S 196 U 565/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	3.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Ruptur der Supraspinatussehne Anpralltrauma Unfallkausalität medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse
Leitsätze	-
Normenkette	SGB VII § 7 Abs. 1 SGB VII § 8 Abs. 1 SGB VII § 8 Abs. 2 Nr. 1

1. Instanz

Aktenzeichen	S 196 U 565/18
Datum	20.06.2021

2. Instanz

Aktenzeichen	L 3 U 158/18
Datum	15.06.2021

3. Instanz

Datum	-

Â

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 20. Juni 2018 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Â

AuÃergerichtliche Kosten sind auch fÃ¼r das Berufungsverfahren nicht

zu erstatten.

Â

Die Revision wird nicht zugelassen.

<u>Tatbestand</u>

Â

Â

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die Anerkennung von weiteren Unfallfolgen.

Â

Die 1970 geborene KlÃ¤gerin war als VerkÃ¤uferin beschÃ¤ftigt, als sie am 27. MÃ¤rz 2013 auf dem Weg zur Arbeit einen Unfall als Beifahrerin in einem PKW erlitt. Sie saÃ angeschnallt hinten rechts auf der RÃ¼ckbank, wobei ihre HÃ¤nde auf dem SchoÃ lagen, als das Fahrzeug hinten rechts mit einem anderen PKW kollidierte, sich drehte und nochmals mit dem rechten Hinterradbereich den anderen PKW touchierte (Unfallanzeige vom 08. Juli 2013, Polizeibericht vom 27. MÃ¤rz 2013). Sie wurde ins Unfallkrankenhaus B (UKB) gebracht und dort zwei Tage stationÃ¤r behandelt. Bei der Aufnahme ergab sich kein Anhalt fÃ¼r einen Kopfanprall oder ein SchÃ¤del-Hirn-Trauma, alle vier ExtremitÃ¤ten waren aktiv frei beweglich, die KlÃ¤gerin klagte Ã¼ber Schmerzen im Bereich der Thoraxwand und der WirbelsÃ¤ule. Die weiteren Untersuchungen ergaben eine Thorax- und WirbelsÃ¤ulenprellung und es wurden Schmerzmittel verordnet (Arztbrief vom 28. MÃ¤rz 2013).

Â

Wegen anhaltender Beschwerden suchte die KlÃ¤gerin am 08. April 2013 das V Klinikum in N auf und klagte dort auch Ã¼ber Schulterprobleme. Die dortige RÃ¶ntgenuntersuchung zeigte einen Bruch des SchlÃ¼sselbeines rechts und der fÃ¼nften Rippe rechts; es erfolgte eine Ruhigstellung im Gilchristverband.

Â

Die Weiterbehandlung erfolgte durch den Durchgangsarzt (DA) Dr. R im J Krankenhaus. Es wurden Physiotherapie und Schmerzmittel verordnet bei weiter bestehender ArbeitsunfÃ¤higkeit. Wegen anhaltender Schmerzen am rechten SchlÃ¼sselbein, rechten Schultereckgelenk bzw. Schulter und der rechten ThoraxseiteÂ wurde dort am 04. Juli 2013 eine Magnetresonanztomographie (MRT) der rechten Schulter veranlasst, die u. a. eine â ansatznahe gelenkseitige Teilruptur der Supraspinatussehne rechts auf dem Boden einer vorbestehenden Tendinopathieâ als Befund ergab. Bei der danach am 09. Juli 2013 im J Krankenhaus erfolgten Vorstellung wurden nunmehr deutlich rÃ¼cklÃ¤ufige

Beschwerden im Bereich der Rippenregion rechts, eine Schmerzfreiheit im Bereich der rechtsseitigen Klavikula sowie anhaltend starke Schmerzen und BewegungseinschrÃ¤nkungen der rechten Schulter vermerkt. Von den behandelnden Ãrzten wurden Zweifel an der UnfallursÃ¤chlichkeit des Unfalls fÃ¼r die im MRT zu sehenden VerÃ¤nderungen an der rechten Schulter geÃ¤uÃert und die Erstellung eines Zusammenhangsgutachtens empfohlen. Bei der erneuten Vorstellung der KlÃ¤gerin im J Krankenhaus am 02.Â September 2013 zeigte sich rÃ¶ntgenologisch eine komplette Durchbauung der Klavikulafraktur sowie der Fraktur der fÃ¼nften Rippe. Weiterhin zeigte sich ein Acromiontyp I-II nach Bigliani sowie eine AC-Gelenksarthrose und ein leichter Hochstand des Humeruskopfes. Bei positiven Impingementtests wurde der Verdacht auf ein primÃ¤res Engpasssyndrom im Bereich des rechten Schultergelenkes geÃ¤uÃert und zu einer Arthroskopie geraten, um evtl. die Enge zu mindern.

Am 24. September 2013 wurde die arthroskopische Operation vorgenommen. Dabei zeigte sich, dass keine Teilruptur sondern eine leichte Auffaserung der Supraspinatussehne an der Ansatzstelle als Folge einer auch vorgefundenen subacromialen Enge sowie einer hypertrophen Bursitis vorlagen. Es erfolgte eine subacromiale Dekompression und Bursektomie.

Â

Mit Bescheid vom 09. Oktober 2013 wurden das Ereignis vom 27. MÃ¤rz 2013 als Arbeitsunfall anerkannt und EntschÃ¤digungsleistungen Ã¼ber den 04. Juli 2013 hinaus abgelehnt. Die anhaltende Beschwerdesymptomatik der rechten Schulter sei nicht durch die UnfallschÃ¤digung, die ausgeheilten BrÃ¼che des rechten SchlÃ¼sselbeines und der fÃ¼nften Rippe, sondern durch degenerative und unfallfremde VerÃ¤nderungen an der rechten Schulter initiiert.

Â

Die KlÃ¤gerin erhob am 18. Oktober 2013 Widerspruch, der mit anwaltlichem Schreiben vom 21. November 2013 begrÃ¼ndet wurde. Die andauernden Beschwerden am rechten Schultergelenk bzw. der Einriss einer gelenknahen Struktur im Bereich der rechten Rotatorenmanschette seien auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Vor dem Unfallereignis sei sie beschwerdefrei gewesen. Die MRT-Untersuchung vom 04. Juli 2013 habe eine gelenkseitige Teilruptur der Supraspinatussehne rechts ergeben. Insoweit kÃ¶nne dem Arthroskopiebericht des J Krankenhauses nur teilweise gefolgt werden, denn eine Spontanheilung der im MRT-Befund gesehenen Ruptur sei ausgeschlossen.

