

L 3 U 146/18

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3.
1. Instanz
SG Cottbus (BRB)
Aktenzeichen
S 15 U 35/13
Datum
23.02.2018
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 146/18
Datum
21.01.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 23. Mai 2018 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben auch für das Berufungsverfahren einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Streitig zwischen den Beteiligten ist eine Anerkennung weiterer Folgen eines Arbeitsunfalls aus dem Jahr 2011.

Die im Jahr 1954 geborene Klägerin erlitt am 16. September 2011 gegen 15:15 Uhr im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit als Landwirtin einen Arbeitsunfall, als sie beim Holen von Kühen zum Melken in eine Spalte eines Betonrosters trat, mit dem linken Fuß umknickte und auf die rechte Seite fiel. Nachdem sie zunächst weitergearbeitet hatte, stellte sie sich gegen 18:45 Uhr im Kreiskrankenhaus He bei dem Durchgangsarzt Dr. A vor. Laut Durchgangsarztbericht vom 20. September 2011 zeigte sich eine eingeschränkte aktive Beweglichkeit der rechten Schulter für die Abduktion und Anteversion bei passiv voller Beweglichkeit. Ein Hämatom oder eine Schwellung wurden an der rechten Schulter nicht festgestellt. Die Durchblutung und Sensibilität im Bereich der rechten Schulter zeigten sich intakt. Zusätzlich zeigten sich im Bereich des 5. Fingers rechts eine Schwellung und ein Hämatom im Bereich des Endgliedes. Durch radiologische Diagnostik der rechten Schulter sowie des Kleinfingers rechts in jeweils zwei Ebenen konnte eine Fraktur ausgeschlossen werden. Der Klägerin wurde Arbeitsunfähigkeit attestiert und ein Schmerzmittel verschrieben.

Am 05. Oktober 2011 erfolgte in der Gemeinschaftspraxis für Diagnostische Radiologie Dr. Sin T eine MRT-Untersuchung des rechten Schultergürtels. Ausweislich des Berichts vom 06. Oktober 2011 zeigte sich eine Partialruptur der Supraspinatussehne, wobei einzelne Fasern noch durchgängig abgrenzbar bis zum Ansatzbereich waren. Ferner fanden sich eine vorbestehende AC- Gelenksarthrose mit Gelenkkapselschwellung und osteophytären Anbauten nach kranial sowie ein Erguss in der Bursa subdeltoidea und subacromiales. Ein Gelenkerguss war nicht feststellbar.

Am 27. Oktober 2011 stellte sich die Klägerin in der Praxis des Diplom-Mediziners R in B vor, bei dem in der Folgezeit die weitere durchgangärztliche ambulante Behandlung stattfand. Für den 27. Oktober 2011 dokumentierte er eine eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Schultergelenks mit einer Abduktion von 70° und einer Anteversion von 50°.

Am 08. November 2011 stellte sich die Klägerin zwecks Heilverfahrenskontrolle in der Unfallbehandlungsstelle B vor. Laut Zwischenbericht des Facharztes für Orthopädie, Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. V vom 10. November 2011 sei von einer Prellung des rechten Schultergelenks mit protrahiertem Heilungsverlauf auszugehen. Die MRT-Untersuchung der rechten Schulter habe keine sicher traumatischen Begleitverletzungen gezeigt, so dass nach einem Zeitraum von 6 Wochen bzw. bei protrahiertem Heilungsverlauf von 10-12 Wochen die Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse fortzuführen wäre. Sollte es in den nächsten 3 bis 4 Wochen nicht zu einer wesentlichen Besserung der beklagten Beschwerden kommen, werde die Durchführung einer Kontroll-MRT-Untersuchung empfohlen.

In einem ihr von der Beklagten zugesandten Fragebogen teilte die Klägerin 27. November 2011 ergänzend mit, sie habe sofort nach dem Sturz starke Schmerzen verspürt und ihren rechten Arm nicht mehr heben können.

Am 28. November 2011 erfolgte im MVZ für Diagnostik und Therapie in E eine weitere MRT-Untersuchung des rechten Schultergelenks. Ausweislich des Berichts des Facharztes für Radiologie Dr. Sch vom gleichen Tag zeigte sich eine Binnenschädigung der distalen Supraspinatussehne mit teils noch durchgängigen Fasern, zusätzlich die AC-Gelenksarthrose mit ödematöser Kapsel- und Weichteilschwellung und ein synovialer Reizerguss im Bereich der Bursa subacromialis und subdeltoida.

Am 30. November 2011 nahm Diplom-Mediziner Reine ambulante Arthroskopie des rechten Schultergelenks mit Rekonstruktion der Supraspinatussehne mittels bioresorbierbaren Ankers, eine subacromiale Dekompression sowie eine Bursektomie vor. Postoperativ begann die Klägerin nach einer Woche Ruhigstellung im Gilchristverband mit physiotherapeutischen Übungen.

Am 16. Januar 2012 schloss sich eine erneute Heilverfahrenskontrolle in der Unfallbehandlungsstelle der Berufsgenossenschaften in B an. Hier zeigte sich eine hochgradig eingeschränkte Beweglichkeit im rechten Schultergelenk mit einer Abduktion von 30°, einer Anteversion von 30° sowie einer Außenrotation von 20°. Laut Bericht von Dr. V vom gleichen Tag könne zum Unfallzusammenhang derzeit keine Stellung genommen werden. Eine berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung sei dringend indiziert.

In einem Zwischenbericht vom 26. Januar 2012 teilte Diplom-Mediziner R gegenüber der Beklagten mit, bezüglich der Erkrankung des Schultergelenks sei der Unfallfolgeschaden nicht eindeutig, so dass zwischenzeitlich die Operation zunächst zu Lasten der Krankenkasse erfolgt sei. Aus durchgangärztlicher Sicht seien der Unfallzusammenhang und der Unfallfolgeschaden gegeben.

Im Auftrag der Beklagten erstellte der Chirurg D am 15. Februar 2012 eine beratungsärztliche Stellungnahme. Zusammenfassend könne er sich der Einschätzung der Unfallbehandlungsstelle der Berufsgenossenschaften vom 10. November 2011 anschließen, wonach unfallbedingt lediglich von einer Prellung des rechten Schultergelenks auszugehen sei. Im MRT vom 05. Oktober 2011 seien keine traumatischen Schädigungen des Schultergelenks festzustellen gewesen. Es hätten sich degenerative Veränderungen gefunden, aus denen eine Symptomatik im Sinne eines Impingements und eine Teiltraktur der Supraspinatussehne abzuleiten seien.

