

L 6 U 1007/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 20 U 5185/14
Datum
03.02.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 1007/16
Datum
04.05.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Die isolierte Feststellung einer MdE ist unzulässig.

2. Das physiologisch mögliche Maß der Rückwärtshebung des Arms von 40° kann dadurch überschritten werden, dass der Arm durch ein ausschlagendes 50 kg schweres Kalb, plötzlich weit nach hinten und oben gedrückt wird.

3. Werden klinische Zeichen einer Läsion der Rotatorenmanschette zwei Tage nach dem Unfall dokumentiert, ergibt eine Sonografie ebenfalls solche Hinweise und wird dies in einem MRT drei weitere Tage später gesichert, so spricht der zeitliche Ablauf für einen Ursachenzusammenhang zu dem Unfall, auch wenn der erstbehandelnde Arzt in der Notaufnahme am Unfalltag keine Feststellungen getroffen hat.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 3. Februar 2016 insoweit aufgehoben, als die Bescheide vom 14. November 2013 und vom 10. Dezember 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. Oktober 2014 vollständig aufgehoben worden sind und die Beklagte verpflichtet worden ist, eine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit des Klägers auf Grund des Unfalls vom 24. August 2013 in Höhe von 10 % anzuerkennen.

Im Übrigen wird die Berufung der Beklagten zurückgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger vier Fünftel der außergerichtlichen Kosten des Verfahrens zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beklagte ist die Trägerin der landwirtschaftlichen Unfallversicherung. Sie wendet sich mit ihrer Berufung gegen ein Urteil des Sozialgerichts Freiburg (SG), mit dem Bescheide über die Anerkennung eines Arbeitsunfalls und die Bewilligung von Verletztengeld aufgehoben worden sind, eine Rotatorenmanschettenruptur des Klägers als (weitere) Unfallfolge festgestellt worden ist und sie zur Zahlung weiteren Verletztengeldes sowie zur Anerkennung einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 10 vom Hundert (v.H.) verurteilt worden ist.

Der Kläger ist im April 1960 geboren. Er ist als Vorarbeiter vollzeitbeschäftigt in einem Unternehmen des Maschinenbaus. Im Nebenerwerb betreibt er ein landwirtschaftliches Unternehmen mit 20 ha Grünland und sieben bis acht Kühen. In einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts zusammen mit seiner Ehefrau betreibt er ferner ein Unternehmen des Beherbergungsgewerbes, indem er auf seinem Bauernhof zwei Ferienwohnungen vermietet.

Am Samstag, dem 24. August 2013 suchte der Kläger um 13:31 Uhr Durchgangsarzt Dr. P. im Klinikum W. auf. Dieser notierte als Angaben des Klägers zum Unfallhergang, er habe gegen 11:45 Uhr desselben Tages ein soeben geborenes Kalb wegtragen wollen, dieses habe sich gewehrt und gegen seine rechte Schulter "geschlagen". Dr. P. diagnostizierte eine Distorsion der rechten Schulter. Er führte ferner aus: "Re. Schulter Rotatorenmanschette intakt, keine Fehlstellung, Abduktion und Außenrotation gegen minimalen Druckschmerz über Schultergelenk, Bizepssehne klinisch bds. Yergasonstest negativ, HWS frei, Thorax stabil, GCS [Glasgow coma scale] 15". Verordnet wurden Schmerzmittel.

Wegen fortbestehender Schmerzen stellte sich der Kläger am folgenden Montag, dem 26. August 2013, gegen 08:00 Uhr bei seinen Hausärzten vor. Dr. B. führte eine sonografische Untersuchung durch, die allerdings nicht zur Akte gelangt ist. Unter Bezugnahme auf seine Untersuchungen beschrieb er Schmerzen an der rechten Schulter mit Bewegungseinschränkung, äußerte den Verdacht auf eine Sehnenruptur und veranlasste eine MRT-Untersuchung (vgl. Überweisungs-schein vom 26. August 2013 und ärztliche Unfallmeldung vom

16. September 2013).

Diese MRT-Untersuchung wurde am selben Tag, dem 26. August 2013, bei dem Radiologen Dr. N. durchgeführt. Dieser beschrieb in seinem Bericht eine Partialruptur der Supraspinatussehne ohne auffällige Verfettung der Supraspinatussehnenmuskulatur, einen Abriss der Infraspinatussehne mit vermehrter Flüssigkeit um den Muskel und die Restsehne ("dd Einblutung lokal"), eine intakte Subscapularissehne und eine Tendinose der langen Bizepssehne ohne Abriss. Der Humeruskopf stand in der Pfanne, es bestand keine Subluxation. Am AC-Gelenk diagnostizierte Dr. N. eine Arthrose, der Subacromialraum sei etwas verschmälert. Ferner bestand eine Degeneration des Labrum hinten oben und des Bizeps-Labrum-Komplexes. Dr. N. äußerte – wegen der Flüssigkeitsansammlung – auch den Verdacht auf eine begleitende dorsale Kapselläsion.

Nach Erhalt dieses Berichts stellte sich der Kläger am Nachmittag des 29. August 2013 bei Dr. D. in der F.-Klinik für Orthopädie in F. vor. Dieser beschrieb eine endgradig eingeschränkte Schulterbeweglichkeit, der Abduktionstest sei bei 0° stark positiv, der Impingementtest nach Hawkins leicht positiv. Zu diagnostizieren seien eine "große RM-Läsion rechts" und eine "AG-Arthrose, nicht bg-lich". Es sei eine Operation notwendig (H-Arzt-Bericht von diesem Tage). Diese Operation wurde noch am 29. August 2013 vereinbart.

Durch die Anfrage der Klinik wegen einer Kostenübernahme erfuhr die Beklagte von dem Unfall. Auf ihre Aufforderung hin erstattete der Kläger die betriebliche Unfallanzeige vom 8. September 2013 und reichte den ausgefüllten Fragebogen "Unfall" zur Akte. Er gab an, das Kalb habe beim Wegtragen heftig gestrampelt, beim Gegenhalten habe er einen plötzlichen starken Schmerz in der rechten Schulter verspürt und gleichzeitig ein Geräusch gehört wie bei einem Riss.

In dem Fragebogen "Schulterverletzungen" vom 1. Oktober 2013 teilte der Kläger mit, er könne seit dem 24. August 2013 bestimmte Bewegungen nur noch unter starken Schmerzen machen. Er sei schon früher wegen Schulterbeschwerden behandelt worden, allerdings auf der linken Seite. Hierzu fügte er die Arztbriefe des Orthopäden Dr. B. vom 17. Dezember 2004 und vom 28. Januar 2005 bei, wonach im Dezember 2004 ein Impingementsyndrom der linken Schulter diagnostiziert worden war, das mit einer Serie manueller Therapie und einer subacromialen Infiltration behandelt werden sollte, und wonach im Januar 2005 "eher zervikale Probleme" angeschuldigt worden waren und behandelt werden sollten.

Wie sich im späteren Verlauf des Verfahrens ergeben hat, erlitt der Kläger bei einer Wanderung am 6. oder 7. Oktober einen weiteren Unfall, bei dem er versuchte, sich mit dem rechten Ellenbogen an einer Böschung neben dem Weg abzustützen und sich dabei die rechte Schulter stieß. Nach seinen späteren Angaben wurden die schon zuvor bestehenden Schmerzen dadurch schlimmer (vgl. Protokoll des Erörterungstermins am 29. November 2016).

Die geplante Operation der rechten Schulter fand am 8. Oktober 2013 statt, dabei wurden eine arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette und eine Tenodese der langen Bizepssehne durchgeführt. Intraoperativ stellte Dr. D. einen Komplettabriss der Supraspinatussehne mit einer Retraktion I und einem kräftigen Rupturrand fest. Dieser sei noch blutend, es beständen allenfalls geringe Degenerationszeichen. Die Degenerationszeichen am Labrum seien mäßiggradig, dort bestehe kein Riss. Die histologische Untersuchung des entnommenen Materials bei Dr. M. am 11. Oktober 2013 ergab keinen Anhalt für Malignität und keine wesentlichen degenerativen Veränderungen. Ferner teilte Dr. D. mit, der arthroskopische und der histologische Befund ergäben ein nicht lange zurückliegendes Ereignis, der Unfalltag 24. August 2013 erscheine plausibel, es gebe keine dominierenden degenerativen Veränderungen im Sinne von Vorschäden. Der geschilderte Unfallhergang sei geeignet, eine Supraspinatussehne zu zerreißen.

Die AOK Baden-Württemberg teilte der Beklagten mit, der Kläger sei seit 2011 ihr Mitglied, seitdem sei nur eine Behandlung wegen eines Atemwegsinfekts verzeichnet.