Â

Unter dem 12.Â Februar 2014 teilte DA Dr. R vom J Krankenhaus der Beklagten mit, dass die KlÃ¤gerin am 22. September 2013 aus der ambulanten Behandlung entlassen worden und ab dem 23. September 2013 wieder arbeitsfÃ¤hig sei.

Â

Die Beklagte veranlasste eine Zusammenhangsbegutachtung bei Prof. Dr. E vom UKB. In dem nach Untersuchung der KlÃ¤gerin durch Prof. Dr. S und Dr.Â N vom 06. MÃ¤rz 2014 erstellten Gutachten vom 17. April 2014 kommen die Gutachter zu dem Ergebnis, dass folgende Unfallfolgen bei der KlÃ¤gerin vorlÃ¤gen:

â eine mÃ¤Ãige Bewegungseinschrï¿½nkung der rechten Schulter nach Partialruptur der Supraspinatussehne,

â reizlose Narben nach Schultergelenksarthroskopie rechts,

â eine in gÃ¼nstiger Stellung knÃ¶chern vollstÃ¤ndig konsolidierte Klavikulaschaftfraktur rechts,

â eine in gÃ¼nstiger Stellung verheilte Fraktur der fÃ¼nften Rippe rechts,

â eine folgenlos ausgeheilte Prellung der WirbelsÃ¤ule.

Die Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit (MdE) werde mit 20 vom Hundert (v.H.) eingeschÃ¤tzt.

Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrten sie aus, der Unfallhergang sei geeignet, Frakturen des SchlÃ¼sselbeins bzw. der Rippen zu verursachen. Ein direkter Anprall werde jedoch eher als ungeeignet angesehen, eine LÃ¤sion der Rotatorenmanschette auszulÃ¶sen. Da die KlÃ¤gerin seit dem Unfalltag persistierende Beschwerden im Bereich der rechten Schulter und des rechten Brustkorbes beklage, sei ein zeitlicher Zusammenhang zum Unfall zu sehen. Der intraoperative Befund kÃ¶nne die im MRT gesehene subtotale Ruptur der Supraspinatussehne nicht vollstÃ¤ndig bestÃ¤tigen. In Zusammenschau aller Befunde gelange man zu der Ansicht, dass der Unfall vom 27. Februar 2013 zu einer Klavikulafraktur und Fraktur der fÃ¼nften Rippe rechts gefÃ¼hrt habe. In Anbetracht der festgestellten Frakturen habe vermutlich ein Unfall mit grÃ¶Ãerer Krafteinwirkung stattgefunden. MRT-morphologisch sei bei fehlenden degenerativen VerÃ¤nderungen sowie unter Beachtung des jungen Alters der KlÃ¤gerin von einer frischen Verletzung der Supraspinatussehne auszugehen, zumindest in Form einer Partialruptur.

Â

Â

Die Beklagte wies â wohl nach Einholung einer beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahme â mit Widerspruchsbescheid vom 24. Juli 2014 den Widerspruch als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ck. Bei der am 24. September 2013 durchgefÃ¼hrten Schultergelenksarthroskopie hÃ¤tten sich ein Teilriss der Supraspinatussehne oder andere Verletzungen der Rotatorenmanschette nicht bestÃ¤tigt und seien daher nicht nachgewiesen. Vielmehr habe sich ein Impingement(Einklemmungs)-Syndrom der gesamten Rotatoren-manschette mit Verengung des Raumes unterhalb des Schulterdaches gezeigt, was die Beschwerden an der rechten Schulter verursacht habe. Daher habe man der Beurteilung durch Prof. Dr. E nicht folgen kÃ¶nnen, denn

es handele sich um typische anlagebedingte Erkrankungen.

Â

Am 14. August 2014 hat die KlÃ¤gerin durch ihren damaligen ProzessbevollmÃ¤chtigten Klage vor dem Sozialgericht Berlin (SG) erhoben, mit Schriftsatz vom 25. September 2014 begrÃ¼ndet und zunÃ¤chst begehrt, ihr Verletztengeld seit dem 08. Mai 2013 zu zahlen und eine Rente zu gewÃ¤hren. Vor dem Unfall sei sie im Bereich der rechten Schulter vÃ¶llig beschwerdefrei gewesen. Jetzt leide sie unter einer schmerzhaften BewegungseinschrÃ¤nkung, belastungsabhÃ¤ngigen Schmerzen sowie einer stÃ¤ndigen Schwellneigung. Zudem sei eine beachtliche Kraftminderung des rechten Arm-Schulterbereiches festzustellen. Dies sei nach dem Gutachten von Prof. Dr. E unfallbedingt und fÃ¼hre zu einer rentenberechtigenden MdE. Die KlÃ¤gerin hat eine sozialmedizinische Stellungnahme der Ãrztin L, erstellt fÃ¼r die Bundesagentur fÃ¼r Arbeit am 04. September 2014, sowie den Bescheid Ã¼ber die Anerkennung eines Grades der Behinderung (GdB) von 20 vom 28. November 2013 vorgelegt.

Â

Das SG hat ein schriftliches orthopÃ¤disch-chirurgisches SachverstÃ¤ndigengutachten von PD Dr. L vom 20. Oktober 2015 eingeholt.Â PD Dr. L ist nach Untersuchung der KlÃ¤gerin am 13. August 2015 und Auswertung der in den Akten befindlichen medizinischen Unterlagen nebst bildgebenden Befunden zu dem Ergebnis gekommen, bei der KlÃ¤gerin bestehe

a) ein Zustand nach SchlÃ¼sselbeinfraktur rechts und Fraktur der fÃ¼nften Rippe rechts dorsal und

b) ein sogenanntes Outlet Impingement des rechten Schultergelenkes mit degenerativen VerÃ¤nderungen an der Supraspinatussehne, aber auch am Musculus supraspinatus und beginnend am Musculus infraspinatus; auÃerdem eine entzÃ¼ndliche Bursitis subdeltoidea und subacromialis.

