbehandelnden Arzt Dipl.-Med. O wie auch im Schulterfragebogen vom 27. Mai 2002 und nach der Schilderung des Unfallgeschehens in der Unfallanzeige des Arbeitgebers kann nur der seitliche Aufschlag auf den (angelegten) rechten Arm und das Schultergelenk als gesichert im Sinne des Vollbeweises angenommen werden. Insbesondere hat die Klägerin in dem zeitnah zum Unfallgeschehen ausgefüllten Schulterfragebogen der Beklagten betont, auf den rechten Oberarm gefallen zu sein (vgl. Frage 1). Die Fragen zu abweichenden Sturzmechanismen, wie z. Bsp. auf die ausgestreckte Hand, den abgewinkelten oder den angewinkelten Arm (vgl. Frage 2), hat sie nicht positiv beantwortet. In den Erstbefunden werden sonstige Prellmarken oder Verletzungszeichen am rechten Arm, an der rechten Schulter oder an der rechten Hand, die Hinweis auf eine Abstützbewegung bzw. einen dorsal- oder ventralseitigen Aufschlag mit Subluxation sein könnten, nicht beschrieben und auch später von der Klägerin nie geschildert. Weder bei der Röntgenuntersuchung am Unfalltag noch bei der Arthroskopie im August 2002 waren knöcherne oder sonstige begleitende Verletzungen an anderen Schulterstrukturen festzustellen, die Anhaltspunkte für ein Verdrehungs- oder Luxationstrauma bzw. einen Zugmechanismus sein könnten. Daher handelt es sich sowohl bzgl. einer möglichen Abstützbewegung (so Dr. K) als auch bzgl. eines möglichen dorsal- oder ventralseitigen Aufschlages mit Subluxation (so Dr. B) um Spekulationen, die zur Begründung eines Ursachenzusammenhangs nicht herangezogen werden können. Der Umstand, dass sich die Klägerin bei späteren Befragungen nicht (mehr) genau an den Unfallablauf erinnern konnte und andere Beweismittel nicht zur Verfügung stehen, kann aus beweisrechtlicher Sicht zu keiner anderen Feststellung führen.

Abgesehen davon, sprechen das Lebensalter der Klägerin zum Unfallzeitpunkt (= 51 Jahre) wie auch die bildgebenden Befunde für einen degenerativen RM-Schaden. Die RM unterliegt auf Grund ihrer anatomischen Gestaltung und der physiologischen Belastung im hohen Maße der Degeneration mit einem Beginn ab dem dritten Lebensjahrzehnt. Während unter dem 40. Lebensjahr symptomlose Defekte der Supraspinatussehne selten sind, nehmen zwischen dem 40. und 50. Lebensjahrzehnt die "Partialrupturen" zu; zwischen dem 50. und 60.

Lebensjahr treten die meisten RM-Schäden mit Krankheitsmerkmalen auf (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Anm. 8.2.5. bis 8.2.5.7., S. 410 ff.; Rompe/Erlenkämper, a. a. O., S. 453; Ludolph, a. a. O., S. 4 ff). Demzufolge befand sich die Klägerin zum Zeitpunkt des Unfalls in einem für ausgeprägtere Degenerationen typischen Lebensalter. Zudem zeigten sich in der Röntgenaufnahme vom Unfalltag (gefertigt von dem Radiologen Dr. G) Veränderungen des AC-Gelenkes in Form einer knöchernen Ausziehung an der Gelenkfläche des Acromions (so die Beschreibung von Dr. K). Soweit eine Behandlung und/oder Arbeitsunfähigkeit wegen Schulterbeschwerden nach den eingeholten Auskünften der Krankenkassen wie auch des seit 1992 die Klägerin behandelnden Facharztes für Innere Medizin G vor dem Unfallereignis nicht vorgelegen und die Klägerin eine aktiv frei bewegliche Schulter für die Zeit vor dem Unfall geschildert hat, schließt dies einen vorbestehenden Abriss der Supraspinatussehne nicht aus. So gilt es zu bedenken, dass die Veränderungen an der RM weitgehend klinisch stumm verlaufen. Zudem ist der völlige Ausfall der Supraspinatussehne, die am häufigsten degenerativ verändert ist, mit einem nur geringen Kraftverlust verbunden, der vom Deltamuskel ausgeglichen werden kann (vgl. Ludolph, a. a. O., S. 9). Bei der im Rahmen der Arthroskopie im August 2002 festgestellten Bursitis subacromialis (Schleimbeutelentzündung) handelt es sich um das typische Zeichen eines länger bestehenden Impingement-Syndroms (wiederholtes Einklemmen der Supraspinatussehne unter dem Schulterdach durch eine anlagebedingte oder verschleißbedingt erworbene Schulterdachenge), so dass deswegen (und wohl auch zur Vorbereitung der Sehnenrefixation, vgl. Dr. B) eine subacromiale Dekompression mit dem Shaver durchgeführt wurde (siehe OP-Bericht vom 29. August 2002).