Die Beklagte holte die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. Sp. vom 11. November 2013 ein, der meinte, der Unfall habe keine substantielle Schädigung an der Rotatorenmanschette "bei Degeneration" verursacht, Arbeitsunfähigkeit habe nur bis zum Tag vor der Operation bestanden.

Mit Bescheid vom 14. November 2013 erkannte die Beklagte den Vorfall am 24. August 2013 als Arbeitsunfall sowie als Folge daraus – nur – eine Zerrung der rechten Schulter an. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit habe bis zum 7. Oktober 2013 bestanden, unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis zum 28. August 2013. Der Unfall sei lediglich die Gelegenheit gewesen, die Rotatorenmanschettenruptur in Erscheinung treten zu lassen.

Der Kläger erhob am 27. November 2013 Widerspruch. Er führte aus, aus dem OP-Bericht und dem histologischen Bericht ergebe sich, dass keine wesentlichen degenerativen Veränderungen bestanden hätten.

In der Zwischenzeit lehnte die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg eine von den behandelnden Ärzten verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahme ab, weil dafür die Beklagte zuständig sei. Nachdem der Kläger dies mitgeteilt hatte, bewilligte die Beklagte diese Maßnahme "ausnahmsweise" für die Dauer von 14 Tagen (mündlicher Bescheid vom 4. Dezember 2013).

Mit weiterem Bescheid vom 10. Dezember 2013 gewährte die Beklagte dem Kläger Verletztengeld für die Zeit vom 24. bis 28. August 2013 mit einem täglichen Leistungssatz von EUR 16,41 (insgesamt EUR 82,05). Der Kläger legte auch insoweit Widerspruch ein und machte geltend, er sei auf Grund des Unfalls ab dem Tag der Operation, dem 8. Oktober 2013, – erneut – arbeitsunfähig. Im weiteren Vorverfahren wies er darauf hin, dass während der Zeit seiner Arbeitsunfähigkeit seine Ehefrau die notwendigen Arbeiten auf dem Hof erledigt habe.

Die Beklagte zog – im Einverständnis mit dem Kläger – ferner die Vorerkrankungsverzeichnisse der DAK Gesundheit bei, bei der er von September 2004 bis Januar 2011 versichert gewesen war. Diese teilte mit, er habe 2009 an einer Synovitis und Tenosynovitis, nbnz, ohne konkrete Lokalisation, und 2006 an einer Prellung der Schulter und des Oberarms gelitten. Ferner befragte die Beklagte Dr. B. und Dr. B., die mitteilten, die Behandlungen 2004 und 2005 seien die einzigen wegen Beschwerden im fraglichen Bereich gewesen und hätten die linke Schulter betroffen.

Am 26. April 2014 erlitt der Kläger einen weiteren Unfall bei einer privaten Wanderung. Er rutschte aus und stürzte. In der Folgezeit wurde eine Kernspin (CT) durchgeführt (Anamnese S. 3 Gutachten Dr. G.).

Die Beklagte beauftragte den Facharzt für Orthopädie Dr. G. mit einem Zusammenhanggutachten. Der Gutachter teilte nach einer Untersuchung des Klägers am 14. Mai 2014 mit, dieser habe kürzlich, am 26. April 2014, einen weiteren Unfall bei einer privaten Wanderung erlitten. Er sei dabei gestürzt und ausgerutscht. Insoweit sei in einer kernspintomografischen Untersuchung eine frische Deckplattenkompressionsfraktur des 7. Brustwirbelkörpers (C7) diagnostiziert worden (S. 3 Gutachten). Zu dem Unfall mit dem Kalb am 24. August 2013 führte Dr. G. aus, der Kläger schildere den Hergang anders als bei Dr. P., nunmehr habe er angegeben, er habe das Kalb an den Hinterläufen getragen, während sein Sohn die Vorderläufe gepackt habe, dabei habe er – der Kläger – die Arme leicht nach vorn gestreckt, das Kalb habe dann angefangen zu strampeln, wodurch sein rechter Arm "nach außen seitlich gegangen" sei, dabei habe er plötzlich einen Kraftverlust und einen Schmerz in der rechten Schulter verspürt. Aktuell sei die Beweglichkeit noch geringfügig eingeschränkt (Armhebung seit-/körperwärts 100/0/40°, rück-/vorwärts 25/0/160°, Armdrehung abgehoben 35/0/25°). Dr. G. hat ausgeführt, die vorliegenden bildgebenden Befunde (bei unklarer Seite auf einer Röntgenaufnahme) zeigten keine wesentliche Vorerkrankung an der rechten Schulter, die Problematik 2004 habe die linke Schulter betroffen. Der Ablauf nach dem Vorfall, auch der Abbruch des Arbeitsversuchs am Montag nach dem Vorfall, weise eher auf eine traumatische Läsion der Rotatorenmanschette hin. Auch der intraoperative Befund vom 8. Oktober 2013 mit der leichten Retraktion der Supraspinatussehne und der Einblutung im dorsalen Kapselanteil (der Wanderunfall kurz vor der OP war Dr. G. noch nicht bekannt) und den allenfalls geringen Degenerationszeichen sprächen ebenfalls für eine traumatische Genese. In wertender Abgrenzung zu der leichten AC-Gelenksarthrose und das Acromions Typ III sei auszuführen, dass der Unfall wesentliche Teilursache für die Rotatorenmanschettenruptur gewesen sei. Der Kläger sei auf Grund des Unfalls bis Ende Februar 2014 arbeitsunfähig gewesen, seit dem 1. März 2014 arbeite er wieder vollschichtig. Die bleibende MdE auf Grund des Unfalls betrage für die Zeit bis zu einem Jahr nach dem Unfall 10 v.H., danach sei eine weitere Untersuchung sinnvoll.

Die Beklagte legte dieses Gutachten ihrem Beratungsarzt Dr. Sp. vor. Dieser führte in seiner Stellungnahme vom 10. September 2014 aus, Dr. G. habe nicht den von der Beklagten vorgegebenen, sondern den vom Kläger abweichend geschilderten Hergang zu Grunde gelegt. Aber auch dann sei unwahrscheinlich, dass der nunmehr geschilderte Hergang die Verletzung verursacht habe. Eine zusätzliche Drehbewegung des Schultergelenks sei nicht anzunehmen. Zumindest ein Teil der eingeleiteten Kraft durch das Strampeln des Kalbs sei durch die zusätzlich haltende linke Hand gedämpft worden, ferner sei der Arm allenfalls leicht abgespreizt gewesen, nicht in einem Winkel von 60 bis 90°. Dagegen wäre der bislang geschilderte Hergang (Tritt gegen die Schulter), wie er sich aus den Durchgangsarztberichten ergebe, geeignet gewesen, die Schädigung zu verursachen. Ferner habe der Kläger zwar unfallnah einen Arzt aufgesucht, jedoch sei in dem D-Arzt-Bericht vom Unfalltag keine wesentliche Bewegungseinschränkung des Schultergelenks verzeichnet, auch in dem Bericht vom 29. August 2013 werde nur eine "endgradige" Einschränkung beschrieben. Die in den ersten Berichten beschriebenen Befunde stimmten auch mit einer Prellung oder Zerrung zwanglos überein. Dr. Sp. wies weiter darauf hin, dass unfallnah keine Einblutung gesehen worden sei, wie sie dann bei der Operation am 8. Oktober festgestellt worden sei. Diese intraoperativ gesehene Einblutung sechs Wochen nach dem Unfall überrasche. Auch sei aus den MRT-Befunden kein "bone bruise" zu ersehen, das aber bei einer traumatischen Schädigung der Rotatorenmanschette zu erwarten gewesen wäre. Dagegen seien durchgängig in verschiedenen Bereichen der Schulter degenerative Veränderungen festgestellt worden. Aus dem OP-Bericht selbst sei keine traumatische Schädigung der Supraspinatussehne abzuleiten. Ferner ging Dr. Sp. auf Röntgenaufnahmen aus dem Jahre 2004 ein, die seiner Meinung nach die rechte Schulter zeigten und auf denen ein Oberarmkopfhochstand, eine deutliche Verschmälerung des Schulterreckgelenkspaltes und Arthrosezacken am Acromion zu sehen seien. Auf dieser Basis, so Dr. Sp., sei das Gutachten Dr. G. nicht nachvollziehbar. Ein Unfallzusammenhang bestehe nicht.

Gestützt auf diese Stellungnahme wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 13. Oktober 2014 die Widersprüche des Klägers gegen den Bescheid vom 14. November 2013 betreffend eine Entschädigung und gegen den Bescheid vom 10. Dezember 2013 wegen der Zahlung von Verletztengeld zurück. In der Begründung verwies sie ebenfalls auf die am 8. Oktober 2013 festgestellten Einblutungen.