Mit Bescheid vom 20. Februar 2012 erkannte die Beklagte das Ereignis vom 16. September 2011 als Arbeitsunfall mit der Folge einer Prellung des rechten Schultergelenks an. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit hätten in der Zeit vom 16. September 2011 bis zum 29. November 2011 bestanden. Für die seit dem 30. November 2011 ärztlich behandelten Beschwerden im Bereich des rechten Schultergelenkes werde eine Entschädigung nicht gewährt, weil diese nicht Folgen des Arbeitsunfalls vom 16. September 2011 seien. Im Rahmen der erfolgten medizinischen Untersuchungen seien erhebliche krankhafte Veränderungen im Bereich der rechten Schulter nachgewiesen worden. Im Vordergrund stünden hierbei die unfallunabhängige Schultergelenksarthrose, das nach abseits geneigte Schulterdach, die knöchernen Anbauten und der Teilriss der Supraspinatussehne. Aufgrund des Unfallhergangs müsse von einer direkten Gewalt auf die Schulter in Form eines Anpralls ausgegangen werden. Aus medizinischer Sicht könne ein direktes Anpralltrauma keine Schädigung der Supraspinatussehne auslösen. Weiterhin liege bei der Klägerin eine Rheumaanamnese vor. Im MRT-Befund vom 05. Oktober 2011, also zeitnah zum Unfallereignis, seien keine traumatischen Veränderungen, wie etwa Knochenprellungsödeme, festgestellt worden. In dem weiteren MRT-Befund vom 28. November 2011 sei vor allem ein Reizzustand zu sehen gewesen, der mit der Rheumaerkrankung in Verbindung zu bringen sei. Es werde darauf hingewiesen, dass anlässlich einer Untersuchung am 08. November 2011 rechtsseitig nur eine geringe endgradige Bewegungseinschränkung vorgelegen habe. Somit habe keine unfallbedingte Indikation für den operativen Eingriff am 30. November 2011 bestanden. Dieser sei ausschließlich aufgrund unfallfremder Veränderungen durchgeführt worden. Folgen der erlittenen Prellung seien bei der Operation am 30. November 2011 nicht mehr nachweisbar gewesen. Ansprüche aus der gesetzlichen Unfallversicherung bestünden aus den genannten Gründen nach dem 29. November 2011 nicht. Die Kosten der Behandlung ab dem 30. November 2011 gingen zulasten der Krankenkasse der Klägerin.

Gegen diesen Bescheid legte die Klägerin über ihren Bevollmächtigten mit am 01. März 2012 bei der Beklagten vorab per Fax eingegangenen Schreiben Widerspruch ein. Auch die über den 29. November 2011 hinaus bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Bereich des rechten Schultergelenks – insbesondere ein Sehnenriss – seien Folge des Arbeitsunfalls vom 16. September 2011. Soweit eine gesundheitliche Vorschädigung vorgelegen haben sollte, stelle diese eine Berufskrankheit gemäß Nr. 2101 der Anl. 1 der Berufskrankheiten-Verordnung dar, deren Feststellung überdies beantragt werde. Zudem werde auf die Einschätzung des Diplom-Mediziners R Bezug genommen, wonach das fortdauernde Beschwerdebild im Bereich der rechten Schulter als Folge des Arbeitsunfalls anzusehen sei.

In der Zeit vom 07. Juni 2012 bis zum 05. Juli 2012 nahm die Klägerin zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung an einer Reha-Maßnahme in der Rehabilitationsklinik L in B teil. Laut Entlassungsbericht vom 06. Juli 2012 konnte durch die angewandten Behandlungen keine wesentliche Beschwerdelinderung im Bereich der rechten Schulter erreicht werden. Die aktive Beweglichkeit zeigte sich schmerzhaft eingeschränkt, die passive Beweglichkeit war schmerzarm durchführbar. Die grobe Muskelkraft im rechten Arm war im Vergleich zum linken Arm um etwa ein Drittel gemindert.

Die Beklagte gab ein Gutachten zur Zusammenhangsfrage bei dem von der Klägerin im Rahmen ihres Auswahlrechts benannten Prof. Dr. E, Unfallkrankenhaus B in Auftrag. Am 08. August 2012 wurde die Klägerin durch die Leitende Oberärztin Dr. Se und die Assistenzärztin Ei im Unfallkrankenhaus B, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, untersucht. Das – aufgrund eigener Urteilsbildung auch von Prof. Dr. E unterzeichnete – Gutachten wurde am 24. August 2012 verfasst. Danach sei das Unfallereignis in einer Zusammenschau und Bewertung der vorliegenden Befunde, des Unfallhergangs und der bildmorphologischen Befunde weder ursächlich noch wesentlich teilursächlich für die nachweisbaren Schäden im Bereich des rechten Schultergelenks. Sämtliche Veränderungen, insbesondere die Rotatorenmanschettenruptur, seien degenerativer Genese und Zeichen eines zeitlich deutlich vor dem Unfallereignis liegenden langjährigen Prozesses. Unfallunabhängig habe eine massive degenerative Schadensanlage bestanden, die zumindest nach Aussage der Klägerin bis zum Unfallereignis klinisch stumm verlaufen sei. Der Unfall vom 16. September 2011 habe lediglich zu einer Prellung der rechten Schulter geführt. Die Behandlungsdauer zu Lasten der Berufsgenossenschaft sei aufgrund des komplizierten Heilungsverlaufs auf 12 Monate einzuschätzen. Darüber hinausgehende Behandlungszeiten seien als unfallunabhängig zu bewerten und Folge der degenerativen Veränderungen des rechten Schultergelenks.

Nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme des Chirurgen D vom 15. Dezember 2012 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin durch Widerspruchsbescheid vom 20. Februar 2013 zurück. Prof. Dr. E habe in seinem Gutachten zunächst klar herausgestellt, dass unfallbedingt ein direktes Anpralltrauma seitlich gegen die rechte Schulter erfolgt sei. Röntgenologisch und kernspintomografisch seien eine Einengung des subacromialen Raumes und eine Schulterreckgelenksarthrose aufgedeckt worden. Anzeichen für unfallbedingte frische Verletzungsfolgen wie Gelenkerguss, Ligamentzerreißen, Bonebruise oder Bluterguss der Weichteile hätten nicht bestanden. Der sehr knapp gefasste Operationsbericht des Diplom-Mediziners R biete keine Möglichkeit zur Beurteilung der Kausalitätsfrage bezüglich der festgestellten und intraoperativ behandelten Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne. Eine histologische Untersuchung sei nicht erfolgt. Ein direkter Anprall, wie im Fall der Klägerin, sei grundsätzlich nicht geeignet, die Rotatorenmanschette oder deren Anteile, z.B. die Supraspinatussehne zu schädigen, da die hierfür erforderliche Zugbelastung bei diesem Hergang nicht auftrete. Folgerichtig komme das in Auftrag gegebene Zusammenhangsgutachten zu der Schlussfolgerung, dass das Unfallereignis weder ursächlich noch wesentlich teilursächlich gewesen sei für die nachweislichen Schäden im Bereich des Schultergelenks. Die aufgeführten Veränderungen, insbesondere die Zusammenhangstrennung der Rotatorenmanschette wie auch die arthrotischen Veränderungen des Schulterreckgelenks seien degenerativer Genese und Zeichen eines zeitlich deutlich vor dem Unfallereignis liegenden langjährigen Prozesses. Unfallunabhängig habe somit eine massive degenerative Schadensanlage bestanden, die offenbar anlässlich des Unfalls erstmalig manifest geworden sei. Rechtlich wesentliche Ursache der daraufhin eingetretenen und anhaltenden Beschwerden sei aber nicht der Unfall im Sinne eines Anlassgeschehens, sondern die vorbestehende Schadensanlage. Die unfallbedingten Prellungen der rechten Schulter, des rechten Kleinfingers und des linken Unterarmes seien folgenlos verheilt, da sie keine strukturellen Schäden verursacht hätten. Die Einschätzung von Dr. V bezüglich einer voraussichtlichen Behandlungsdauer der rechten Schulter von 10 bis 12 Wochen sei abgegeben worden unter der Annahme einer konservativen Heilbehandlung. Hinsichtlich des tatsächlichen Heilverlaufs sei einzuschätzen, dass bereits am 30. November 2011 das unfallunabhängige Leiden (Rotatorenmanschettschaden) überragend im Vordergrund gestanden habe und die Folgen der Prellung keine nennenswerte Rolle mehr gespielt hätten. Der arthroskopische Eingriff am 30. November 2011 sei jedenfalls ausschließlich wegen des unfallunabhängigen Vorschadens der Rotatorenmanschette erforderlich geworden.

Am 19. März 2013 hat die Klägerin über ihren Bevollmächtigten Klage vor dem Sozialgericht (SG) Cottbus erhoben. Zur Begründung hat sie im Folgenden ausgeführt, bei ihr habe nach den Ausführungen im Gutachten von Prof. Dr. E kein komplizierter Heilungsverlauf vorgelegen, der es rechtfertige, Maßnahmen der Heilbehandlung für mindestens 12 Monate zu gewähren.

Das SG Cottbus hat bei Dr. V einen am 15. Dezember 2016 erstellten Befundbericht und bei dem Diplom-Mediziner Reinen am 21. Februar 2017 verfassten Befundbericht eingeholt.

Sodann hat es gemäß [§ 106 Abs. 3 Nr. 5 und Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) Beweis erhoben, indem es bei dem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. War, L, ein Sachverständigengutachten in Auftrag gegeben hat. Dr. War hat die Klägerin am 25. August 2017 untersucht und sein unfallchirurgisch-orthopädisches Gutachten am 26. August 2017 verfasst. Im Ergebnis seines Gutachtens seien auf das Unfallereignis eine Stauchung und Zerrung des rechten Schultergelenks sowie eine Prellung des rechten Kleinfingers zurückzuführen. Eine

Zerreißung der Rotatorenmanschette sei durch das Unfallereignis hingegen nicht hervorgerufen worden. Die knöchernen Strukturen, die die Rotatorenmanschette vor direkter Gewalteinwirkung schtzten, seien durch den Unfall unverletzt geblieben. Für einen ursächlichen Zusammenhang spreche zwar, dass die Klägerin vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei. Dies sei jedoch ein schwaches Argument, da die Degeneration der Rotatorenmanschette lange Zeit klinisch stumm bleibe. Weiterhin spreche für einen Kausalzusammenhang, dass die Klägerin am Unfalltag sofort Beschwerden in der rechten Schulter gehabt habe und deswegen in der Rettungsstelle behandelt worden sei. Gegen einen Ursachenzusammenhang spreche indes die Art und Weise des Unfallhergangs im Sinne eines direkten Anpralltraumas. Weiterhin spreche dagegen, dass bei der aktuell durchgeführten sonografischen Untersuchung deutliche degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette, auch auf der linken Seite, vorgefunden worden seien. Eine generelle Neigung zu degenerativen Veränderungen sei auch im Bereich des übrigen Bewegungsapparates abzulesen. Weiterhin spreche gegen einen Ursachenzusammenhang, dass relativ zeitnah zum Unfall kernspintomografische Untersuchungen degenerative Veränderungen des Schultergelenks im Sinne einer Arthrose aufgedeckt hätten, so dass auch hier von einer Vorschädigung auszugehen sei. Schließlich spreche dagegen, dass das Schultergelenk unmittelbar vor der Einwirkung muskulär nicht fixiert gewesen sei. Die unmittelbaren Unfallfolgen, also die Prellungen, seien innerhalb von 6 Wochen abgeheilt.

Mit Schriftsatz vom 14. Dezember 2017 hat die Klägerin über ihren Bevollmächtigten ausführen lassen, dass sie vor dem Sturz versucht habe, sich abzustützen. Dieser Unfallmechanismus sei bislang nicht berücksichtigt worden. Weiterhin sei außer acht gelassen worden, dass sie im Jahr 1972 oder 1973 einen Arbeitsunfall erlitten habe, bei welchem der rechte Arm im Schultergelenk ausgekugelt sei. Schließlich sei sie bis zu dem Unfallereignis vom 16. September 2011 beschwerdefrei gewesen.