Der Zustand zu a) sei eindeutig Folge des Ereignisses vom 27. MÃ¤rz 2013, da als Erstschaden sowohl in der Polytraumaspirale, der RÃ¶ntgendiagnostik im Krankenhaus N wie auch auf spÃ¤teren RÃ¶ntgenkontrollen gesichert. Die Frakturen seien bei regelrechter Zeitabfolge mit geringer Verschiebung knÃ¶chern konsolidiert und daher ausgeheilt. Die Beschwerden der KlÃ¤gerin durch ihr chronisches allergisches Asthma mit entsprechenden HustenanfÃ¤llen seien mit groÃer Wahrscheinlichkeit durch muskulÃ¤re Verspannungen des RÃ¼ckens verursacht. ArbeitsunfÃ¤higkeit habe bis zum 25. Juni 2013 bestanden, da dann von Seiten der behandelnden Ãrzte bei den verheilten Frakturen kein wesentlicher pathologischer Befund am SchlÃ¼sselbein und im Bereich der fÃ¼nften Rippe rechts dorsal mehr habe gefunden werden kÃ¶nnen. Eine MdE sei nicht verblieben.

Bei dem Gesundheitsschaden zu b) handele es sich um einen bereits unfallunabhÃ¤ngig vorbestehenden Zustand, der lediglich im Rahmen des

Geschehens und der erforderlichen diagnostischen MaÃnahmen offenkundig geworden sei. Im MRT der rechten Schulter vom 04. Juli 2013 wie auch im intraoperativen Befund hÃ¤tten sich keinerlei Traumafolgen sondern degenerative VerÃ¤nderungen gezeigt. Die hierfÃ¼r typisch im Sinne eines Crescendo verlaufenden Beschwerden (im Gegensatz zu traumatisch verursachten Beschwerden, die im Sinne eines Decrescendo verliefen)Â hÃ¤tten im Behandlungsverlauf auch zu der Arthroskopie des Schultergelenkes rechts gefÃ¼hrt, die nicht im Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen zu sehen sei. Wechselwirkungen zwischen den Unfallfolgen und dem unfallunabhÃ¤ngigen Leiden bestÃ¤nden nicht.

Â

Nachdem die KlÃ¤gerin durch ihren ProzessbevollmÃ¤chtigten mit Schriftsatz vom 29.Â Januar 2016 Kritik am Gutachten geÃ¤uÃert hat, hat das SG von PD Dr. Leine ergÃ¤nzende Stellungnahme vom 04. MÃ¤rz 2016 eingeholt, der seine EinschÃ¤tzung nochmals anhand unfallmedizinischer Literatur begrÃ¼ndet hat.

Â

In der mÃ¼ndlichen Verhandlung des SG vom 20. Juni 2018 hat die KlÃ¤gerin erklÃ¤rt, die Beklagte sei bis zum 03. Juli 2013 fÃ¼r die Kosten der Heilbehandlung aufgekommen und habe ihr bis dahin auch Verletztengeld gezahlt. Die KlÃ¤gerin hat nunmehr beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide festzustellen, dass die BewegungseinschrÃ¤nkungen und die Schmerzen an der rechten Schulter auch Unfallfolgen sind.

Das SG hat durch Urteil vom gleichen Tage die Klage abgewiesen. Zur BegrÃ¼ndung hat es ausgefÃ¼hrt, die KlÃ¤gerin habe in zulÃ¤ssiger Weise ihre kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage auf eine Anfechtungs- und Feststellungsklage umgestellt (Â§Â§ 56, 54 Abs. 1 Satz 1, 55 Abs. 1 Nr. 3, 99 Abs. 1 und Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz), diese sei jedoch unbegrÃ¼ndet.

Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung sei anerkannt, dass neben dem Antrag auf Leistungen auch die Feststellung von GesundheitsstÃ¶rungen oder des Todes als Folgen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit begehrt werden kÃ¶nnen (Â§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG). Ebenso kÃ¶nne die Feststellung zum Vorliegen eines Arbeitsunfalls an sich, eines Gesundheitserstschadens sowie einer Berufskrankheit verlangt werden (Â§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG). Es stehe dem Beteiligten in der KlÃ¤gerposition zudem frei, das jeweilige Begehren im Wege der Verpflichtungs- oder Feststellungsklage zu verfolgen (Bundessozialgericht , Urteil vom 05. Juli 2011 â B 2 U 17/10 R -, in juris). DemgemÃ¤Ã kÃ¶nne auch im Streitverlauf grundsÃ¤tzlich von dem einen zu dem anderen Begehren gewechselt werden.

Die KlÃ¤gerin sei durch die angefochtenen Bescheide auch nach der Umstellung der Klage nicht im Sinne von Â§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG beschwert, denn diese seien rechtmÃ¤Ãig. Sie habe keinen Anspruch auf Feststellung weiterer Unfallfolgen im

Bereich ihrer rechten Schulter. Die Anerkennung von lÃ¤nger dauernden Folgen setze zunÃ¤chst voraus, dass diese aus einem Unfallerstschaden resultierten, durch die unfallbedingte Verschlimmerung eines schon vorhandenen Leidens entstanden seien oder als weitere Folgen von UnfallschÃ¤den zu Tage trÃ¤ten, was hier nicht der Fall sei. Die KlÃ¤gerin habe aufgrund des Unfalls am 27. MÃ¤rz 2013 als Gesundheitserstschaden â□□nurâ□□ einen SchlÃ¼sselbeinbruch rechts und einen Bruch der fÃ¼nften Rippe rechts erlitten.

Dies folge fÃ¼r die Kammer zur vollen Ã□berzeugung aus dem Gutachten des gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen Dr. L vom 20. Oktober 2015, aber auch aus den Ã¼brigen medizinischen Unterlagen. Ein irgendwie gearteter Riss der Rotatoren-manschette (Supraspinatussehne), wie die KlÃ¤gerin behaupte und so ihre Beschwerden erklÃ¤rt sehe, liege bei ihr Ã¼berhaupt nicht vor und kÃ¶nne folglich auch nicht durch den Unfall entstanden sein. Zwar habe das am 04. Juli 2013 gefertigte MRT nach dem schriftlichen Befund eine ansatznahe gelenkseitige Teilruptur der Supraspinatussehne rechts ergeben. Durch die Operation an der rechten Schulter am 24. September 2013 habe aber durch direkten Einblick in diese Strukturen festgestellt werden kÃ¶nnen, dass tatsÃ¤chlich kein vollstÃ¤ndiger und auch kein Teilriss der Supraspinatussehne vorgelegen habe. Vielmehr habe sich eine Enge zwischen dem Schulterdach und dem Oberarmkopf gezeigt, so dass dadurch die Supraspinatussehne an ihrer Ansatzstelle dauerhaft gereizt worden sei und sich so allmÃ¤hlich eine Auffaserung gebildet hÃ¤tte (Engesyndrom). Somit sei auch dem Gutachten von Prof. Dr. E, das die Beklagte im Verwaltungsverfahren am 17.Â April 2014 eingeholt habe, nicht zu folgen. Der Gutachter spreche noch von einem Teilriss der Supraspinatussehne, der aber nachweislich nicht vorliege. Auch dazu habe der gerichtliche SachverstÃ¤ndige sich in seiner ergÃ¤nzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 04. MÃ¤rz 2016 klar geÃ¤uÃ□ert und Ã¼berzeugend erlÃ¤utert, dass diese Auffassung nicht zutreffend sein kÃ¶nne. Dem folge die Kammer uneingeschrÃ¤nkt.