Hiergegen hat der Kläger am 7. November 2014 Klage beim SG erhoben. Er hat behauptet, der Unfall habe sich so zugetragen wie er gegenüber Dr. G. geschildert habe, die Unfallschilderung in dem D-Arzt-Bericht von Dr. P. sei nicht nachvollziehbar. Insoweit hat sich der Kläger auf das Zeugnis seines Sohnes berufen. Der Kläger hat gemeint, die Verletzungen im Schulterbereich, vor allem die Rotatorenmanschettenruptur, seien auf den Unfall zurückzuführen. Dies ergebe sich auch aus einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg, Dr. P., vom 21. Januar 2015, das der Kläger zur Akte gereicht hat. Er hat vorgetragen, unfallbedingt habe Arbeitsunfähigkeit bis zum 28. Februar 2014 bestanden. Es sei daher Verletztengeld bis zu diesem Datum mit einem Gesamtbetrag von noch EUR 3.003,03 zu gewähren. Unter anderem hat der Kläger eine Verurteilung der Beklagten zur Feststellung einer unfallbedingten MdE von 10 v.H. beantragt.

Auf Anregung beider Beteiligten hat das SG den Kläger bei dem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. N. begutachten lassen. In seinem Sachverständigen Gutachten vom 11. März 2015 hat dieser ausgeführt, der Kläger habe den Unfall wenige Tage vor der Operation am 8. Oktober 2013 mitgeteilt, hierbei habe er nochmals eine ruckhafte Ausgleichsbewegung der rechten Schulter durchgeführt, darauf könnten die intraoperativ beschriebenen Blutungen zurückgeführt werden. Bei der nunmehrigen Untersuchung hätten sich die oberen Gliedmaßen in allen Abschnitten aktiv und passiv frei beweglich gezeigt, an den Schultern gebe es keinen Bewegungsschmerz, kein Impingement-Zeichen und keinen schmerzhaften Bogen. Die Abduktion/Adduktion beider Schultern sei bis 170/0/40° seit-/körper- und bis 170/0/50° vor-/rückwärts möglich und die Armdrehung beidseits regelgerecht gewesen (90/0/80°). Auch an den Ellenbogengelenken hätten sich keine Funktionseinschränkungen gezeigt. In den Röntgenuntersuchungen habe weder links noch rechts ein Oberarmkopfhochstand imponiert, am Schulterreckgelenk sei beidseits eine etwas unruhige Begrenzung zu sehen, wobei die Unterfläche rechts glatt und links wellig sei. Zur Frage des Ursachenzusammenhangs hat Dr. N. ausgeführt, den medizinischen Ausführungen Dr. Sp.s sei nichts hinzuzufügen, lediglich die Rückschlüsse daraus träfen nicht zu. Es sei glaubwürdig, dass ein 50 kg schweres Kalb durch plötzliches Strampeln einen gezielten Kraftimpuls auf die muskulär vorgespannte Schulter auslösen könne. Dieses Bewegungsmuster entspreche einem "ungeplanten Auffangen eines schweren fallenden oder stürzenden Gegenstandes", das als geeigneter Hergang anerkannt sei. Für einen unfallbedingten Riss sprächen ferner das zeitnah durchgeführte Sonogramm sowie auch die Größe und Lokalisation der Ruptur, die bildgebenden Befunde aus dem zeitnahen MRT sowie die histologischen Befunde. Contra-Indizien seien die Dokumentation des erstbehandelnden Arztes am Unfalltag, die vorbestehende Degeneration, das Fehlen eines Knochenmarksödems (bone bruise) im MRT sowie das Röntgenbild von Dezember 2004, in dem ein verminderter subacromialer Abstand festgehalten worden sei, sofern dieses Bild die rechte Schulter zeige. Nach Gewichtung der einzelnen Pro- und Contra-Indizien habe der Unfall kausal begründbar den Gesundheitsschaden verursacht. Die

Arbeitsunfähigkeit des Klägers ab der Operation sei daher dem Unfall anzuschuldigen, die Ausheilung nach einer solchen OP dauere erfahrungsgemäß drei bis sechs Monate, sodass die Zeit der AU bis Ende Februar mit Wiedereingliederung im Februar für einen guten Heilverlauf spreche. Eine rentenberechtigende MdE sei nicht verblieben (10 v.H.).

Die Beklagte ist diesem Gutachten unter Vorlage einer beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. T. entgegengetreten. Dieser hat ausgeführt, es sei weiterhin von einer degenerativen Genese auszugehen. Zwar sei zur rechten Schulter keine frühere Erkrankung dokumentiert, wohl aber 2004 zur linken Seite, was "zumindes eine Veranlagung zu Strukturstörungen der Schulterweichteile erkennen" lasse. Es sei auch eine Arthrose "im Schultergelenk" (ohne Seitenangabe) beschrieben worden mit einem nach unten weisenden Knochensporn, was die Entstehung von Defekten der Rotatorenmanschette fördere. Dies sei ein Contra-Indiz, auch "wenn ein Hochstand des Oberarmkopfs noch nicht feststellbar" gewesen sei. Zum Hergang würden unterschiedliche Versionen berichtet. Selbst der anfangs vorgetragene Tritt des Kalbes gegen die Schulter wäre ungeeignet. Bei dem nunmehr dargestellten Ablauf lasse sich nicht ableiten, ob und in welcher Form die Schulter aus der eingenommenen Position abgewichen sei. Auch sei bei der genannten Kraftanstrengung der gesamte Schultergürtel angespannt gewesen, was zur Stabilisierung der Schulter beigetragen habe, sodass eine isolierte Drehbewegung sehr unwahrscheinlich werde. Das für einen Unfallzusammenhang sprechende Verhalten des Klägers unmittelbar nach dem Vorfall sei nur ein schwaches Indiz. Der klinische Erstbefund sei eher unspezifisch und wäre auch durch eine entzündliche Reizung der Schulterweichteile entstanden. Ein Fallarm (drop arm sign) sei nicht beschrieben worden. Der erwähnte sonografische Befund bei der Erstuntersuchung sei nicht bei den Akten, die Angabe des damaligen Untersuchers (Dr. B.), dabei sei eine Einblutung festgestellt worden, sei zu hinterfragen, da Sonografien solche nicht anzeigen könnten. Aus dem MRT-Bericht ergäben sich keine frischen strukturellen Schäden, insbesondere keine Einblutung und kein bone bruise. Dies spreche für eine schicksalhafte, vorbestehende Defektarthropathie der Rotatorenmanschette. Die intraoperativen Befunde hülften hier nicht weiter, da die Operation sechs Wochen nach dem Unfall stattgefunden habe. Die dort festgestellte Blutung könne jedenfalls nicht mehr traumatisch bedingt gewesen sein, weil Blut innerhalb von zwei Wochen abgebaut werde. Möglicherweise, so Dr. T., sei die Einblutung bei der Operation selbst verursacht worden. Intraoperativ hätten sich ferner degenerative Veränderungen am Schultergelenk gezeigt. Der histologische Befund lasse, angesichts des zeitlichen Abstands keine sichere Aussage zu. Zusammenfassend überwögen daher die Contra- die Pro-Indizien.

In der mündlichen Verhandlung am 3. Februar 2016 hat das SG den Kläger zum Unfallhergang persönlich angehört. Er hat dort Fotos des Tragens eines Kalbs mit zwei Personen sowie AU-Bescheinigungen bzw. Auszahlungsscheine bis zum 28. Februar 2014 vorgelegt.

Mit Urteil vom selben Tage hat das SG die Bescheide vom 14. November 2013 und vom 10. Dezember 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. Oktober 2014 aufgehoben, festgestellt, dass die Rotatorenmanschettenruptur der rechten Schulter Folge des Arbeitsunfalls vom 24. August 2013 sei, die Beklagte verurteilt, die Behandlungskosten des Klägers auf Grund seiner Verletzungen an der rechten Schulter über den 7. Oktober 2013 hinaus zu übernehmen und ihm Verletztengeld vom 8. Oktober 2013 bis zum 28. Februar 2014 zu gewähren sowie die Beklagte weiter verurteilt, eine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit in Höhe von 10 % anzuerkennen. Diese Verurteilung hat den Anträgen des Klägers in der Verhandlung entsprochen, wobei er hinsichtlich der "unfallbedingten MdE" eine gerichtliche und keine Verurteilung zu einer behördlichen Feststellung beantragt hatte. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, der Ursachenzusammenhang zwischen dem anerkannten Arbeitsunfall und dem Riss der Supraspinatussehne ergebe sich aus den Gutachten von Dr. N. und Dr. G. ... Insbesondere hätten sich keine wesentlichen degenerativen Veränderungen gezeigt. Dr. N. habe ferner schlüssig erklärt, dass ein bone bruise nicht zwingend bei einer Sehnenruptur vorkommen müsse. Der Verletzungsmechanismus sei geeignet gewesen. Wie der Kläger in der Verhandlung demonstriert habe, handele es sich um eine plötzliche Rückwärtsbewegung des rechten Arms. Zur MdE hat das SG abschließend ausgeführt, diese hätten sowohl Dr. G. als auch Dr. N. mit 10 v.H. eingeschätzt.