Im Hinblick auf die gegen das Gutachten von Dr. W vorgetragene Einwände hat das SG Cottbus bei dem Sachverständigen Dr. W eine am 14. Februar 2018 verfasste unfallchirurgisch-orthopädische Stellungnahme eingeholt. Darin hat Dr. W ausgeführt, dass - selbst wenn die Klägerin sich bei dem Sturz reflexartig abgestützt hätte - dieser Mechanismus nicht geeignet gewesen wäre, eine Zerreißung der Rotatorenmanschette hervorzurufen. Ein traumatisches Zerreißen der Rotatorenmanschette sei nur dann wahrscheinlich, wenn der Arm weit über die Horizontale hochgerissen werde und die Rotatorenmanschette auf die Spitze der Schulterblatthhe (Akromion) treffe. Soweit die Klägerin einen weiteren, das rechte Schultergelenk betreffenden Arbeitsunfall aus dem Jahr 1972 oder 1973 anführe, könne dies weder den Akten entnommen werden noch sei es anamnestisch bei der Befragung der Klägerin angegeben worden. Selbst dann, wenn die Klägerin in den 1970er Jahren eine Luxation der rechten Schulter erlitten hätte, ändere dies jedoch nichts an der Beurteilung des Kausalzusammenhangs. Angesichts oftmals klinisch stumm verlaufender Krankheitsanlagen im Bereich der degenerativen Veränderungen der Schulter ändere auch das Argument einer Beschwerdefreiheit vor dem Unfall nichts an der vorgenommenen Bewertung der Kausalität. Im übrigen stehe das Gutachten - soweit die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs betroffen sei - in Einklang mit dem Zusammenhangsgutachten von Prof. Dr. E.

Das SG Cottbus hat am 23. Mai 2018 eine mündliche Verhandlung durchgeführt und die Klage mit Urteil vom gleichen Tage abgewiesen. Nach den überzeugenden gutachterlichen Stellungnahmen von Dr. W seien durch das Unfallereignis bei der Klägerin keine Gesundheitsschäden aufgetreten, die einen Anspruch gegenüber der Beklagten begründen könnten, der über das mit den angefochtenen Bescheiden Zuerkannte hinausginge.

Gegen das am 28. Juni 2018 zugestellte Urteil hat die Klägerin über ihren Bevollmächtigten am 26. Juli 2018 Berufung vor dem Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg eingelegt. Die Partialruptur der Supraspinatussehne sei auf den Arbeitsunfall vom 16. September 2011 zurückzuführen, da sie - die Klägerin - bis dahin keine Schmerzen in der Schulter gehabt habe und ihrer Arbeit im Kuhstall unbeeinträchtigt nachgegangen sei. Ein Sturz könne jedenfalls dann Ursache einer Rotatorenmanschettenruptur sein, wenn man sich dabei absttze. Sie habe reflexartig versucht, sich abzustützen, bevor sie auf eine Betonfläche aufgeschlagen sei. Die erhebliche, direkte Gewalteinwirkung auf die Außenseite des Schultergelenks durch den Sturz sowie die indirekte Gewalteinwirkung durch den Sturz auf den ausgestreckten Arm seien geeignete Unfallhergnge für eine Rotatorenmanschettenruptur. Im übrigen stehe das Gutachten des Sachverständigen Dr. W in Widerspruch zu dem Zusammenhangsgutachten von Prof. Dr. E, der eine Behandlungsbedürftigkeit zumindest für einen Zeitraum von 12 Monaten angenommen habe. Es sei ein weiteres Sachverständigengutachten einzuholen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 23. Mai 2018 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 20. Februar 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Februar 2013 abzuändern und festzustellen, dass weitere Folge des Arbeitsunfalls vom 16. September 2011 die am 30. November 2011 operierte Ruptur der rechten Supraspinatussehne ist.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Sowohl Dr. W als auch Prof. Dr. E seien zu dem Ergebnis gekommen, dass der Schaden der Supraspinatussehne in der rechten Schulter nicht auf den Unfall vom 16. September 2011 zurückzuführen sei. Der Schulterbinnenschaden sei vielmehr als stumme Schadensanlage angesehen worden. Eine Unterscheidung gebe es lediglich in der Einschätzung der Dauer der unfallbedingten Behandlungsbedürftigkeit. Prof. Dr. E habe diese mit 12 Monaten angegeben, Dr. W hingegen - wie bereits zuvor Dr. V- mit 6 Wochen. Der Einschätzung zur Behandlungsdauer von Prof. Dr. E sei nach Einholung der beratungsärztlichen Stellungnahme nicht zu folgen.

Der Berichterstatter hat mit Schriftsatz vom 03. April 2019 auf fehlende Erfolgsaussichten der Berufung hingewiesen und die Rücknahme der Berufung angeregt.

Sodann hat der Senat auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109 SGG](#) bei dem Facharzt für Orthopädie Dr. W, D, ein orthopädisches Gutachten in Auftrag gegeben. Dr. W hat die Klägerin am 15. Oktober 2019 untersucht und sein Gutachten am 26. November 2019 verfasst. Im Rahmen seines Gutachtens hat er den Unfallmechanismus des Ereignisses vom 16. September 2011 eruiert und diesen im Ergebnis als unklar eingestuft, so dass zur Beurteilung des Kausalzusammenhangs auf andere Kriterien abzustellen sei. Im klinischen Befund hat er als Indiz für einen Unfallzusammenhang Blutergüsse benannt, die von der Klägerin nach den vorliegenden Unterlagen mehrfach angegeben worden seien. Im Rahmen der MRT-Untersuchung vom 05. Oktober 2011 sei von dem Facharzt für Radiologie auch eine Einblutung beschrieben worden. Als weiteres Indiz für einen Unfallzusammenhang sei eine von der Klägerin bei ihrer Untersuchung durch den Unfallarzt demonstrierte aktive Beweglichkeit von weniger als 90° zu werten. Gegen eine traumatische Läsion der Rotatorenmanschette sprächen der primär leichte Hochstand des Humeruskopfes und die Zyste im dorsalen Anteil des Humeruskopfes. Eine echte Vorschädigung sei aber nicht zu belegen. Die von den Vorgutachtern postulierten degenerativen Schäden ließen sich bei einer genauer Durchsicht der verschiedenen radiologischen Befunde nicht reproduzieren. Anhand der vorliegenden Röntgenbilder nicht bestätigen ließen sich insbesondere eine schwerwiegende AC-Gelenksarthrose sowie eine subacromiale Enge. Eine allenfalls beginnende Enge resultiere aus dem funktionellen Humeruskopfhochstand, der im Übrigen im MRT aufgrund der Untersuchungssituation im Liegen praktisch regelhaft resultiere. Ohne das Unfallereignis wäre es nicht zeitnah zu einer erheblichen Ruptur der Supraspinatussehne und sekundär auch der angrenzenden Anteile der Sehnen des Musculus infraspinatus und subscapularis gekommen. Vielmehr wäre eine vergleichbare Situation wie auf der linken Gegenseite im Sinne einer geringen alterstypischen Degeneration der Rotatorenmanschette ohne Nachweis eines groben strukturellen Schadens anzutreffen gewesen. Letztlich bestehe eine unfallbedingte und deutlich richtungsgebende Verschlimmerung einer vorbestehenden leichten Schadensanlage. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe bis zum September 2020 bestanden. Die unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit der Klägerin belaufe sich bis Oktober 2012 auf 20 vom Hundert, danach noch auf 10 vom Hundert. Wegen der Unfallfolgen habe eine langfristig fortdauernde Behandlungsbedürftigkeit vorgelegen, wobei aber die Behandlung der Unfallfolgen von derjenigen der unfallunabhängigen Omarthrose abgetrennt werden müsse.

