

## L 6 U 3825/16

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Reutlingen (BWB)  
Aktenzeichen  
S 7 U 2826/14  
Datum  
19.09.2016  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 6 U 3825/16  
Datum  
13.07.2017  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 19. September 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darum, ob die Feststellung eines Risses der Supraspinatus- und Infraspinatussehne rechts Folge des Arbeitsunfalls vom 12. März 2010 sowie wegen der Folgen dieses Versicherungsfalls eine Verletztenrente zu gewähren ist.

Der 1954 geborene Kläger arbeitete seit November 1971 als Lastkraftwagen (Lkw)-Fahrer bei der Hochdorfer Kronenbrauerei O. H. KG in N. (im Folgenden: Arbeitgeberin). Daneben war er ehrenamtliches Mitglied der Freiwilligen Feuerwehr H. am N., Abteilung G., welche vom 8. bis 13. März 2010 eine so genannte "Alarmübung" durchführte.

Der Feuerwehrkommandant M. wandte sich mit E-Mail vom 10. Februar 2012 an die Beklagte und teilte mit, der Abteilungskommandant habe berichtet, der Kläger habe sich wegen Problemen mit seiner Schulter an ihn gewandt. Diese seien auf einen Unfall bei einer Übung im März 2010 zurückzuführen. Hierbei sei er "von einem Ast an der Schulter getroffen" worden. Der Kläger habe sich danach im Kreiskrankenhaus in H. am N. untersuchen lassen, wo nichts festgestellt worden sei.

Nachdem dem Feuerwehrkommandanten M. von der Beklagten mitgeteilt wurde, dass eine schriftliche Unfallanzeige zu erstatten sei, verfasste diese der Mitarbeiter H. der Stadt H. an N., welcher für Feuerwehrangelegenheiten zuständig war, am 28. Februar 2012. Er führte an, der Unfall habe sich am 13. März 2010 gegen 19:45 Uhr ereignet. Unfallort sei der O. in H. am N. gewesen. Bei einer dienstplanmäßig angesetzten Feuerwehübung sei der Kläger als Maschinist eingesetzt worden. Beim Ankurbeln einer Tragkraftspritze des Modells TS 8/8 sei es zu einem Rückschlag der Kurbel gekommen. Dieser habe sich über den rechten Arm und die rechte Schulter ausgewirkt. Anschließend sei es zu starken Schmerzen in dieser Körperregion gekommen. Daraufhin habe sich der Kläger ins Krankenhaus nach H. am N. begeben, wo eine Distorsion der rechten Schulter diagnostiziert worden sei. Der behandelnde Arzt Dr. B. aus H. am N. habe in der Folgezeit zunächst nichts feststellen können. Erst jetzt habe sich herausgestellt, dass Sehnen im Schulterbereich gerissen seien, welche Anfang März 2012 einen operativen Eingriff in der Orthopädischen Klinik des Diakonie-Klinikums in St. erforderlich gemacht hätten. Übersandt wurden zudem die Übungs- und Einsatzpläne der Freiwilligen Feuerwehr H. am N., Abteilung G., woraus sich ergab, dass der Kläger am Freitag, 12. März 2010 an der Übung teilgenommen hatte.

Mitte März 2012 teilte er der Beklagten mit, er sei 2008 wegen eines Impingementsyndroms im Bereich der rechten Schulter behandelt worden. Bei der Feuerwehrrnachtübung Mitte März 2010 sei er als Maschinist an einer Pumpe eingesetzt gewesen. Im Januar 2012 sei festgestellt worden, dass rechts die Supraspinatussehne komplett und die Infraspinatussehne teilweise gerissen seien. Im März 2010 habe er durch die sich an einer Pumpe befindende Kurbel einen Schlag auf die Schulter bekommen. Ein Bluterguss sei zu sehen gewesen.

Auf telefonische Nachfrage der Beklagte teilte Dr. B. im März 2012 mit, der Kläger habe sich am 14. März 2010 in der Notfallambulanz vorgestellt. Es sei eine Distorsion der Schulter diagnostiziert worden. Weitere Befunde lägen nicht vor. Er habe ihm einen gelben Überweisungsschein zur Weiterbehandlung für den Notarzt mitgegeben. Bei der Vorstellung in der Notfallambulanz habe es sich um eine Akutintervention gehandelt. Weitere Untersuchungen oder ausführliche Befunderhebungen seien nicht durchgeführt worden.