Gegen dieses Urteil, ihr zugestellt am 22. Februar 2016, hat die Beklagte am 14. März 2016 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Sie hält daran fest, dass der Hergang nicht geeignet gewesen sei, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen. Sie hat hierzu die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. G. vom 17. Juni 2016 vorgelegt, der darin ausführt, wie sich aus dem zur Akte gereichten Foto ergebe, befänden sich die Arme beim Tragen eines Kalbs über Kopf in Vorhalteposition und leichter Beugung im Ellenbogen. Angesichts der Beinlänge des Kalbs komme es bei einem Strampeln zwar zu einer Vor-/Rückwärtsbewegung des Schultergelenks, das aber im normalen Bewegungsmaß verbleibe. Gleichzeitig sei die Muskulatur angespannt und die Rotatorenmanschette dadurch geschützt. Für den gesamten, für einen viehhaltenden Landwirt alltäglichen Vorgang sei keine außergewöhnliche Kraft oder Belastung anzunehmen. Dr. G. hat ferner ausgeführt, es sei nicht erklärlich, dass in dem histologischen Befund Muskelanteile im Sehnenresektat vorhanden gewesen seien, während sonst eine ansatznahe Ruptur der Supraspinatussehne beschrieben werde, also in erheblicher Distanz zum Muskel. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Probe nicht am Rissrand der Sehne entnommen worden sei. Auch sei das Präparat nicht regelgerecht beschrieben. Der klinische Verlauf spreche weiter gegen einen Unfallzusammenhang, insbesondere sei keine Pseudolähmung (drop arm) beschrieben worden. Letztlich zeigten die vorhandenen Unterlagen doch eine merkliche Degeneration, vor allem eine gewisse Einengung des subakromialen Raums. Dr. G. weist ferner darauf hin, dass - wie schon Dr. T. angemerkt habe - die Einblutung bei der Operation nicht auf den sechs Wochen zuvor erlittenen Unfall zurückgeführt werden könne, vielmehr sei hier eher der Unfall beim Wandern wenige Tage vor der Operation anzuschuldigen, den der Kläger bei Dr. N. erwähnt habe.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 3. Februar 2016 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Er verteidigt das angegriffene Urteil. Er weist darauf hin, dass der Befundbericht des erstbehandelnden Durchgangsarztes nicht aussagekräftig sei, insbesondere sei die dortige Formulierung "Abduktion und Außenrotation gegen (...)" ersichtlich unvollständig.

Der Berichterstatter des Senats hat den Kläger persönlich angehört und sich die fraglichen Bewegungsabläufe erneut demonstrieren lassen. Dabei wurde eine erhebliche Rückwärtsbewegung des Arms bei angewinkeltem Ellenbogen bis in den Grenzbereich der Bewegungsmaße der Schulter festgestellt. Der Kläger hat ferner den Ablauf des Wanderunfalls am 6. oder 7. Oktober 2013 geschildert. Wegen seiner

Angaben im Einzelnen wird auf das Protokoll der nichtöffentlichen Sitzung vom 29. November 2016 verwiesen. Darin hat der Berichterstatter auch darauf hingewiesen, dass eine Verurteilung zur Feststellung einer isolierten Minderung der Erwerbsfähigkeit, die so auch nicht beantragt gewesen sei, eine unzulässige Elementenfeststellung betreffe.

Im Anschluss hieran hat der Senat Dr. N. ergänzend befragt. Der Sachverständige hat am 10. Januar 2017 mitgeteilt, der nunmehr vom Kläger geschilderte Unfall am 6. oder 7. Oktober 2013 (Sturz mit Abstützung an einer Böschung) könne zu einer Stauchung mit Einblutung in den Schleimbeutel unterhalb des Schulterdachs führen. Das bei der Operation am 8. Oktober 2013 festgestellte Blut könne in der Tat nicht von einem mehrere Wochen zurückliegenden Trauma hergerührt haben. Allerdings treffe auch Dr. T.s Vermutung, das Blut müsse von der Operation selbst gestammt haben, ersichtlich nicht zu, denn operierenden Ärzten sei vorgeschrieben, zunächst das Operationsgebiet fotografisch durchzugehen, bevor die eigentliche Reparatur beginne. Unabhängig davon sei die massive Schädigung der Rotatorenmanschette schon deutlich früher, unmittelbar nach dem Unfall, vor allem in dem MRT vom 26. August 2013, gesichert worden. Es sei auch weiterhin von einer Einblutung unmittelbar nach dem Unfall auszugehen. Dr. T.s Ansicht, Einblutungen könnten sonografisch nicht festgestellt werden, treffe zumindest bei modernen Geräten nicht zu. Der beim Kläger beschriebene leichte Hochstand des Humeruskopfes sei eine Folge einer so genannten Massenruptur und nicht automatisch mit einer Sehnenruptur kleineren Ausmaßes vergesellschaftet. Hinsichtlich des Unfallhergangs sei er - Dr. N. - von Wahrscheinlichkeiten der auftretenden Kraftform und -richtung ausgegangen. Der sofortige Besuch des Klägers bei einem Arzt lasse sich nicht mit einer bloßen Prellung erklären, auch wenn das Schmerzempfinden unterschiedlich ausgeprägt sei; gerade bei Landwirten würden Schmerzen eher nicht angegeben, wenn sie nicht erheblich seien.

Die Beklagte ist dieser ergänzenden Stellungnahme entgegengetreten und hat die Ausführungen ihres Beratungsarztes Dr. M. vom 24. Februar 2017 vorgelegt. Dieser hat geäußert, der Stellungnahme Dr. N.s zur Schmerzresistenz insbesondere süddeutscher Landwirte und zu dessen operativen Erfahrungen könne er nichts entgegensetzen, es sei jedoch unstatthaft, daraus gesicherte Erfahrungssätze abzuleiten. Die histologische Untersuchung sei - wie jede Punktentnahme - lokal, sodass aus ihren Ergebnissen Aussagen über degenerative Schädigungen an anderen Stellen der Sehne nur mit Einschränkungen abgeleitet werden könnten; dies gelte sowohl zu Lasten wie zu Gunsten des Versicherten. Auch der Zeitverlauf sei hier als neutrales Kriterium zu werten. Insofern könne er auch nicht die wechselseitigen Argumente Dr. T.s und Dr. N.s zu der Einblutung bei der Operation teilen. Sowohl die jungfräuliche als auch die von Texturstörungen behaftete Sehne könne bluten. Dies unterscheide die Degeneration von der Nekrose, also den Verschleiß vom Tod. Ausdrücklich gegen Dr. N.s Ausführungen hat sich Dr. M. hinsichtlich der Biomechanik von Schäden an der Rotatorenmanschette gestellt. Es sei unumstößlich daran festzuhalten, dass eine Rotatorenmanschette nur auf eine Zugbelastung hin bestimmungswidrig belastet werde, hier aber Druckkräfte in Rede ständen.

Der Kläger hat sich am 1. Februar 2017, die Beklagte in ihrem Schriftsatz vom 24. März 2017 mit einem Urteil des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakte sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet über die Berufung der Beklagten im Einvernehmen beider Beteiligter nach [§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) ohne mündliche Verhandlung.