Im Hinblick auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. W hat die Beklagte eine am 30. Januar 2020 gefertigte beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. O, K vorgelegt. Danach sei die Beurteilung von Dr. W aufgrund fachlicher Mängel in Gänze nicht nachvollziehbar und darüber hinaus in weiten Teilen faktisch falsch.

Der Senat hat schließlich Beweis erhoben, indem er bei dem bereits erstinstanzlich beauftragten Sachverständigen Dr. W eine orthopädisch-unfallchirurgische Stellungnahme in Auftrag gegeben hat, die am 19. Juni 2020 bei Gericht eingegangen ist (bei wohl irrtümlicher Angabe der Erstellung am 16. Juni 2017, wobei der 16. Juni 2020 gemeint gewesen sein dürfte). Danach sei ein wesentlicher Mangel des Gutachtens von Dr. W, dass der stattgehabte Unfallmechanismus nicht diskutiert worden sei. Für seine Argumentation bringe Dr. W weiterhin keine orthopädischen oder unfallchirurgischen Gesichtspunkte vor, sondern benenne lediglich bildmorphologische Kriterien. Für die Behauptung von Dr. W, am Unfalltag habe ein sogenanntes Drop-arm-Zeichen vorgelegen, gebe es angesichts der Aktenlage keine Belege. Weiterhin seien entgegen der Behauptung von Dr. W die zeitnah zu dem Unfallereignis gefertigten MRT-Aufnahmen im Sinne erheblicher degenerativer Veränderungen zu interpretieren.

Einen mit Schriftsatz vom 14. Juli 2020 gestellten Antrag des Bevollmächtigten der Klägerin, den Sachverständigen Dr. W wegen Besorgnis der Befangenheit abzulehnen, hat der Berichterstatter mit Beschluss vom 26. August 2020 zurückgewiesen. Im Übrigen hat der Bevollmächtigte der Klägerin mit dem Schriftsatz vom 14. Juli 2020 vorgetragen, dass die ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Dr. W auch in fachlicher Hinsicht nicht zu überzeugen vermag. Zum einen gehe er offensichtlich von falschen Kausalitätserwägungen aus, zum anderen ordne er vorbestehende Krankheitsanlagen unzutreffend ein. Es werde angeregt, eine ergänzende Stellungnahme von Dr. W einzuholen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und denjenigen der Verwaltungsakten Bezug genommen. Die Akten lagen in der mündlichen Verhandlung und bei der Entscheidung vor.

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, aber unbegründet. Das SG Cottbus hat die gemäß [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) erhobene Feststellungsklage mit Urteil vom 23. Mai 2018 im Ergebnis zutreffend abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 20. Februar 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Februar 2013 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat gegenüber der Beklagten keinen Anspruch auf Anerkennung weiterer Folgen des Arbeitsunfalls vom 16. September 2011, namentlich der am 30. November 2011 operierten Ruptur der rechten Supraspinatussehne.

Versicherungsfälle sind gemäß [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3 oder 6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit; Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Für einen Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls.

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die Merkmale „versicherte Tätigkeit“, „Verrichtung zur Zeit des Unfalls“, „Unfallereignis“ sowie „Gesundheitserst- bzw. Gesundheitsfolgeschaden“ im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit; ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden. Ob der Gesundheitsschaden eines Versicherten durch einen Arbeitsunfall (wesentlich) verursacht wurde, entscheidet sich - bei Vorliegen einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne - danach, ob das Unfallereignis selbst - und nicht ausschließlich eine andere, unfallunabhängige Ursache - die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens war (ständige Rechtsprechung, Bundessozialgericht <BSG>, vgl. Urteile vom 04. Dezember 2014 - [B 2 U 18/13 R](#) -, Rn. 16 ff., 13. November 2012 - [B 2 U 19/11 R](#) -, Rn. 20 ff., 31. Januar 2012 - [B 2 U 2/11 R](#) -, Rn. 16 ff., 02. April 2009 - [B 2 U 29/07 R](#) -, Rn. 15 ff., 27. Juni 2006 - [B 2 U 20/04 R](#) -, Rn. 18 ff., 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, Rn. 13 ff., alle zitiert nach Juris, siehe auch: Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, Kap. 1.7, S. 21 f.). 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 (BSG, Urteil vom 30. Januar 2007 - [B 2 U 8/06 R](#) -, Rn. 20 zitiert nach Juris, Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, Kap. 1.8, S. 29 ff.).

Hiervon ausgehend hat die Klägerin zwar am 16. September 2011 einen versicherten Arbeitsunfall im Sinne des [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) erlitten, was zwischen den Beteiligten unstreitig und von der Beklagten im von der Klägerin angefochtenen Bescheid auch anerkannt worden ist. Jedoch ist der Senat nicht in dem nach [§ 128 Abs. 1 S. 1 SGG](#) erforderlichen Maße, das heißt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, davon überzeugt, dass eine nach der Wesentlichkeit der Ursache zu bemessende haftungsausfüllende Kausalität zwischen dem erlittenen Gesundheitserstschaden und der am 30. November 2011 operierten Ruptur der rechten Supraspinatussehne besteht. Vorliegend überwiegen die Gesichtspunkte, die gegen den Unfall vom 16. September 2011 als wesentliche Ursache der über den 29. November 2011 hinaus geltend gemachten Beschwerden und Gesundheitsstörungen sprechen.