In der Orthopädischen Klinik des Diakonie-Klinikums in St. war am 7. März 2012 eine Arthroskopie der rechten Schulter erfolgt, bei welcher

der subakromiale Raum erweitert und die Rotatorenmanschette rekonstruiert wurden. Dr. G., Sektionsleiter Sportorthopädie/Schulterchirurgie in dieser Klinik diagnostizierte eine Ruptur der Supraspinatus- und der Infraspinatussehne Bateman III L-förmig rechts. Dr. O. und Dr. W., welche den Kläger operierten, führten in ihrem Bericht aus, es habe sich ein intraartikulär glenohumeral weitgehend intakter Knorpel gezeigt. Im Bereich des ventralen Labrums und der SLAP-Region seien Auffaserungen festgestellt worden. Des Weiteren habe eine degenerativ veränderte lange Bizepssehne vorgelegen. Die Subscapularissehne habe sich als intakt dargestellt. Beim Übergehen nach lateral hätten sich ein ausgedehnter Defekt der Subscapularissehne und ein anteiliger der Infraspinatussehne gezeigt. Lateral sei ein komplett frei gelegter Footprint erkannt worden, in dessen dorsalem Bereich die Infraspinatussehne anteilig ansetze.

Auf telefonische Nachfrage der Beklagten bei Dr. Sch., Facharzt für Allgemeinmedizin, teilte er im Mai 2012 mit, die von ihm ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für die Zeit vom 18. bis 24. Oktober 2010 sei aufgrund eines Ergusses am Kniegelenk erfolgt. Von Dr. d. J. und Dr. Sch., jeweils Fachärzte für Orthopädie, wurden Befundberichte von September 2007 und April 2008 beigezogen, wonach jeweils unter anderem ein Impingementsyndrom im Bereich der rechten Schulter diagnostiziert worden sei. Der Beklagten lag zudem der Bericht von Dr. D., Facharzt für Orthopädie, von Mitte Januar 2012 vor, wonach der Kläger seit einem Jahr Schulterschmerzen rechts habe, welche nachts stärker seien. Er habe angegeben, vor einem Jahr bei einem Feuerwehreinsatz einen Unfall gehabt zu haben. Von der A. B.W., wo der Kläger gegen Krankheit gesetzlich versichert war, wurde auf Anforderung das Vorerkrankungsverzeichnis übersandt.