Die Berufung ist nach [§ 143 SGG](#) statthaft. Sie ist insbesondere nicht nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) zulassungsbedürftig. Soweit sich die Beklagte gegen die Feststellung einer Unfallfolge und die Verurteilung zur Feststellung einer MdE wendet, greift diese Zulassungsschranke ohnehin nicht ein, da dies keine Geld-, Dienst- oder Sachleistungen sind. Soweit die Beklagte durch das SG zur Übernahme von Behandlungskosten über den 7. Oktober 2013 hinaus, aber ohne zeitliche Befristung, verurteilt worden ist, liegt zwar eine Leistungsklage vor, es ist aber zumindest nicht ausgeschlossen, dass laufende Sozialleistungen über mehr als ein Jahr betroffen sind ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Die Verurteilung zur Gewährung von Verletztengeld für die Zeit vom 8. Oktober 2013 bis zum 28. Februar 2014 hin beschwert die Beklagte letztlich um mehr als die in [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) festgelegten EUR 750,00, weil allein der tägliche Nettozahlbetrag von EUR 16,41 bei den hier streitigen 143 Tagen eine Summe von EUR 2.346,63 erreicht. Insoweit kommt es daher auf die Frage nicht an, ob bei der Anwendung der Zulassungsschranke aus [§ 144 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) mehrere, auch unterschiedliche Streitgegenstände wie hier nach [§ 202 SGG](#) i.V.m. [§ 5 Zivilprozessordnung \(ZPO\)](#) zusammenzurechnen sind (vgl. dazu Bundessozialgericht [BSG], Beschluss vom 18. April 2016 - [B 14 AS 150/15 BH](#) -, juris, Rz 6). Bei der Berufung eines Sozialleistungsträgers kommt es, auch wenn der Versicherte in der streitigen Zeit an Stelle des Verletztengeldes Krankengeld erhalten hat, auch nicht nur auf den "Spitzbetrag", also die Differenz zwischen beiden Leistungen an, weil der Sozialleistungsträger bei einer Verurteilung insoweit Erstattungsansprüchen der Krankenkasse ausgesetzt ist. Dies mag bei der Berufung eines Versicherten mit dem Ziel der Gewährung von Verletztengeld anders bewertet werden (vgl. BSG, Urteil vom 23. Juli 1998 - [B 1 KR 24/96 R](#) -, juris, Rz 11).

Die Berufung ist auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) erhoben. Sie ist aber nur teilweise begründet.

Auf die Berufung hin ist das Urteil des SG insoweit aufzuheben, als die Beklagte verurteilt worden ist, eine "unfallbedingte MdE" anzuerkennen.

Zunächst hatte der Kläger vor dem SG eine gerichtliche Feststellung ([§ 55 Abs. 1 Halbsatz 1 SGG](#)) beantragt und nicht die Verpflichtung der Beklagten zu einer behördlichen Feststellung ([§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) Var. 1 SGG, [§§ 102](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch [SGB VII], 36a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch [SGB IV]), sodass einer solchen Verpflichtung der Grundsatz "ne ultra petita" ([§§ 123 SGG, 308 ZPO](#)) entgegenstand. Durch einen solchen Verstoß ist nicht nur der Kläger selbst beschwert, zumal sich dieser in einem Berufungsverfahren die Antragsüberschreitung des erstinstanzlichen Urteils zu eigen machen und - nachträglich - einen entsprechenden Antrag stellen kann, wodurch der Fehler geheilt werden kann (vgl. zu dieser Problematik im Einzelnen Urteil des Senats vom 23. Juni 2016 - [L 6 VH 4633/14](#) -, juris, Rz. 83). Eine Antragsüberschreitung beschwert immer auch den Beklagten, der insoweit verurteilt worden ist, sodass ein solches Urteil auch und gerade auf Grund eines Rechtsmittels des Beklagten aufzuheben ist (Bundesgerichtshof [BGH], Urteil vom 7. März 1989 - [VI ZR](#)

[183/88](#) –, juris, Rz. 17).

Außerdem war der Antrag des Klägers - unabhängig davon, ob er auf eine gerichtliche oder auf eine behördliche Feststellung gerichtet war - unzulässig. Die isolierte Feststellung einer MdE ist eine Elementenfeststellung, die nur eine Vorfrage etwaiger späterer Ansprüche, z.B. auf Verletztenrente, betrifft. Elementenfeststellungen sind mangels Rechtsschutzbedürfnisses grundsätzlich unzulässig, und für die Höhe der MdE greift auch keine der Ausnahmeregelungen in [§ 55 Abs. 1 Halbsatz 1 SGG](#) ein (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. Urteil vom 22. März 1983 - [2 RU 37/82](#) –, juris, Rz. 18; vgl. jüngst zur entsprechenden Rechtslage im Versorgungsrecht Urteil des Senats vom 12. Januar 2017 - [L 6 VS 5036/15](#) –, juris, Rz. 48). Eine solche unzulässige Feststellung bzw. Verurteilung zu einer behördlichen Feststellung beschwert den Beklagten.

Ferner war Ziffer 1 des Tenors des angegriffenen Urteils des SG abzuändern.

Das SG hat darin - entsprechend dem Antrag des Klägers - die Bescheide vom 11. November 2013 und vom 10. Dezember 2013 insgesamt aufgehoben. Dies hatte der Kläger zwar dem Wortlaut nach in der mündlichen Verhandlung beantragt. Aber so durfte sein Antrag nach [§§ 106 Abs. 1, 123 SGG](#) nicht ausgelegt werden. In der Sache begehrt er nicht die vollständige Aufhebung der beiden Bescheide, sondern nur ihre Abänderung (Teilaufhebung). Beide Bescheide haben den Kläger auch begünstigt. In dem ersten Bescheid hat die Beklagte den Arbeitsunfall und eine Zerrung der rechten Schulter als Unfallfolge anerkannt, Krankenbehandlung bis zum 7. Oktober 2013 gewährt sowie eine "unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit" bis zum 28. August 2013 festgestellt, wobei sie damit die Gewährung von Verletzengeld dem Grunde nach für den genannten Zeitraum gemeint haben wird. In dem zweiten Bescheid hat sie dann die Höhe des Verletzengeldes festgelegt, wobei der Kläger die Höhe nicht angreift.

Auch insoweit gilt, dass nicht nur er in seinen Rechten verletzt worden ist, weil ihm durch die vollständige Aufhebung der Bescheide Rechte genommen worden sind, die er - bei verständiger Auslegung seines Antrags - nicht angreifen wollte. In diesem Fall könnte der Senat, da der Kläger weder Berufung noch Anschlussberufung erhoben hat, Ziffer 1 des Tenors allenfalls von Amts wegen klarstellen. Ob dies zulässig wäre, kann hier aber offen bleiben. Der Tenor kann hier auch auf den Berufungsantrag der Beklagten hin geändert werden. Dadurch, dass das SG die beiden Bescheide aufgehoben hat, ist auch die Beklagte formal beschwert, denn die Aufhebung eines für den Kläger begünstigenden Verwaltungsaktes beschwert den beklagten Leistungsträger. Das Gericht greift durch die Aufhebung des Bescheids in seine Erlass- bzw. Entscheidungskompetenzen ein. Die darin liegende "formelle Beschwerde" reicht aus. Sie liegt immer dann vor, wenn das erstinstanzliche Gericht dem Klageabweisungsantrag des beklagten Sozialleistungsträgers nicht gefolgt ist (vgl. Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, vor § 143, Rz. 7).

Im Übrigen hat die Berufung der Beklagten keinen Erfolg.

Zunächst hat das SG zu Recht festgestellt, dass die Ruptur der Rotatorenmanschette in der rechten Schulter des Klägers Folge des Unfalls vom 24. August 2013 ist.

Die entsprechende Anfechtungs- (Bescheid vom 14. November 2013) und Feststellungsklage des Klägers ist nach [§ 55 Abs. 1 Halbsatz 1 Nr. 3 SGG](#) ausnahmsweise zulässig, obwohl auch sie nur ein Element eines Rechtsverhältnisses betrifft. Die Beklagte hatte in dem angegriffenen Bescheid auch ausdrücklich die Anerkennung dieser Gesundheitsschädigung als Folge des Unfalls abgelehnt, auch wenn die entsprechende Formulierung in Ziffer 3 des Bescheids ("die seit dem 8. Oktober 2013 ärztlich behandelten Beschwerden im Bereich der rechten Schulter") unbestimmt waren. Entsprechend war diese Feststellung auch Gegenstand des nach [§ 78 Abs. 1 SGG](#) notwendigen Widerspruchsverfahrens, wobei die Beklagte dann in dem Widerspruchsbescheid vom 13. Oktober 2014 - allerdings in der Begründung - auch ausdrücklich den "Teilriss der Supraspinatussehne und Abriss der Infrapinatussehne" genannt hat. Die Klagebefugnis des Klägers ([§ 54 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 1 SGG](#)) ergibt sich daraus, dass die Beklagte eine entsprechende Feststellung abgelehnt hat (vgl. Urteil des Senats vom 30. Juli 2015 - [L 6 U 3058/14](#) –, juris, Rz. 53). Der Feststellungsklage steht auch nicht der Grundsatz der Subsidiarität gegenüber Leistungsklagen entgegen (vgl. Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, a.a.O., § 55 Rz. 19 ff.). Zwar hätte der Kläger auch Verpflichtungsklage mit dem Ziel einer behördlichen Feststellung erheben können. Eine solche Leistungsklage hat jedoch ausnahmsweise keinen Vorrang vor einer Klage auf gerichtliche Feststellung, vielmehr kann der Versicherte zwischen beiden Klagearten wählen (vgl. im Einzelnen Keller, a.a.O., § 54 Rz. 20b, § 55 Rz. 13c).

Die Klage ist insoweit, wie das SG zutreffend entschieden hat, auch begründet. Der Kläger hat einen Anspruch auf die begehrte Feststellung.