Zunächst stellt der Sturz der Klägerin am 16. September 2011 keinen für eine Schädigung der Rotatorenmanschette potentiell geeigneten Verletzungsmechanismus dar. Dies gilt jedenfalls unter Zugrundelegung der Ausführungen im wissenschaftlichen Standardwerk zur medizinischen Unfallbegutachtung Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017 (vgl. Kap. 8.2.5.2, S. 432 ff.). Danach sind hierfür potentiell geeignete Verletzungsmechanismen ein massives plötzliches Rückwärtsreißen oder Heranführen des Armes, wenn dieser zuvor fixiert war, ein Sturz aus der Höhe nach vorn und Festhalten mit der Hand oder Treppensturz und Festhalten mit der Hand am Geländer, so dass der Arm nach hinten gerissen wird, das ungeplante Auffangen eines schweren stürzenden Gegenstandes oder der Sturz auf den nach hinten ausgestreckten Arm mit Aufprall auf Hand oder Ellenbogen. In diesem Sinne grundsätzlich ungeeignete Hergänge sind demgegenüber die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter durch Sturz, Prellung oder Schlag, der Sturz auf den ausgestreckten Arm oder den angewinkelten Ellenbogen, eine fortgeleitete Krafteinwirkung bei seitlicher oder vorwärts geführter Armhaltung (Stauchung), aktive Tätigkeiten, die zu einer abrupten aber planmäßigen Muskelkontraktion führen und plötzliche Muskelanspannungen (vgl. ebenda, S. 433).

Die Klägerin gab zeitnah zu dem Unfallereignis keinen Sturz auf den ausgestreckten Arm, keine Fixierung oder ein Reißen des rechten Armes nach hinten oder ein sonstiges Sturzgeschehen an, das nach den obigen Ausführungen geeignet wäre, eine Schädigung der Rotatorenmanschette hervorzurufen. Vielmehr ist durchgangärztlich in dem Bericht vom 20. September 2011 lediglich ein Sturz auf die rechte Seite angegeben. Gleiches gilt für die Unfallanzeige vom 19. September 2011 und den von der Klägerin am 27. November 2011 ausgefüllten Fragebogen Schulterverletzungen. Dort hat die Klägerin weiter ausgeführt, die Verletzung sei durch einen Sturz „mit voller Wucht“ auf Betonroste eingetreten, wobei der Sturz - so die Klägerin selbst ausdrücklich - auf den am Körper angelegten Arm erfolgt sei. In der fachchirurgischen Stellungnahme des Dr. V vom 10. November 2011 heißt es, die Klägerin habe bei ihrer Vorstellung in der Unfallbehandlungsstelle der Berufsgenossenschaften B bestätigt, sie sei bei dem Unfall direkt auf die rechte Seite und die rechte Schulter gefallen und habe sich mit dem linken Unterarm (Gegenseite) abgestützt. Einen entsprechenden Unfallhergang hat die Klägerin gegenüber Dr. V bei ihrer erneuten Vorstellung am 16. Januar 2012 bestätigt. Demgemäß wird in allen zeitnah zum Unfallereignis dokumentierten Schilderungen das Sturzgeschehen übereinstimmend im Sinne eines direkten Aufpralls auf die rechte Schulter dargestellt. Einen entsprechenden Unfallhergang hat auch der Sachverständige Dr. W seinem Gutachten zugrunde gelegt, nachdem er die Klägerin bei der

Untersuchung am 25. August 2017 hierzu befragt und diese das Sturzgeschehen deckungsgleich mit ihren Erstangaben wiedergegeben hatte. Vor diesem Hintergrund kann bereits die Prämisse des auf Antrag der Klägerin gehörten Sachverständigen Dr. W. Wider genaue Unfallhergang sei unklar, so dass auf weitere Kriterien abzustellen sei, nicht überzeugen. Wenn die Klägerin selbst das genaue Sturzgeschehen bei ihrer Untersuchung durch Dr. W. am 15. Oktober 2019 – und damit über 8 Jahre nach dem Unfallgeschehen – nicht mehr genau hat wiedergeben können, so bedeutet dies entgegen der Annahme von Dr. W. nicht, dass der Ablauf nicht anhand der Akten zuverlässig rekonstruiert werden könnte. Dr. W. selbst hat den Unfallmechanismus im Übrigen anamnestisch dahingehend erhoben, dass die Klägerin auf die rechte Schulter und den angelegten Arm sowie auf die rechte Körperseite gestürzt sei. Weshalb er den Unfallhergang dessen ungeachtet als unklar einstuft, erschließt sich dem Senat nicht. Demnach lässt sich auf der Grundlage der Ausführungen bei Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, bereits kein Unfallhergang feststellen, der geeignet gewesen wäre, eine Rotatorenmanschette zu schädigen.

Soweit teilweise in der wissenschaftlichen Gutachtenliteratur vertreten wird, ein direktes Anpralltrauma oder der Sturz auf den nach vorne ausgestreckten oder seitlich abgelegten Arm schließe eine traumatische Unfallgenese a priori nicht aus (vgl. Beickert/Panzer/Geßmann/Seybold/Pauly/Wurm/Lehmann/Scholtysik, Begutachtung des Rotatorenmanschettschadens der Schulter nach Arbeitsunfällen, Trauma und Berufskrankheit 2016, S. 222 ff., insbesondere S. 231), weist der Senat darauf hin, dass jedenfalls gewichtige weitere Argumente gegen einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallgeschehen vom 16. September 2011 und den über den 29. November 2011 hinaus bestehenden und der Heilbehandlung bedürftigen Gesundheitsstörungen in Gestalt einer Schädigung der Rotatorenmanschette bzw. der Supraspinatussehne sprechen.

So ist dem Sachverständigen Dr. W. nach den unfallmedizinischen Erkenntnissen dahingehend zuzustimmen, dass die nach dem Unfall von dem erstbehandelnden Durchgangsarzt nicht befundene Pseudoparalyse (Drop-arm-Syndrom) und der klinische Verlauf nicht für eine frische (traumatische) Rotatorenmanschettenläsion sprechen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Kap. 8.2.5.3, S. 434, 435, Beickert u. a., a. a. O.; insbesondere S. 236). Die Klägerin konnte nach dem Unfall, der sich ausweislich des Durchgangsarztberichtes vom 20. September 2011 um 15:15 Uhr und ausweislich der Unfallanzeige vom 19. September 2011 um 15:55 Uhr in Hiereignet hatte, zunächst weiterarbeiten und traf erst gegen 18:45 Uhr im von der Unfallstelle rund 25 km entfernten Kreiskrankenhaus in He ein. Bei einer kompletten oder auch nur weitgehenden Kraftlosigkeit des rechten Armes wäre indes eine sofortige Einstellung der körperlich schweren Arbeiten der Klägerin zu erwarten gewesen.