Bei der KlÃ¤gerin sei durch den Unfall auch keine Verschlimmerung eines anlagebedingten Leidens mit entsprechend darauf zu beziehenden weiteren dauerhaften GesundheitsstÃ¶rungen eingetreten. Der SachverstÃ¤ndige habe auch diesbezÃ¼glich dargelegt, dass neben dem Engesyndrom und der sich daraus ergebenden dauerhaften Reizung der Supraspinatussehne bis zur allmÃ¤hlichen Auffaserung, was allesamt unfallunabhÃ¤ngig, damit schicksalhaft sei, keine weiteren auf Traumata zurÃ¼ckzufÃ¼hrenden VerÃ¤nderungen an der rechten Schulter vorlÃ¤gen. Das von Prof. Dr. E im Verwaltungsgutachten angesprochene Ã□dem im Bereich des Ansatzes der Supraspinatussehne sei nicht traumatisch entstanden. Die Operation an der Schulter am 24. September 2013 habe auch insofern gezeigt, dass es im rechten Schulterbereich nur degenerative VerÃ¤nderungen gegeben habe. Was Prof. Dr. E als KnochenmarkÃ¶dem bezeichne, sei ebenso keine traumabedingte VerÃ¤nderung, sondern eine sog. Enthesiopathie, eine schmerzhaft entzÃ¼ndliche VerÃ¤nderung durch Degeneration in dem Bereich, wo die Sehne am Knochen ansetze. Soweit die KlÃ¤gerin angebe, dass vor dem Unfall keine Beschwerden an der rechten Schulter bestanden hÃ¤tten, also diese nur darauf zurÃ¼ckzufÃ¼hren sein kÃ¶nnten, sei das nicht stichhaltig. Allein aus dem zeitlichen Zusammenhang lasse sich nicht folgern, dass deswegen ein

Unfallleiden vorliege. ZunÃ¤chst sei fÃ¼r die Kammer gar nicht erwiesen, dass die von der KlÃ¤gerin im weiteren Verlauf beklagten Schulterbeschwerden Ã¼berhaupt zeitnah nach dem Unfall eingesetzt hÃ¤tten. Denn beim UKB habe sie darÃ¼ber nicht geklagt. Die Beschwerden hÃ¤tten nach ihren Angaben erst spÃ¤ter begonnen, als sie am 08. April 2013 das V Klinikum in N aufgesucht habe.

Aber selbst wenn man davon ausginge, wÃ¤re das Unfallereignis nicht wesentlich fÃ¼r das Auftreten der Beschwerden danach. Ursache im Rechtssinne wÃ¤ren vielmehr die degenerativen VerÃ¤nderungen an der Schulter mit der Auffaserung der Sehne, die nach dem bisherigen stummen Verlauf nun in eine klinisch symptomatische Phase geraten seien. Die gesamte Symptomatik an der Schulter der KlÃ¤gerin beruhe einzig auf degenerativen VerÃ¤nderungen, wie der SachverstÃ¤ndige ausgefÃ¼hrt habe. Dem folge die Kammer uneingeschrÃ¤nkt. Das Ereignis wÃ¤re somit beliebig austauschbar, da die unfallfremden Mechanismen in Gestalt der Enge zwischen dem Schulterdach und dem Oberarmkopf sowie der daraus resultierenden dauerhaften Reizung der Sehne allmÃ¤hlich zu ihrer Auffaserung/Aufrauhung gefÃ¼hrt hÃ¤tten und es nur noch eine Frage der Zeit gewesen sei, wann diese auch Beschwerden verursachten. Der Unfall wÃ¤re damit nur ein sog. Anlassgeschehen fÃ¼r den Eintritt der Symptome an der rechten Schulter.

Es sei auch nicht wahrscheinlich, dass die stattgehabte ErstschÃ¤digung durch den Unfall, nÃ¤mlich der Bruch des rechten SchlÃ¼sselbeines und/oder der Bruch der fÃ¼nftenÂ Rippe rechts, zu dem symptomatischen Beschwerdebild an der rechten Schulter gefÃ¼hrt haben kÃ¶nnten (Folgeschaden). Beide Verletzungen seien auf den jeweiligen Bereich bezogen und folgenlos abgeheilt. MÃ¶glich sei, dass die KlÃ¤gerin zunÃ¤chst durch die Schonhaltung infolge der BrÃ¼che auch Beschwerden bekommen habe, die sich fÃ¼r sie Ã¶rtlich auf die rechte Schulter beziehen lieÃen. Allerdings kÃ¶nnten dort damit keine strukturellen VerÃ¤nderungen mit dauerhaft fortbestehenden Beschwerden einhergehen. SpÃ¤testens als die BrÃ¼che ausgeheilt waren, wÃ¤ren auch evtl. durch Schon- oder Fehlhaltung hervorgerufene zusÃ¤tzliche Beschwerden an der Schulter abgeklungen. FÃ¼r eine andere EinschÃ¤tzung gebe es keine medizinisch nachvollziehbaren Anhaltspunkte.

Â

Gegen das ihrem vormaligen ProzessbevollmÃ¤chtigten am 23. Juli 2018 zugestellte Urteil richtet sich die KlÃ¤gerin mit ihrer am 15. August 2018 beim Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg eingelegten Berufung. Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrt sie in ihrem Schriftsatz vom 10. Januar 2019 aus, da das MRT vom 04. Juli 2013 bezÃ¼glich der Frage einer traumatischen Schulterverletzung von zwei SachverstÃ¤ndigen unterschiedlich bewertet worden sei, sei ein radiologisches Gutachten einzuholen. Auch hÃ¤tte das SG vor Einholung eines Gutachtens sÃ¤mtliche Ã¤rztlichen Befunde und AuskÃ¼nfte von den behandelnden Ãrzten beiziehen mÃ¼ssen. Eine Verengung des Schulterdaches kÃ¶nnte sich auch in den seit dem Unfall vergangenen Monaten entwickelt haben. Zur KlÃ¤rung der Unfallbedingtheit der Ruptur sei neben dem Unfallmechanismus eine

feingewebliche Untersuchung hilfreich, was bisher nicht geklÃ¤rt sei.