Ein solcher Anspruch besteht, wenn der geltend gemachte Gesundheitsschaden "in Folge" des Unfalls entstanden ist ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#), vgl. zum Kausalzusammenhang auch [§ 13 Abs. 1 SGB VII](#)).

Vor diesem Hintergrund müssen zunächst die versicherte Tätigkeit, die Art und das Ausmaß des Unfallereignisses, der Gesundheitserstschaden und die hierdurch verursachten länger andauernden Unfallfolgen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Die materielle bzw. objektive Beweislast für den Unfall und den Gesundheitserstschaden im Sinne der unmittelbaren körperlichen Folgen der äußeren Einwirkung trägt dabei grundsätzlich der Versicherte.

Dagegen ist für die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität, welche nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen sind, grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich vgl. hierzu und zum Folgenden BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) –, juris Rz. 17).

Hinreichende Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht, so dass auf diesen Grad der Wahrscheinlichkeit vernünftiger Weise die Entscheidung gestützt werden kann und ernste Zweifel ausscheiden. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Dies schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand ist die Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten

abgestellt werden, aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Aussage, der Versicherte sei so geschützt, wie er die Arbeit antritt, ist ebenfalls diesem Verhältnis von individueller Bewertung auf objektiver, wissenschaftlicher Grundlage zuzuordnen. Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat anhand des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes.

Auf der materiellen, wertenden Ebene der Prüfung des Ursachenzusammenhangs, ist zu entscheiden, ob der Unfall die wesentliche Bedingung für den Gesundheitsschaden war. Hiernach werden als - rechtserheblich - kausal 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 Erfolgs beziehungsweise Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Wenn es mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen gibt, ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist 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 Ursache keine überragende Bedeutung hat. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur diese "wesentlich" und damit Ursache im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber nicht als "wesentlich" anzusehen ist, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder "Auslöser bezeichnet werden" (BSG, Urteil vom 30. Januar 2007 - [B 2 U 23/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 22](#)). Ist die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen, so ist dar-auf 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. Bei dieser Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. Dass der Begriff der Gelegenheitsursache durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist, berechtigt jedoch nicht zu dem Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne Weiteres zu unterstellen ist. Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache beziehungsweise 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 - aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war -, ferner das Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, die Befunde und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie die gesamte Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein.

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung gegebenenfalls in einem oder mehreren Schritten zu prüfende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Dies wird häufig bei einem klar erkennbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, vor allem wenn es keine feststellbare konkurrierende Ursache gibt, kein Problem sein. Aber es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache das angeschuldigte Ereignis eine Ursache ist oder die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellte versicherte Ursache im naturwissenschaftlichen Sinn automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde (vgl. zu allem auch Urteil des Senats vom 22. Januar 2015 - [L 6 U 4801/12](#) -, juris, Rz. 36).

Der Kläger war am 24. August 2013 in seiner Tätigkeit als Nebenerwerbslandwirt bei dem Wegtragen eines neu geborenen Kalbs mit einer betrieblichen Verrichtung beschäftigt und daher bei dieser Tätigkeit als Mitglied der landwirtschaftlichen Unfallversicherung bei der Beklagten versichert.

Der Vorfall selbst erfüllt auch die Anforderungen des [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) an einen Unfall. Es handelte sich um eine (unerwartete) zeitlich begrenzte, von außen kommende Einwirkung auf den Körper des Klägers.

Hierbei geht der Senat von dem Hergang aus, den der Kläger bei den Gutachtern, in der mündlichen Verhandlung beim SG am 3. Februar 2016 und in dem Erörterungstermin des Senats am 29. November 2016 geschildert hat. Hiernach hat das Kalb während des Wegtragens gestrampelt und dadurch den rechten Arm des Klägers kräftig nach hinten und ein Stück weit zur Seite gestoßen. Es trifft zwar zu, dass in dem ersten Behandlungsbericht von Dr. P. vom Unfalltag ausgeführt ist, das Kalb habe gegen die rechte Schulter "geschlagen". Abgesehen davon, dass diese Formulierung ohnehin unklar ist, weil daraus auch nicht eindeutig ein "Treten" gegen die Schulter abzulesen ist, ist diese Schilderung des Unfallhergangs aus zweiter Hand und der speziellen Situation bei der Erstversorgung geschildert. Der Kläger selbst hatte von Anfang an, schon in der Unfallanzeige vom 8. September 2013 und dann auch in dem Fragebogen vom 25. September 2013 nur davon gesprochen, er habe bei dem Strampeln "festgehalten" (das Bein) bzw. "gegengehalten" und dabei (innerlich) den Schmerz verspürt und ein Reißgeräusch gehört. Dieser Unfallhergang ist lebensnäher als ein Treten des Kalbs gegen die Schulter, denn dies wäre nur möglich gewesen, wenn der Kläger das Bein des Tieres losgelassen hätte, dann aber hätte es auf den Boden stürzen müssen, was aber nicht beschrieben wird.

Dieser Vorgang ist aus Sicht des Senats im Vollbeweis gesichert, auch wenn z.B. der anwesende Sohn des Klägers von der Beklagten nicht angehört oder als Zeuge vernommen worden ist. Der Senat stützt sich bei seiner Einschätzung auf die Schilderungen des Klägers, die insoweit durch die in Akten befindlichen Gutachten gestützt werden, als er weniger als zwei Stunden nach dem Vorfall einen Arzt aufgesucht und dort einen Vorfall geschildert hat - unabhängig von der etwas abweichenden Aufzeichnung dieser Angaben durch Dr. P. - und dass er entsprechende Angaben sehr zeitnah nach dem Unfall, als ihm die Bedeutung des Ablaufs im Einzelnen sicher noch nicht bewusst war, schriftlich gegenüber der Beklagten gemacht hat. Letztlich hat sie den Unfall als solchen mit Bescheid vom 14. November 2013 anerkannt und ist in der dortigen Begründung von dem Hergang ausgegangen, den der Kläger geschildert hatte.

Dieses Strampeln und Wegdrücken des haltenden Arms nach hinten/zur Seite war eine plötzliche, von außen kommende Einwirkung auf den Körper, auch wenn das Festhalten und Tragen des Kalbes selbst willentlich gesteuert waren. Das Strampeln war unerwartet und hat in der Weise auf den Arm bzw. die Schulter eingewirkt, dass diese - nach Ansicht des Klägers über das physiologisch mögliche Maß hinaus - in Bewegung geraten sind. Im Übrigen wäre ein Tritt des Kalbs auf die Schulter erst recht eine von außen kommende Einwirkung auf den Körper gewesen, worauf sogar Dr. Sp. hingewiesen hat.

Die Rotatorenmanschettenruptur als Gesundheitsschaden ist unstreitig. Sie ergibt sich aus den als Urkunden verwerteten zeitnah erstellten Berichten der behandelnden Ärzte und wurde in Auswertung der Befunde von den Gutachtern bestätigt. Bereits Dr. B. hatte am 26. August 2013 - als Verdachtsdiagnose - eine solche Ruptur angenommen. Beweiskräftig ergibt sich die Ruptur dann - konkret als Partialruptur der Supraspinatussehne und Abriss der Infrapinatussehne - aus der MRT-Untersuchung bei Dr. N., die ebenfalls am 26. August 2013 stattgefunden hat; ferner aus der anschließenden klinischen Untersuchung bei Dr. D., die ebenfalls zeitnah nach dem Unfall, am 29. August 2013, durchgeführt worden ist.

Der Senat ist davon überzeugt, dass der Unfall mit Wahrscheinlichkeit die wesentliche Ursache dieser Ruptur war. Zu diesem Schluss kommt der Senat auf Grund einer Zusammenschau aller insoweit relevanten und gewichteten Umstände (vgl. [§ 128 Abs. 1 SGG](#)). Im Ergebnis schließt sich der Senat insoweit den übereinstimmenden Feststellungen und Schlussfolgerungen des von der Beklagten beauftragten Gutachters Dr. G. und des in erster Instanz gehörten Gerichtssachverständigen Dr. N. an, die auch durch die beratungsärztlichen Stellungnahmen der Beklagten nicht erschüttert worden sind.

Der Senat hält den geschilderten Hergang für geeignet, die Verletzung des Klägers zu verursachen.