Weiterhin deckten die Befunde der am 05. Oktober 2011 und am 28. November 2011 erfolgten MRT-Untersuchungen des rechten Schultergelenks – worauf auch der Sachverständige Dr. W. nach einer eigenen Auswertung der MRT-Aufnahmen hinweist – ein deutliches degeneratives Schadensbild auf, namentlich in Gestalt einer vermehrten subperiostalen Sklerosierung des Tuberculum maius, einer Verengung des subacromialen Raumes bei Schulterreckgelenksarthrose und einer Ausdünnung der Rotatorenmanschette im Bereich des Oberschulterblattgrätenmuskels. Von Dr. W. ebenfalls ausgewertete Röntgenbilder der rechten und der linken Schulter in zwei Ebenen vom 08. August 2012 zeigten an der nicht unfallversehrten linken Schulter ebenfalls erhebliche degenerative Veränderungen. Deutliche degenerative Veränderungen der linken Rotatorenmanschette haben sich zudem bei der von Dr. W. selbst vorgenommenen sonographischen Untersuchung ergeben. Zudem spreche – so Dr. W. weiter – die von ihm ausgewertete, auch die Wirbelsäule und die unteren Extremitäten betreffende Röntgenbildserie der Jahre 2011 bis 2013 für eine generelle Neigung der Klägerin zu degenerativen Veränderungen des gesamten Bewegungsapparates. Zwar ist nicht jedes degenerative Krankheitsbild im Bereich der Schultergelenke – und erst recht darüber hinaus – als stichhaltiges Indiz für eine vorbestehende Texturstörung der Sehnen der Rotatorenmanschette zu werten. Insbesondere kommt dem Vorhandensein eines Impingement-Syndroms der Schulter keine oder nur eine schwache indizielle Wirkung für die Annahme einer Vorschädigung der Rotatorenmanschette zu. Hingegen stellt insbesondere die festgestellte Vorschädigung der Gegenschulter ein Indiz für eine Vorschädigung auch der unfallversehrten Seite dar (vgl. Beickert u. a., a. a. O.; insbesondere S. 234). In einer Gesamtschau der radiologisch und vor allem kernspintomografisch erhobenen Befunde stimmt der Senat daher der Auffassung des Sachverständigen Dr. W. zu, dass sich auch hieraus ein gewichtiges Indiz gegen einen Unfallzusammenhang ableiten lässt.

Ferner deutet auch das weitgehende Fehlen von kernspintomografisch aufgedeckten Begleitverletzungen innerhalb der Schulterweichteile und des Gelenkraumes nicht auf einen komplexen Krafteinfluss hin, der zu Sehnenzerreißen hätte führen können. Bei der MRT-Untersuchung der rechten Schulter vom 05. Oktober 2011 konnte insbesondere kein Gelenkerguss aufgedeckt werden, lediglich eine mäßige Einblutung im Bereich des Schleimbeutels (Bursa). Blut im Gelenkraum (Hämarthros), ein blutig verfärbter Gelenkerguss oder Kontusionsödeme hätte indes auf eine traumatische Genese des Rotatorenmanschettschadens hindeuten können. Die lediglich mäßiggradige Einblutung in der Bursa wird zwar durch den Sachverständigen Dr. W. als Indiz für einen Ursachenzusammenhang herangezogen. Ein entsprechender Befund stellt indes für sich genommen kein hinreichendes Kriterium für die Annahme eines Wirkzusammenhangs dar (vgl. Beickert u. a., a. a. O., insbesondere S. 239 f.).

Soweit Dr. W. nachgewiesene Hämatome im Bereich der rechten Schulter als Indiz für eine traumatische Genese benennt, weist der Senat darauf hin, dass solche Hämatome anhand der Aktenlage gerade nicht als nachgewiesen werden können. Im Durchgangsarztbericht vom 20. September 2011 heißt es ausdrücklich, es hätten keine Hämatome bzw. nur ein Hämatom im Bereich des Endgliedes des 5. Fingers vorgelegen. In der Unfallanzeige vom 19. September 2011 werden Hämatome lediglich im Bereich des linken Unterarmes beschrieben, nicht aber im Bereich des rechten Oberarmes oder der Schulter. Lediglich im Fragebogen Schulterverletzungen vom 27. November 2011 wurden von der Klägerin Hämatome auch im Bereich der rechten Schulter benannt. Bei hinsichtlich des Vorliegens von Hämatomen widersprüchlicher Aktenlage lässt sich dieses Kriterium, das ohnehin nur als eines von zahlreichen Indizien gelten könnte, nach Auffassung des Senats nicht bei der Entscheidungsfindung berücksichtigen.

Nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. W ist es nach alledem bei dem Unfall vom 16. September 2011 – neben einer Prellung des rechten Kleinfingers mit nur ganz vorübergehenden Beeinträchtigungen – lediglich zu einer Stauchung und Zerrung des rechten Schultergelenks gekommen, nicht jedoch zu substantziellen Schäden. Die Prellungen seien innerhalb von 6 Wochen nach dem Unfallgeschehen abgeheilt gewesen.

Die nachvollziehbaren und in sich schlüssigen Erwägungen des dem Senat als langjährig erfahrener und versierter Sachverständiger bekannten Dr. Wa stehen, wie oben dargelegt, im Wesentlichen in Übereinstimmung mit der zum Forschungsstand auch nicht immer ganz einheitlichen wissenschaftlichen Gutachtenliteratur und überzeugen damit insbesondere auch vor diesem Hintergrund. Hingegen lässt das Gutachten von Dr. W vom 26. November 2019 eine Auseinandersetzung mit den oben dargelegten unfallmedizinischen Kriterien vermissen. Nach den Ausführungen des Facharztes Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. i seien die Schäden an der Rotatorenmanschette bzw. der Supraspinatussehne der Klägerin - unter Beachtung der Vorgeschichte, des Ereignisablaufs, des Verletzungsbildes im zeitlichen Zusammenhang und des erhobenen Befundes - als unmittelbare Unfallfolge zu werten. Dabei legt Dr. W bereits einen Ereignisablauf zugrunde, den er im Ergebnis als „unklar“ einstuft, wobei nach Auffassung des Senats – wie oben dargelegt – zahlreiche in sich stimmige Dokumentationen vorliegen, die ein direktes Anpralltrauma der rechten Schulter beschreiben. Bereits der Ausgangspunkt der Erwägungen von Dr. W stellt sich somit als verfehlt dar. Weiterhin schließt Dr. W aus einem zeitlichen Zusammenhang - bis zu dem Unfallgeschehen war die Klägerin eigenanamnestisch im Bereich der Schulter symptomfrei, Beschwerden im Bereich der Schulter seien erstmals nach dem Unfall aufgetreten - auf einen Kausalzusammenhang. Er verkennt dabei aber die Bedeutung stummer Schadensanlagen bzw. den Umstand, dass aus der bloß zeitlichen Komponente nicht auf einen Wirkzusammenhang geschlossen werden kann. Der Erkrankung der Rotatorenmanschette gehen regelmäßig Strukturveränderungen des Sehngewebes voraus, die symptomlos sind. Es ist eine Besonderheit der Rotatorenmanschette, insbesondere der Supraspinatussehne, dass Veränderungen, die aus innerer (zumeist degenerativer) Verursachung entstanden sind, vorliegen können, ohne dass sich Krankheitserscheinungen zeigen. Selbst große trophische Sehndefekte müssen nicht zwangsläufig mit Symptomen einhergehen (vgl. Beickert u. a., a. a. O., S. 223).