Â

Die KlÃ¤gerin beantragt (sachdienlich gefasst),

Â

das Urteil des SG Berlin vom 20. Juni 2018 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 09. Oktober 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Juli 2014 abzuÃ¤ndern und festzustellen, dass die BewegungseinschrÃ¤nkung und die Schmerzen an der rechten Schulter Folgen des Arbeitsunfalls vom 27.Â MÃ¤rz 2013 sind.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Sie hÃ¤lt die erstinstanzliche Entscheidung auch im Hinblick auf das Ergebnis der weiteren Beweisaufnahme fÃ¼r zutreffend.

Â

Der Senat hat zunÃ¤chst die CDâ□□s betreffend die rÃ¶ntgenologischen, CT- und MRT-Untersuchungen vor der Operation vom 24. September 2013 beigezogen und vom J Krankenhaus den Entlassungsbericht vom 26 September 2013 nebst ausfÃ¼hrlichen Operationsbericht sowie die Auskunft vom 25. Mai 2020 eingeholt, wonach eine histologische Gewebeuntersuchung nicht vorliegt. Des Weiteren hat er einen Befundbericht von dem behandelnden Facharzt fÃ¼r Chirurgie Dr.Â B vom 24. Juli 2020 angefordert (Behandlung seit Oktober 2013 wegen Bewegungs-einschrÃ¤nkung, Kraftminderung und Schmerzen der rechten Schulter; Diagnosen: Impingement-Syndrom rechte Schulter mit schmerzhafter Schultersteife, Depressionen). Dem Bericht waren u. a. Entlassungsberichte des A Rehazentrums in G vom 23. Mai 2014 (stationÃ¤re Behandlung vom 14. April bis zum 10.Â Mai 2014 wegen Impingement-Syndrom der Schulter rechts und vorwiegend allergischem Asthma bronchiale) sowie der Fachklinik A vom 16. MÃ¤rz 2015 (stationÃ¤re Behandlung vom 18. Februar bis zum 25. Februar 2015 wegen Agoraphobie mit PanikstÃ¶rung, somatoforme autonome FunktionsstÃ¶rung des Atmungssystems, leichte depressive Episode, vorwiegend allergisches Asthma bronchiale, Impingement-Syndrom der Schulter) beigefÃ¼gt.

Â

Sodann hat der Senat zwecks Nachbefundung der vor der Operation vom 24. Â September 2013 gefertigten und vom Gericht angeforderten RÃ¶ntgen-, CT- und MRT-Aufnahmen und zur Frage des Vorliegens von Zeichen frischer Verletzungen von Knochen, Knorpel, BÃ¤ndern, Sehnen sowie sonstigen Weichteilen bzw. degenerativer oder anlagebedingter VerÃ¤nderungen den Facharzt fÃ¼r diagnostische Radiologie Prof. Dr. O mit der Erstellung eines schriftlichen SachverstÃ¤ndigengutachtens beauftragt. In seinem Gutachten vom 12. Januar 2021 ist der SachverstÃ¤ndige zu dem Ergebnis gekommen, unzweifelhaft sei es durch das Trauma im MÃ¤rz 2013 zu radiologisch eindeutigen Frakturen der fÃ¼nften und sechsten Rippe dorsal sowie der rechten Klavikula medial gekommen. Die Heilungsphase habe sich radiologisch typisch vollzogen und sei bis MÃ¤rz 2014 morphologisch komplett abgeschlossen. Evidente WeichteilschÃ¤den â auch im Bereich der rechten Schulter â seien im CT (Polytrauma vom 27. MÃ¤rz 2013) nicht dokumentiert. Die MRT-Untersuchung der rechten Schulter vom Juli 2013 zeige typische degenerative VerÃ¤nderungen der Rotatorenmanschette, die nicht durch ein Trauma erklÃ¤rlich seien.

Â

Der KlÃ¤gerin ist mit gerichtlichem Schreiben vom 26. Januar 2021 das Gutachten zur Stellungnahme Ã¼bersandt und auf die MÃ¶glichkeit der Beantragung eines Gutachtens nach Â§Â 109 SGG bis zum 25. Februar 2021 hingewiesen worden. In dem ErÃ¶rterungstermin mit der Berichterstatterin vom 24. MÃ¤rz 2021 ist die Sach- und Rechtslage mit den Beteiligten erÃ¶rtert und der KlÃ¤gerin nochmals Gelegenheit zur PrÃ¼fung einer RÃ¼cknahme der Berufung gegeben worden.

Â

Die Beteiligten haben sich jeweils mit SchriftsÃ¤tzen vom 10. Juni 2021 mit einer Entscheidung des Senats im schriftlichen Verfahren gemÃ¤Ã Â§Â§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG einverstanden erklÃ¤rt.

Â

Zu den weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten sowie der Gerichtsakte verwiesen, die bei der Entscheidungsfindung vorgelegen haben.

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Â

Â

Der Senat konnte gemÃ¤Ã Â§Â§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten hierzu schriftlich ihr EinverstÃ¤ndnis

erklÃ¤rt haben.

Â

Die gemÃ¤Ã Â§ 151 SGG frist- und formgerecht eingelegte Berufung der KlÃ¤gerin ist zulÃ¤ssig, jedoch nicht begrÃ¼ndet.

Â

Das Urteil des SG Berlin vom 20. Juni 2018 sowie der Bescheid der Beklagten vom 09. Oktober 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Juli 2014 sind rechtmÃ¤Ãig und verletzen die KlÃ¤gerin nicht in ihren Rechten. Die KlÃ¤gerin hat keinen Anspruch auf Feststellung der an ihrer rechten Schulter bestehenden BewegungseinschrÃ¤nkungen und Schmerzen als Folgen des Arbeitsunfalls vom 27.Â MÃ¤rz 2013.