Des Weiteren sprechen sowohl das Verhalten der Klägerin nach dem Unfall als auch die Entwicklung der Beschwerden/ der Schmerzsymptomatik gegen einen traumatischen Riss der Supraspinatussehne. Bereits am 21. Mai 2002 hatte die Klägerin ihre körperlich anspruchsvolle Tätigkeit als Tierpflegerin in einem landwirtschaftlichen Betrieb wieder aufgenommen und über mehrere Monate bis zum 28. August 2002 ausgeübt. Selbst wenn man ihrer Schilderung, dass sie vor allem Trecker gefahren sei und mit der linken Hand gelenkt habe, Glauben schenken wollte, lässt sich dies mit einer seit dem Unfall angeblich durchgehend bestehenden starken Schmerzhaftigkeit und stark eingeschränkten Beweglichkeit von Gebrauchsarml-/Schulter nicht vereinbaren. Schließlich besteht Treckerfahren nicht nur aus dem Lenken, es müssen zusätzlich die Gangschaltung, Hydraulik und andere Hebel – je nach Arbeitsvorgang und angehängtem Gerät – bedient, auf den Traktor auf- und abgestiegen sowie Geräte an- und abgehängt werden. Die Ausübung des landwirtschaftlichen Berufes korrespondiert mit dem von Dipl.-Med. O bei seiner letzten Untersuchung festgestellten Nachlassen der Schmerzhaftigkeit und Besserung der Beweglichkeit. Bei der erst vier Monate später von Dipl.-Med. R am 20. August 2002 festgestellten Schultersteife rechts (Adduktion (körperwärtsheben) 0°, Abduktion 45°) handelte es sich um ein akutes (neu aufgetretenes) Symptom, welches schon aufgrund des Zeitablaufes nicht zwingend dem Unfall vom 15. April 2002 zugeordnet werden kann. Insbesondere ließ sich eine Fehlbehandlung durch Dipl.-Med. O bzw. eine zu frühe Feststellung von Arbeitsfähigkeit nicht nachweisen (siehe das im Auftrag der C Sachversicherung AG erstellte Gutachten von Dr. B vom 12. Juni 2002), zumal die Klägerin selbst eine Weiterbehandlung und/oder Wiedervorstellung bei Dipl.-Med. O oder einem anderen Arzt vor dem 20. August 2002 offensichtlich nicht als notwendig erachtet hatte.

Der Senat vermochte daher den eine traumatische RM-Ruptur bejahenden Gutachten von Dr. K, Dr. H und Dr. B nicht zu folgen. Entweder wurden von den Gutachtern/Sachverständigen unkritisch die späteren Schilderungen der Klägerin zum Beschwerdeverlauf und/oder ein – nicht erwiesener – Unfallhergang der Beurteilung zugrunde gelegt. Zudem können die im OP-Bericht zur Arthroskopie vom 29. August 2002 beschriebenen Veränderungen u. a. betreffend die Rissränder und Sehnenstruktur nicht zur Bestimmung des Entstehungszeitpunktes herangezogen werden, da eine Abgrenzung zwischen älteren und frischen – unfallbedingten – Schäden nach einem Zeitraum von fast vier Monaten nach dem angeschuldigten Ereignis nicht mehr möglich ist (vgl. Ludolph, a. a. O., S. 15 ff; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Anm. 8.2.5. bis 8.2.5.7., S. 415 f). Schließlich hat keiner dieser Sachverständigen berücksichtigt, dass die Ruptur der Supraspinatussehne erst vier Monate nach dem Unfall und drei Monate nach Wiederaufnahme der körperlich anstrengenden landwirtschaftlichen Tätigkeiten der Klägerin festgestellt worden ist.

Die Berufung war nach alledem zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#).

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2011-03-09