Nicht zuletzt weist der Senat darauf hin, dass im Bereich der Rotatorenmanschetten zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr die „Partialrupturen“ zunehmen. Es bestehen inkomplette, meist gelenkseitige Teildefekte und Ausdünnungen des Sehngewebes. Zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr treten die meisten Rotatorenmanschettenschäden mit Krankheitsmerkmalen auf (Behandlungsbedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit). Die Klägerin war zum Unfallzeitpunkt 57 Jahre alt und fällt damit in die Altersgruppe, in der sich typischerweise bis dahin ggf. symptomlose degenerativ bestehende Schäden im Bereich der Rotatorenmanschette manifestieren (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Kap. 8.2.5.1 Verschleißveränderungen, S. 431). Dabei ist die Rotatorenmanschette am dominanten Arm – der bei der Klägerin der unfallversehrte rechte Arm ist – im allgemeinen einem höheren Verschleiß ausgesetzt als an der weniger belasteten Gegenseite.

Der Senat hält es nicht für erforderlich, im Hinblick auf die ergänzende orthopädisch-unfallchirurgische Stellungnahme von Dr. W vom 16. Juni 2020 eine ergänzende Stellungnahme von Dr. W einzuholen. Die voneinander abweichende Positionierung der beiden Sachverständigen ist dem Senat bekannt und ist durch gerichtliche Entscheidung aufzulösen. Ergänzungsbedürftig ist das Gutachten von Dr. Wi nicht.

Eine abweichende Bewertung zur Frage der Folgen des Unfalls vom 16. September 2011 und die durch ihn veranlassten Maßnahmen der Heilbehandlung ist nach Auffassung des Senats schließlich nicht durch das Gutachten von Prof. Dr. E, der Leitenden Oberärztin Dr. S und der Assistenzärztin E alle Unfallkrankenhaus B, vom 24. August 2012 veranlasst.

Zwar ist dieses Gutachten eventuell unter Verstoß gegen das Auswahlrecht der Klägerin nach § [200 Abs. 2 Halbsatz 1 SGB VII](#) zustande gekommen, da die Klägerin Prof. Dr. E als Gutachter benannt hatte, die Untersuchungen aber ausschließlich durch die Leitende Oberärztin Dr. Se und die Assistenzärztin Ei vorgenommen wurden und Prof. Dr. E das Gutachten lediglich „aufgrund eigener Urteilsbildung“ unterzeichnet hat. Nach den Ausführungen des BSG mit Urteil vom 07. Mai 2019 (Az. [B 2 U 25/17 R](#), veröffentlicht in Juris), denen sich der Senat nach eigener Prüfung anschließt, verstößt ein von der Beklagten im Verwaltungsverfahren eingeholtes Gutachten jedenfalls dann gegen § [200 Abs. 2 Halbsatz 1 SGB VII](#), wenn der von dem Kläger bzw. der Klägerin ausgewählte Gutachter bei der Begutachtung selbst – wie hier Prof. Dr. E am Tag der Untersuchung am 08. August 2012 - zu keinem Zeitpunkt anwesend war. Aus dem Auswahlrecht des § [200 Abs. 2 Halbsatz 1 SGB VII](#) folgt zwingend, dass im Verwaltungsverfahren die Kernaufgaben durch den benannten Gutachter selbst zu erledigen sind, weil der Versicherte gerade diesen Gutachter ausgewählt hat. Zu den Kernaufgaben der Gutachtenerstellung zählt zumindest die persönliche Begegnung mit dem Probanden, in der sich der Gutachter einen persönlichen Eindruck des Probanden verschafft und der Begutachtende seine subjektiven Beschwerden selbst vorbringen kann. Dies gilt aufgrund der Sonderregelung des § [200 Absatz 2 Halbsatz 1 SGB VII](#) im Recht der Gesetzlichen Unfallversicherung auch bei orthopädischen Gutachten. Dennoch erweist sich dieser ggf. bestehende Verstoß hier als folgenlos, da die Klägerin den nur auf Rüge hin beachtlichen Verstoß nicht gerügt, sondern sich vielmehr zur Begründung ihrer geltend gemachten Ansprüche auf diesen berufen hat (vgl. zum Rügeerfordernis BSG, a. a. O., Rn. 21 ff.).

Das vorgenannte Gutachten bewertet die krankhaften Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette als nicht unfallbedingt, sondern vielmehr als degenerativ und steht insoweit in Einklang mit dem Sachverständigengutachten von Dr. W. Abweichend hiervon bewertet es die unfallbedingte Behandlungsdauer aufgrund eines verzögerten Heilungsverlaufs bei bestehender Schadensanlage mit 12 Monaten. Diese Beurteilung kann den Senat indes nicht überzeugen. Insbesondere die am 30. November 2011 stattgehabte Arthroskopie des rechten

Schultergelenks mit Rekonstruktion der Supraspinatussehne ist - bei nicht bestehendem Kausalzusammenhang - nicht dem Unfallgeschehen zuzuordnen und kann bzw. konnte damit nicht zu Lasten der Beklagten erfolgen. Einem verzögerten Heilungsverlauf der unfallbedingten Prellung und Zerrung der rechten Schulter hat die Beklagte nach Auffassung des Senats bereits dadurch hinreichend Rechnung getragen, dass sie Heilbehandlungsmaßnahmen für rund zehneinhalb Wochen und nicht, wie bei einem entsprechenden Beschwerdebild üblich und auch von Dr. W angenommen, für lediglich 6 Wochen gewährt hat. Bei Unfallfremdheit des Schadens an der Rotatorenmanschette hält der Senat eine noch weitergehende Übernahme der Heilbehandlung für nicht veranlasst.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Sie trägt dem Ausgang des Verfahrens Rechnung.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil kein Zulassungsgrund gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) vorliegt.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-05-17