Nach der herrschenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung (vgl. insoweit Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017., S. 431 ff. m.w.N.) ist für einen traumatischen Rotatorenmanschettenriss erforderlich, dass das Schultergelenk unmittelbar vor der Einwirkung muskulär fixiert war und zusätzlich plötzlich eine passive Bewegung hinzugekommen sein muss, die überfallartig eine Dehnungsbelastung der Supraspinatussehne bewirken kann. Dies kann geschehen durch ein massives plötzliches Hoch- oder Rückwärtsreißen des Armes, z.B. beim Hängenbleiben mit dem Arm bei einer erheblichen Beschleunigung des Körpers oder einem Sturz auf den nach hinten ausgestreckten Arm, beim Sturz, z.B. beim Fensterputzen, aus der Höhe nach vorn mit noch festhaltender Hand, bei dem das gesamte Körpergewicht in die Schulter fällt, beim Treppensturz mit Festhalten der Hand am Geländer, bei einer starken Zugbelastung bei gleichzeitiger gewaltsamer Rotation des Armes oder einer Verdrehung des Armes, wenn dieser in eine laufende Maschine gezogen wird.

Der Hergang, wie ihn der Kläger geschildert hat, entspricht der Fallgruppe eines plötzlichen Rückwärtsreißen. Er hielt den Arm angewinkelt, wobei der Oberarm entweder parallel zum Körper oder leicht nach vorn gerichtet war (je nachdem, wie schwer der zu tragende Gewichtsanteil des Kalbs war). Als dann das Kalb mit dem gehaltenen Bein strampelte, stieß es den Arm des Klägers nach hinten (und zog ihn beim Gegenstrampeln entsprechend nach vorn). Beim Rückstoßen wurde dann auch der Oberarm nach hinten geschoben. Für das Schultergelenk war dies eine Rückwärtsstreckung des Arms. Die Rückwärtshebung eines Arms ist aber bei gesunden Schultergelenken nur bis zu 40° möglich (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 561). Es ist ohne Weiteres glaubhaft, dass bei dem plötzlichen Rückwärtsstoß durch das Kalb, mit entsprechender Krafteinwirkung, dieses physiologisch verträgliche Maß überschritten worden ist. Diese Bewegung ist entgegen der Annahme des Beratungsarztes Dr. M. in der Stellungnahme vom 24. Februar 2017 nicht als Stauchung bzw. Druckwirkung einzustufen, sondern als Zugbelastung der Sehnen in der Schulter. Die Hand wurde nach hinten gestoßen. Dadurch entsteht die gleiche Krafteinwirkung auf die Schulter wie wenn die Hand fixiert ist und sich der Körper von der Hand fortbewegt. Dass eine solches "Rückwärtsstoßen" des angewinkelten Arms ein geeigneter Hergang sein kann (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 432), hatte auch schon das Sächsische LSG für den überraschenden Rückschlag einer mit der Hand festgehaltenen Kurbel angenommen (vgl. Sächsisches LSG, Urteil vom 23. November 2006 - [L 2 U 168/05](#) -, juris, Rz. 59).

Mit dieser Einstufung des Unfallablaufs als Fallgruppe des Rückwärtsstoßens bzw. Rückwärtsreißen orientiert sich der Senat am ehesten an der Einschätzung des Gutachters der Beklagten Dr. G. ... Dieser hatte - erstmals den zutreffenden Hergang zu Grunde legend - eine plötzliche passive Bewegung (also einen Stoß) beschrieben, die überfallsartig eine Dehnungsbelastung der Supraspinatussehne, also eine Zugbelastung, verursacht habe. Dagegen kann der Senat der Erwägung des Gerichtssachverständigen Dr. N., der den Hergang dem ungeplanten Auffangen eines schweren fallenden oder stürzenden Gegenstandes gleichgestellt hat, nicht folgen, wenn auch die übrigen Erwägungen dieses Sachverständigen überzeugend sind.

Weiter erfüllt der Ablauf nach dem Schadensereignis die Kriterien, die auch nach der Rechtsprechung für einen Ursachenzusammenhang zwischen einem Unfall und einer Rotatorenmanschettenruptur sprechen.

Dies gilt zunächst für die klinischen Symptome. Der Kläger hat die Arbeit sofort niedergelegt und innerhalb von 24 Stunden einen Arzt aufgesucht. Dies ist als Pro-Indiz zu werten, während erst ein Arztbesuch nach mehr als einer Woche gegen einen Zusammenhang spräche (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 434, 435). Die für eine Ruptur relevanten klinischen Zeichen, insbesondere eine starke Bewegungseinschränkung des Arms (drop arm sign), können zwar noch nicht aus dem D-Arzt-Bericht von Dr. P. am 24. August 2013 entnommen werden. Dem Kläger ist aber darin zuzustimmen, dass die dortigen Eintragungen widersprüchlich bzw. unverständlich sind, sodass nicht gesichert davon ausgegangen werden kann, dass die genannten klinischen Zeichen nicht doch vorgelegen haben. Die Formulierung "Abduktion und Außenrotation gegen minimalen Druckschmerz über Schultergelenk" sagt über Bewegungseinschränkungen nichts aus. Vor diesem Hintergrund reicht es aus, dass auf eine Ruptur hindeutende Symptome in Form einer Bewegungseinschränkung eineinhalb Tage später, am Morgen des 26. August 2013, von Dr. B. festgestellt worden sind.

Das Gleiche gilt für die bildgebenden Feststellungen. Die Sonografie und die MRT-Untersuchung wurden noch am 26. August durchgeführt, also innerhalb der geforderten Zeitspanne von drei bzw. sechs Wochen. Bereits die Sonografie zeigte mit Hinweisen auf eine Einblutung, dass ein akutes Trauma vorlag. In diesem Punkt folgt der Senat nicht der Ansicht des Beratungsarztes Dr. T., eine Sonografie könne keine Einblutungen darstellen. Dieser Behauptung ist Dr. N. in seiner ergänzenden Stellungnahme überzeugend entgegengetreten. Bereits Dr. B. hatte aufgrund der Sonografie - wobei die Bilder selbst nicht zur Akte gelangt sind - eine solche Einblutung erwogen. Vor allem aber wurde die Ruptur bereits bei der MRT-Untersuchung am selben Tage, dem 26. August 2013, als gesicherter Gesundheitsschaden festgestellt. Die in Bezug darauf erstmals von Dr. N. gestellte Diagnose überzeugt. Das MRT zeigt die typischen Begleitbefunde einer solchen traumatischen Ruptur (vgl. dazu Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 434). Zu sehen sind vermehrte Flüssigkeitsansammlungen im Subacromialraum, differentialdiagnostisch gab auch Dr. N. insoweit eine Blutung an. Eine auffällige Verfettung der Sehnenmuskulatur, die auf eine länger zurückliegende Ruptur hingedeutet hätte, hat Dr. N. ausdrücklich ausgeschlossen. Vor diesem Hintergrund spricht es für den Senat nicht gegen ein damals aktuelles Trauma, dass weitere typische Symptome, z.B. ein Knochenödem im Bereich der Tuberkula (bone bruise), nicht festgestellt worden sind. Insoweit hat Dr. N. darauf hingewiesen, dass das Fehlen eines Ödems nicht als Contra-Indiz zu werten ist, da eine

Sehnenruptur schon bei Krafteinwirkungen möglich ist, die noch nicht die Knochenmarkstruktur verletzen. Dies entspricht der wissenschaftlichen medizinischen Literatur, die nur das Vorliegen eines Ödems als Pro-Indiz werten (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 435, 436). Ein solcher Hergang mit einer Krafteinwirkung, die andererseits noch nicht groß genug für eine Knochenverletzung war, ist beim Strampeln eines Kalbs von 50 kg anzunehmen.

Nach diesem Ablauf, einer Sicherung der Ruptur im Vollbeweis am 26. August 2013, ist es für die Frage des Gesundheitsschadens selbst nicht relevant, dass der Kläger kurz vor der Operation Anfang Oktober 2013 beim Wandern eine erneute Schulterverletzung erlitten hat.

Die Feststellungen während der Operation am 8. Oktober und die Ergebnisse der - allerdings sehr knapp beschriebenen - histologischen Untersuchung bei Dr. M. am 11. Oktober 2013 sprechen ebenfalls zum Teil für, jedenfalls in ihrer Gesamtschau nicht gegen einen Ursachenzusammenhang zu dem Unfall vom 24. August 2013.

Die Operation und die histologische Untersuchung wurden knapp innerhalb jener 6 Wochen durchgeführt, in denen noch aussagekräftige Ergebnisse zu den hier streitigen Fragen erwartet werden können.