Â

VersicherungsfÃ¤lle sind gemÃ¤Ã Â§ 7 Abs. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) ArbeitsunfÃ¤lle und Berufskrankheiten. Nach Â§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII sind ArbeitsunfÃ¤lle UnfÃ¤lle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach Â§Â§Â 2, 3 oder 6 SGB VII bzw. Â§ 8 Abs. 2 SGB VII begrÃ¼ndenden TÃ¤tigkeit; UnfÃ¤lle sind zeitlich begrenzte, von auÃen auf den KÃ¶rper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod fÃ¼hren. FÃ¼r einen Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten TÃ¤tigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von auÃen auf den KÃ¶rper einwirkenden Ereignis â dem Unfallereignis â gefÃ¼hrt hat (UnfallkausalitÃ¤t) und dass das Unfallereignis einen Gesundheits(erst)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegrÃ¼ndende KausalitÃ¤t); das Entstehen von Unfallfolgen aufgrund des Gesundheits(erst)schadens (haftungsausfÃ¼llende KausalitÃ¤t) ist keine Voraussetzung fÃ¼r die Anerkennung eines Arbeitsunfalls.Â

Â

Hinsichtlich des BeweismaÃstabes gilt, dass die Merkmale âversicherte TÃ¤tigkeitâ, âVerrichtung zur Zeit des Unfallsâ, âUnfallereignisâ sowie âGesundheitserst- bzw. Gesundheitsfolgeschadenâ im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, fÃ¼r das Gericht feststehen mÃ¼ssen. DemgegenÃ¼ber genÃ¼gt fÃ¼r den Nachweis der wesentlichen UrsachenzusammenhÃ¤nge zwischen diesen Voraussetzungen die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloÃe MÃ¶glichkeit; ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender Ã¤rztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr fÃ¼r 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 â bei Vorliegen einer KausalitÃ¤t im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne â danach, ob

das Unfallereignis selbst â□□ und nicht eine andere, unfallunabhÃ¤ngige Ursache â□□ die wesentliche Bedingung fÃ¼r den Eintritt des Gesundheitsschadens war (stÃ¤ndige Rechtsprechung, Bundessozialgericht , vgl. Urteile vom 04. Dezember 2014 â□□ B 2 U 18/13 R -, Rn. 16 ff., 13. November 2012 â□□ B 2 U 19/11 R -, Rn. 20 ff., 31. Januar 2012 â□□ B 2 U 2/11 R -, Rn. 16 ff., 02. April 2009 â□□ B 2 U 29/07 R -, Rn. 15 ff., 27. Juni 2006 â□□ B 2 U 20/04 R -, Rn. 18 ff., 09. Mai 2006 â□□ B 2 U 1/05 R -, Rn. 13 ff., alle zitiert nach juris, siehe auch: SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Â Aufl. 2017, Kap. 1.7, S. 21 f.).Â FÃ¼r den Fall, dass die kausale Bedeutung einer Ã¤uÃ□eren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwÃ¤gen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die â□□AuslÃ¶sungâ□□ akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher Ã¤uÃ□erer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltÃ¤glich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelÃ¶st hÃ¤tte (BSG, Urteil vom 30. Januar 2007 â□□ B 2 U 8/06 R -, Rn.Â 20 zitiert nach juris; SchÃ¶nberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, Kap. 1.8, S. 29 ff.). Danach werden im Sozialrecht als rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. â□□Wesentlichâ□□ ist nicht gleichzusetzen mit â□□gleichwertigâ□□ oder â□□annÃ¤hernd gleichwertigâ□□. Auch eine nicht annÃ¤hernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhÃ¤ltnismÃ¤Ã□ig niedriger zu bewertende Ursache kann fÃ¼r den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine Ã¼berragende Bedeutung hat (haben). Gesichtspunkte fÃ¼r die Beurteilung der Wesentlichkeit einer Ursache sind insbesondere die versicherte Ursache bzw. das Ereignis als solches, also Art und AusmaÃ□ der Einwirkung, konkurrierende Ursachen unter BerÃ¼cksichtigung ihrer Art und ihres AusmaÃ□es, der zeitliche Ablauf des Geschehens und RÃ¼ckschlÃ¼sse aus dem Verhalten des Verletzten nach den Einwirkungen, Befunde und Diagnosen der erstbehandelnden Ã□rzte sowie die gesamte Krankengeschichte (vgl. zum KausalitÃ¤tsbegriff in der gesetzlichen Unfallversicherung: BSG, Urteile vom 09. Mai 2006 â□□ BÂ 2 U 1/05 R -, Rn. 13 ff.,Â zitiert nach juris).

Â

Hiervon ausgehend hat die KlÃ¤gerin zwar am 27. MÃ¤rz 2013 einen versicherten Arbeitsunfall im Sinne des Â§ 8 Abs. 1 i.V.m Abs. 2 Nr. 1 SGB VII (Wegeunfall) erlitten, was zwischen den Beteiligten unstreitig und von der Beklagten im von der KlÃ¤gerin angefochtenen Bescheid auch anerkannt worden ist. Jedoch ist der Senat nicht in dem nach Â§ 128 Abs. 1 S. 1 SGG erforderlichen MaÃ□e, d.h. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, davon Ã¼berzeugt, dass die KlÃ¤gerin bei dem Unfall eine Teilruptur der Supraspinatussehne rechts erlitten hat. Die nach der Wesentlichkeit der Ursache zu bemessende haftungsausfÃ¼llende KausalitÃ¤t der von der KlÃ¤gerin seit dem 08. April 2013 beklagten und zur Arthroskopie am 24. September 2013 an der rechten Schulter fÃ¼hrenden Beschwerden wie auch die seitdem bestehenden BewegungseinschrÃ¤nkungen und Schmerzen an der rechten Schulter kann nicht festgestellt werden. Vorliegend Ã¼berwiegen die Gesichtspunkte, die gegen den Unfall vom 27. MÃ¤rz 2013 als wesentliche Ursache

der geltend gemachten Beschwerden und GesundheitsstÃ¶rungen sprechen. HierfÃ¼r stÃ¼tzt sich der Senat auf das erstinstanzlich eingeholte orthopÃ¤disch-chirurgische SachverstÃ¤ndigengutachten von PD Dr. L vom 20.Â Oktober 2015 nebst ergÃ¤nzender Stellungnahme vom 04. MÃ¤rz 2016 sowie das im Berufungsverfahren eingeholte radiologische Gutachten von Prof. Dr. O vom 12. Januar 2021. Beide SachverstÃ¤ndige haben sich sachkundig mit den im Behandlungsverlauf erhobenen klinischen, intraoperativen und bildgebenden Befunden unter Beachtung des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes auseinandergesetzt.