Dass bei der Operation eine wohl unerwartet starke Einblutung festgestellt worden ist, berücksichtigt der Senat dabei nicht. Nachdem sich im Laufe des Verfahrens herausgestellt hat, dass der Kläger wenige Tage vor der Operation erneut einen Unfall unter Beteiligung der Schulter erlitten hat, dürfte das Blut darauf zurückzuführen sein. Dies hat insbesondere Dr. N. auf ausdrückliche Frage des Senats in seiner ergänzenden Stellungnahme bestätigt. Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass der Beratungsarzt der Beklagten, Dr. T., der von diesem weiteren Unfall nichts wusste, in seiner Stellungnahme vom 8. September 2015 versucht hat, die Einblutungen der Operation selbst anzuschuldigen, was aber nach den Aussagen Dr. N.s nicht zutreffen kann, da die fraglichen Feststellungen bei einer Durchschau der Schulter, also präoperativ, in einem noch nicht angeschnittenen Bereich durchgeführt werden. Diesen Einwand Dr. T.s hat später auch der weitere Beratungsarzt der Beklagten Dr. M. relativiert, in dem er ausgeführt hat, er könne zu diesem Punkt weder Dr. T. noch Dr. N. folgen, vielmehr sei die Einblutung "allenfalls als neutrales Kriterium" zu werten, nachdem auch degenerativ vorgeschädigte Sehnen bluten könnten.

Dr. D. hat in seinem Operationsbericht dargelegt, die Sehnenränder seien blutig und noch mit guter Elastizität und mit kräftigem Rupturrand gewesen. Hieraus kann geschlossen werden, worauf bereits Dr. G. in seinem Gutachten hingewiesen hat, dass die Zurückbildung der nunmehr inaktiven Sehnenränder noch nicht so weit fortgeschritten waren, dass von einer mehr als sechs Wochen zurückliegenden Läsion auszugehen wäre. Dr. D. konnte die Sehnenränder relativ problemlos refixieren, die Operation war dauerhaft erfolgreich. Nachoperationen sind nicht notwendig geworden und der Kläger hat bei seinen persönlichen Anhörungen, zuletzt am 29. November 2016 im Berufungsverfahren, einen weitgehend erfolgreichen Heilverlauf angegeben. Eine solche "spannungsfreie Rekonstruierbarkeit" der Sehne spricht für eine traumatische, noch nicht lange zurückliegende Ruptur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 435).

Dass der histologische Befund nicht, wie anfangs Dr. T. angenommen hatte, als Indiz gegen einen Ursachenzusammenhang verwendet werden kann, hat überzeugend selbst der weitere Beratungsarzt der Beklagten Dr. M. ausgeführt. Dieser hat darauf hingewiesen, dass eine solche Probe unabhängig davon, wie nah sie an der Verletzung erfolgt, immer nur bedingte Aussagen über degenerative Veränderungen zulässt.

Bei dem Kläger haben zwar degenerative Veränderungen vorgelegen. Dieses Contra-Indiz wiegt nach Ansicht des Senats jedoch nicht gleichermaßen hoch wie die Umstände, die für einen Ursachenzusammenhang sprechen, zumal, worauf insbesondere Dr. N. hinweist, dies mit der schweren körperlichen Arbeit als Landwirt kaum vereinbar wäre.

Hierbei ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die im Jahre 2004/2005 aufgetretenen Beschwerden, die damals von Dr. B. als Impingement-Syndrom diagnostiziert worden waren, nach Aktenlage nur die linke Schulter betroffen haben. Für die rechte Schulter sind keine ärztlichen Unterlagen vorhanden und auch aus dem Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse ergeben sich keine Beeinträchtigungen dieser Extremität. Ferner ist nicht auszuschließen, dass die Beeinträchtigung damals nicht durch eine dauerhafte Degeneration verursacht, sondern akut war, denn nach seinen Angaben hat der Kläger danach nie wieder an Beschwerden an den Schultern gelitten, auch nicht links. Auf dieser Basis, ohne irgendeinen Befund für die rechte Schulter, kann der Senat nicht der Einschätzung Dr. T. folgen, es sei "zumindest eine Veranlagung zu Strukturstörungen der Schulterweichteile (zu) erkennen". Diese Annahme, so sie medizinisch überhaupt tragfähig ist, ist deutlich zu weitreichend.

Aus dem MRT-Befund vom 26. August 2013 sowie den Ergebnissen der Operation und der Histologie ergeben sich für die rechte Schulter geringe degenerative Veränderungen. Insbesondere hat Dr. N. nur eine geringfügige Verschmälerung des Subacromialraums durch einen leichten Hochstand des Humeruskopfs feststellen können. Es ist zwar nicht auszuschließen, dass dieser bereits vor dem Unfall auf die Rotatorenmanschette eingewirkt hatte - der Befund kann noch keine Folge des keine zwei Tage zuvor erlittenen Unfalls gewesen sein -, aber im Vergleich zu den für einen Ursachenzusammenhang sprechenden Umständen ist nicht von einer maßgeblich vorgeschädigten Rotatorenmanschette auszugehen. Das Gleiche gilt für die ebenfalls als gering beschriebene Arthrose im AC-Gelenk. Die weiteren, ebenfalls geringfügigen degenerativen Veränderungen, die bei der MRT-Untersuchung festgestellt worden sind, betrafen andere Bereiche des Arms und der Schulter, sagen also nichts über degenerative Vorschäden im engeren Umfeld der Rotatorenmanschette aus. Hinzu kommt, dass diese Veränderungen nach den Aussagen sowohl von Dr. G. als auch von Dr. N. keineswegs dem Lebensalter des Klägers vorausgeeilt waren, was ebenfalls gegen eine "Veranlagung" zu solchen Veränderungen spricht.

Dass der Kläger vor dem Unfall - an der linken Schulter - beschwerdefrei war, was durch die Auszüge aus den Vorerkrankungsverzeichnissen der beiden beteiligten Krankenkassen belegt wird, wertet der Senat weder als Pro- noch als Contra-Indiz, da erfahrungsgemäß auch degenerativ verursachte oder sonst vorbestehende Rotatorenmanschettenrupturen lange Zeit klinisch stumm sein können.

Bei der Zusammenschau der Indizien, die überwiegend für einen Ursachenzusammenhang sprechen, hat das SG die Beklagte zu Recht auch dazu verurteilt, dem Kläger über den 7. Oktober 2013 hinaus ärztliche Heilbehandlung und vom 8. Oktober 2013 bis zum 28. Februar 2014 Verletztengeld zu gewähren.

Der Kläger kann die notwendige Heilbehandlung wegen der Verletzung der Schulter nach [§§ 26 Abs. 1](#), 27 ff. SGB VII von der Beklagten verlangen, weil diese Behandlungen die Folgen der Unfallverletzung betrafen. Insbesondere die Operation am 8. Oktober 2013 selbst, die die Beklagte allerdings nach Aktenlage auch schon bezahlt hat, mit der Refixation der bei dem Unfall gerissenen Sehnen, war in diesem Sinne notwendig.

Der geltend gemachte Anspruch auf Verletztengeld gründet sich auf [§ 45 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#), hier mit den Besonderheiten für die landwirtschaftliche Unfallversicherung aus [§ 55a Abs. 2](#) i.V.m. [§§ 54, 55 SGB VII](#). Der Kläger war zwar nach dem Unfall nur wenige Tage arbeitsunfähig, für die ihm auch Verletztengeld bewilligt worden ist. Die erneute Arbeitsunfähigkeit ab der Operation am 8. Oktober 2013 beruhte dann aber ebenfalls auf dem Unfall (bzw. war im Sinne von [§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) Folge der wegen der Unfallfolgen notwendigen Maßnahme der Heilbehandlung im Sinne von [§ 45 Abs. 1 Nr. 1](#) Var. 2 SGB VII). Sie dauerte bis zum 28. Februar 2014, was der Kläger durch Vorlage entsprechender AU-Bescheinigungen und Auszahlungsscheine für das in dieser Zeit bezogene Krankengeld in der mündlichen Verhandlung vor dem SG nachgewiesen hat. Er hat für diese Zeit zur Versorgung seines Hofes auch keine Betriebs- oder Haushaltshilfe nach [§§ 54, 55 SGB VII](#) in Anspruch genommen, vielmehr hat seine Ehefrau als mitarbeitende Familienangehörige diese Arbeiten verrichtet. Daher hat der Kläger nach [§ 55a Abs. 2 SGB VII](#) Anspruch auf Verletztengeld. Auf dieser Basis kann er von der Beklagte für diesen Zeitraum zumindest noch einen etwaigen Unterschiedsbetrag zwischen dem Verletztengeld (gegen dessen Berechnung nach [§ 55a Abs. 3 SGB VII](#) keine Seite etwas eingewandt hat) und dem eventuell tatsächlich bezogenen Krankengeld ("Spitzbetrag") verlangen.

Die Entscheidung über die Kosten des Verfahrens in beiden Instanzen beruht auf [§ 193 SGG](#). Da der Kläger im Wesentlichen nur hinsichtlich seines Antrags auf Feststellung einer MdE erfolglos geblieben ist, liegt ein Unterliegen geringen Umfangs vor, dem der Senat mit seiner Kostenquotelung Rechnung getragen hat.

Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-05-30