Â

ZunÃ¤chst stellt der Unfall vom 27. MÃ¤rz 2013, bei dem ein PKW zweimal auf die hintere rechte Seite des Autos prallte, in dem die KlÃ¤gerin rechts auf der RÃ¼ckbank Â angeschnallt mit auf dem SchoÃ liegenden HÃ¤nden saÃ, schon keinen fÃ¼r eine SchÃ¤digung der Rotatorenmanschette potentiell geeigneten Verletzungsmechanismus dar. Dies gilt jedenfalls unter Zugrundelegung der AusfÃ¼hrungen im wissenschaftlichen Standardwerk zur medizinischen Unfallbegutachtung SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017 (vgl. Kap. 8.2.5.2, S. 432 ff.). Danach sind hierfÃ¼r potentiell geeignete Verletzungsmechanismen ein massives plÃ¶tzliches RÃ¼ckwÃ¤rtsreiÃen oder HeranfÃ¼hren des Armes, wenn dieser zuvor fixiert war, ein Sturz aus der HÃ¶he nach vorn und Festhalten mit der Hand oder Treppensturz und Festhalten mit der Hand am GelÃ¤nder, so dass der Arm nach hinten gerissen wird, das ungeplante Auffangen eines schweren stÃ¼rzenden Gegenstandes oder der Sturz auf den nach hinten ausgestreckten Arm mit Aufprall auf Hand oder Ellenbogen. In diesem Sinne grundsÃ¤tzlich ungeeignete HergÃ¤nge sind demgegenÃ¼ber 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 vorwÃ¤rts gefÃ¼hrter Armhaltung (Stauchung), aktive TÃ¤tigkeiten, die zu einer abrupten aber planmÃ¤Ãigen Muskelkontraktion fÃ¼hren und plÃ¶tzliche Muskelanspannungen (vgl. ebenda, S. 433). Hierzu hat der SachverstÃ¤ndige PD Dr. L Ã¼berzeugend dargelegt, dass direkte Traumen die unter dem krÃ¤ftigen Muskelmantel und dem knÃ¶chernen Schulterdach befindliche Rotatorenmanschette nicht treffen kÃ¶nnten, ohne dass schwerwiegende Verletzungen auch an den knÃ¶chernen oder muskulÃ¤ren Strukturen eintrÃ¤ten. Bei der KlÃ¤gerin habe es weder am Schulterdach noch am Musculus deltoideus Frakturzeichen bzw. Einblutungen, im MRT auch keine Signalalterationen gegeben. Gehe man von einem seitlichen Anprall aus, der die Schulter treffe, liege die Supraspinatussehne direkt im Verlauf der einwirkenden Kraft, die sie im Sinne einer Stauchung belaste. Das durch diesen Vorgang eine Ruptur entstehen solle, sei nicht vorstellbar.

Â

Soweit teilweise in der wissenschaftlichen Gutachtenliteratur vertreten wird, ein direktes Anpralltrauma oder der Sturz auf den nach vorne ausgestreckten oder

seitlich abgelegten Arm schlieÃe eine traumatische Unfallgenese a priori nicht aus (vgl. Beickert/Panzer/GeÃmann/Seybold/Pauly/Wurm/Lehmann/Scholtysik, Begutachtung des Rotatorenmanschettenschadens der Schulter nach ArbeitsunfÃ¤llen, 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 27. MÃ¤rz 2013 und den spÃ¤ter aufgetretenen, am 24. September 2013 operativ behandelten Beschwerden der rechten Schulter sprechen.

Â

So ist dem SachverstÃ¤ndigen PD. Dr. L nach den unfallmedizinischen Erkenntnissen dahingehend zuzustimmen, dassÂ der Erstbefund wie auch der klinische Verlauf nicht fÃ¼r eine frische (traumatische) RotatorenmanschettenlÃ¤sion sprechen (vgl. SchÃ¶nberger/Mehrtens/ Valentin, a.a.O., Kap. 8.2.5.3, S. 434, 435, Beickert u. a., a. a. O.; insbesondere S. 236). Die KlÃ¤gerin hatte nach dem Unfall bei der Erstuntersuchung im UKB weder Ã¼ber Beschwerden an der rechten Schulter geklagt, noch waren BewegungseinschrÃ¤nkungen an der Schulter festgestellt worden. Vielmehr ergab sich bei der Untersuchung am 27. MÃ¤rz 2013 eine aktiv freie Beweglichkeit aller vier ExtremitÃ¤ten (vgl. Arztbrief vom 28. MÃ¤rz 2013). PD Dr. LÂ weist zutreffend darauf hin, dass die bei der KlÃ¤gerin zeitlich erst nach dem Unfall sich entwickelnden Beschwerden, die zu der Arthroskopie des Schultergelenkes rechts fÃ¼hrten, im Sinne eines Crescendo verliefen, wÃ¤hrend fÃ¼r traumatisch verursachte Beschwerden ein Verlauf im Sinne eines Decrescendo typisch sei.

Â

Weiterhin deckten die Befunde der am 04. Juli 2013 erfolgten MRT-Untersuchung des rechten Schultergelenks Â â worauf der SachverstÃ¤ndige PD Dr. L nach einer eigenen Auswertung der MRT-Aufnahme hinweist â wie auch der intraoperative Befund bei der Arthroskopie vom 24. September 2013keinerlei Traumafolgen sondern ein deutliches degeneratives Schadensbild auf, nÃ¤mlich ein sogenanntes Outlet Impingement des rechten Schultergelenkes mit degenerativen VerÃ¤nderungen an der Supraspinatussehne, am Musculus supraspinatus und beginnend am Musculus infraspinatus sowie einer entzÃ¼ndlichenÂ Bursitis subdeltoidea und subacromialis.

Â

So hat der SachverstÃ¤ndige PD Dr. L den Senat Ã¼berzeugenddargelegt, dass im MRT der rechten Schulter vom 04. Juli 2013 sich keine (Teil)Ruptur sondern nur eine ansatznahe gelenkseitige AusdÃ¼nnung der Supraspinatussehne auf dem Boden einer vorbestehenden Tendinopathie zeige. Bei den beschriebenen geringgradigen angrenzenden kleinzystischen VerÃ¤nderungen im Humeruskopf handele es sich um eine Enthesiopathie, die sich sehr hÃ¤ufig kombiniert mit den degenerativen VerÃ¤nderungen der Supraspinatussehne im Ansatzbereich zeige. Auch bei den geringen Zeichen einer Tendinopathie der Bicepssehne vor dem

Sulcus bicipitalis handele sich nicht um Traumafolgen. Die arthroskopische Operation vom 24.Â September 2013 hat nach Darlegung von PD Dr. L ein sogenanntes Outlet Impingement-Syndrom der rechten Schulter bei subacromialer Enge mit einer chronischen Bursitis subacromialis und subdeltoidea ergeben. Nach der Bursektomie habe sich intraoperativ nur eine leichte Auffaserung der Supraspinatussehne, keine Ruptur, was sowohl von Bursaseite als auch von Gelenkseite geprÃ¼ft worden sei, gezeigt. Insgesamt seien intraoperativ im Humeroglenoidalgelenk nur geringfÃ¼ge VerschleiÃzeichen (Knorpelerweichung, vordere Synovialitis) gefunden worden.

Â

Zudem spricht nach den Ã¼berzeugenden, mit dem unfallmedizinischen Erkenntnisstand in Ãbereinstimmung befindlichen AusfÃ¼hrungen des SachverstÃ¤ndigen PD Dr.Â L das bei der KlÃ¤gerin im MRT vom 04. Juli 2013 und intraoperativ am 24.Â September 2013 in der rechten Schulter vorgefundene â€Schadensbildâ€ eindeutig fÃ¼r einen vorbestehenden degenerativen Schaden. So zeigt sich die kurzstreckige minimale AusdÃ¼nnung der Sehne an typischer Stelle, nÃ¤mlich dort wo infolge der Durchblutungssituation und der Einwirkung der Engpasssituation unter dem Schulterdach die degenerativen VerÃ¤nderungen beginnen. Anatomisch ist der Ansatzbereich insbesondere der Sehne des Musculus supraspinatus am schlechtesten durchblutet. Zudem reduziert sich die arterielle Versorgung ab dem 30.Â Lebensjahr stark. Im MRT vom 04. Juli 2013 und nach dem Operationsbericht habe sich bei der KlÃ¤gerin eine Engpasssituation unter dem Schulterdach (Form des Acromion Bigliani 3) mit den typischen Folgen â€Degeneration der Supraspinatussehne im ansatznahen Bereich, Bursitis subacromialis und subdeltoidea, Enthesiopathie im Sehnenansatzbereich im Humeruskopfâ€ gezeigt. Solche VerÃ¤nderungen, so PD Dr.Â L, entstÃ¤nden Ã¼ber einen lÃ¤ngeren Zeitraum chronisch ohne, dass das mit Beschwerden verbunden sei. So sei nach Untersuchungen auch der vÃ¶llige Ausfall der Supraspinatussehne, die am hÃ¤ufigsten degenerativ verÃ¤ndert sei, mit einem nur geringen Kraftverlust verbunden, der vom Deltamuskel ausgeglichen werden kÃ¶nne. Daher spricht auch die von der KlÃ¤gerin fÃ¼r die Zeit vor dem Unfallereignis geltend gemachte Beschwerdefreiheit nicht gegen die Beurteilung des SachverstÃ¤ndigen, dass die im MRT wie auch intraoperativ beschriebenen VerÃ¤nderungen in der rechten Schulter bereits zum Zeitpunkt des Unfalls vorgelegen haben.

Â

Nichts anderes ergibt sich aus dem vom Senat vom Facharzt fÃ¼r diagnostische Radiologie Prof. Dr. O eingeholten SachverstÃ¤ndigengutachten vom 12.Â Januar 2021. Prof. Dr. O ist aufgrund seiner Nachbefundung der beigezogenen RÃ¶ntgen-, CT- und MRT-Aufnahmen aus der Zeit vor dem arthroskopischen Eingriff am 24. September 2013 zu dem Ergebnis gelangt, dass sich auÃer den (ausgeheilten) Frakturen an der fÃ¼nften bzw. sechsten Rippe rechts undÂ der rechten Klavikula medial keine frischen traumatischen VerÃ¤nderungen fÃ¤nden. Evidente WeichteilschÃ¤den â€ auch im Bereich der rechten Schulter â€ seien im akuten

CT (Polytrauma vom 27. MÃ¤rz 2013) nicht dokumentiert. Die MRT-Untersuchung der rechten Schulter vom Juli 2013 zeige typische degenerative VerÃ¤nderungen der Rotatorenmanschette im Sinne eines partiellen Defektes, einer Ansatztendinopathie der Rotatorenmanschette, eine hÃ¤ufige Beteiligung der Bursa subacromialis sowie eine Tendinopathie der Bicepssehne. Diese HÃ¤ufung von typischen Befunden sei durch ein Trauma nicht erklÃ¤rlich. Ebenso sei der arthroskopische Befund des Knorpeldefektes im zentralen Teil des Glenoids durch das Trauma nicht erklÃ¤rlich, sondern spreche fÃ¼r eine insgesamt degenerative Genese. Die Ansatztendinopathie der Rotatorenmanschette manifestiere sich in den konventionellen RÃ¶ntgenbildern als Sklerosierung des Knochens an der Stelle der Sehneninsertion. Diese sei seitendifferent vorhanden und Ã¼ber den gesamten Ã¼berschaubaren Zeitraum erkennbar und ohne jede Dynamik. Aus radiologisch-gutachterlicher Sicht habe daher bereits zum Zeitpunkt des Traumas ein degenerativer Prozess des Schultergelenkes vorgelegen, der mÃ¶glicherweise erst im Rahmen der posttraumatischen Physiotherapie symptomatisch bzw. erkannt worden sei.

Â

Aus den zuvor dargestellten GrÃ¼nden vermag der Senat dem Ergebnis des Gutachtens der Ãrzte des UKB (Prof. Dr. E et al.) vom 17. April 2014 nicht zu folgen.Â Zu Recht weist der SachverstÃ¤ndige PD Dr. L auf die WidersprÃ¼che in der dortigen Beurteilung hin. So wird einerseits festgestellt, dass der Unfallhergang nicht geeignet gewesen sei, die Rotatorenmanschette zu schÃ¤digen, andererseits heiÃt es, die Krafteinwirkung sei so stark gewesen, dass auch die SchÃ¤digung der Rotatorenmanschette als Unfallfolge anerkannt werden mÃ¼sse. Dabei wird verkannt, dass unabhÃ¤ngig von der Krafteinwirkung zunÃ¤chst ein Erstschaden gesichert werden muss. Eine Ruptur der Supraspinatussehne oder sonstige traumatische ErstschÃ¤den an der rechten Schulter der KlÃ¤gerin lieÃen sich jedoch nicht feststellen.

Â

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs. 1 Satz 1 SGG und folgt der Entscheidung in der Hauptsache.

Â

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision im Sinne von Â§ 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.

Â

Erstellt am: 31.05.2022

Zuletzt verändert am: 22.12.2024