Im Auftrag der Beklagten erstattete schließlich Dr. G. ein Gutachten. Nach der ambulanten klinischen und röntgenologischen Untersuchung des Klägers am 14. September 2012 führte er aus, aktuell bestehe noch eine Einschränkung der Beweglichkeit der rechten Schulter. Es sei zudem ein Kraftverlust für die Abduktion und die Außenrotation verblieben. Dieser werde sich ob der Atrophie des Supraspinatusmuskels vermutlich nicht erholen. Die Verletzung der Rotatorenmanschette mit einer Ruptur der Supraspinatus- und Infraspinatussehne rechts sei mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis vom 13. März 2010 verursacht worden. Der beschriebene Unfallmechanismus sei durchaus geeignet, einen Riss der Supraspinatussehne zu verursachen. Entsprechend den Kriterien von Bonnaire sowie den Empfehlungen zur Diagnostik und Begutachtung der traumatischen Rotatorenmanschettenläsion nach L. et al. sprächen die Kriterien für einen Zusammenhang. Der Unfallmechanismus weise auf eine passiv forcierte Außen- oder Innenrotationsbewegung bei abgespreiztem Arm hin und sei damit durchaus geeignet, eine solche Verletzung herbeizuführen. Beim klinischen Primärbefund sei der Arztbesuch innerhalb von 24 Stunden erfolgt. Der Kläger habe über eine sofort einsetzende schmerzhafteste Bewegungsunfähigkeit der rechten Schulter berichtet. Er habe am nächsten Tag den Arzt aufsuchen müssen. Auf einen pathomorphologischen Befund hätten die Läsion der Supraspinatus- und Infraspinatussehne mit erheblicher Retraktion sowie die massive Bursitis und Tendinitis der langen Bizepssehne hingedeutet. Körpereigene Ursachen könnten im Nachhinein, also mittlerweile immerhin annähernd zwei Jahre nach dem Erstereignis, schlecht beurteilt werden. Werde als Referenz die linke Schulter herangezogen, kämen körpereigene Ursachen nicht in Betracht. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) wegen der Unfallfolgen schätze er auf 15 vom Hundert (v. H.). Auf Nachfrage der Beklagten, welche insbesondere auf eine nach Aktenlage im Jahre 2007 diagnostizierte Bursitis subacromialis hinwies, welche konservativ behandelt worden sei, führte Dr. G. in seiner Stellungnahme vom 22. Februar 2013 ergänzend aus, als wesentlichen Grund für die Annahme der hinreichenden Wahrscheinlichkeit sei das Unfallereignis selbst zu sehen. Durch den Rückschlag der Kurbel sei der Arm mit massiver Kraft nach oben gerissen und zurückgeführt worden. Hierdurch sei ein massiver Schmerz in der rechten Schulter entstanden. Ausgelöst worden sei eine Pseudoparalyse des rechten Armes. Der Kläger habe sofort mit der Übung aufhören müssen. Wegen der starken Schmerzen habe er sich am Folgetag notfallmäßig behandeln lassen. Die 2007 angegebene Schmerzsymptomatik im Bereich der rechten Schulter sei nicht ausreichend diagnostiziert worden. Es sei nicht sicher von einem Impingementsyndrom der Schulter zu sprechen gewesen. Anfang September 2007 sei nach den Unterlagen von Dr. Sch. lediglich eine Sonographie der rechten Schulter erfolgt. Hierbei habe sich kein Hinweis auf eine Ergussbildung in der Bursa subacromialis, keine durchgreifende Rotatorenruptur sowie nur eine leichte Verdichtung der Supraspinatus- und Infraspinatussehne als Zeichen von deutlich degenerativen Veränderungen mit Ausdünnung der Supraspinatussehne auf 4 bis 5 mm gezeigt. Bei der dynamischen Untersuchung habe sich ein subakromiales Impingement feststellen lassen. Die Sonographie sei jedoch insgesamt eine nicht ausreichend reliable Untersuchungstechnik. Es gebe sehr große individuelle Unterschiede hinsichtlich der Untersuchung. Sie sei der Kernspintomographie in jedem Fall unterlegen. Ihm sei nicht klar, weshalb einerseits von einem deutlichen subakromialen Impingement ausgegangen worden sei und andererseits keine Ergussbildung im Bereich der subakromialen Bursa bestanden habe. Insoweit gebe es sicherlich Ungereimtheiten. Die Ausdehnung der Infraspinatussehne auf 4 bis 5 mm Stärke sehe er als Normalbefund an. Insgesamt sei sie in dem Bereich, in dem sie sonographisch erfasst worden sei, in der Regel selten breiter. Die beschriebene dynamische Impingementsymptomatik deklariere die natürliche Enge zwischen Schulterdach und Oberarmkopf. Die sonographische Untersuchung spreche sogar für die Verletzung der Supraspinatus- und Infraspinatussehne durch das Unfallereignis. Auf den zusätzlich Anfang September 2007 erstellten Röntgenaufnahmen hätten sich keine relevanten degenerativen Veränderungen bei normaler Formgebung und Stellung gezeigt. Es habe keine Fehlstellung vorgelegen. Die knöchernen Binnenstruktur sei normal gewesen. Entzündungszeichen seien nicht erhoben worden. Die sonographisch und röntgenologisch erhobenen Befunde der rechten Schulter untermauerten somit die Annahme, dass der Unfall im Jahre 2010 initial zu einer Ruptur der Rotatorenmanschette geführt habe, wenngleich der Kläger keine "leere" Schulteranamnese habe. Nach Kompensation der Schmerzsymptomatik sei nach dem Unfall sicherlich auch wieder eine Tätigkeit als Kraftfahrer und Getränkelieferant möglich gewesen. Der Kläger habe in seinen Ausführungen lediglich angegeben, nach dem Unfall an einem Kraftdefizit im Bereich der rechten Schulter gelitten zu haben. Nachdem die Sehne initial eingerissen sei, rupturierten häufig im Laufe der Zeit, auch noch zwei Jahre später, weitere Sehnenanteile. Durch die schwere körperliche Tätigkeit, welche der Kläger als Getränkelieferant ausgeübt habe, sei dies gut möglich gewesen. Er gehe weiterhin von einem hinreichend wahrscheinlichen Unfallzusammenhang aus. Aktuell habe der Kläger nicht mehr allein gearbeitet. Er habe immer einen Kollegen dabei gehabt, welcher für ihn die körperlich schweren Aufgaben übernommen habe.

Die Arbeitgeberin teilte Ende März 2013 mit, der Kläger habe auch von März 2010 bis Februar 2012, Kranken- und Urlaubstage ausgenommen, gearbeitet. Die Tätigkeit als Fahrer habe das Be- und Entladen des Lkw beinhaltet. Zudem habe er bei den Abladestellen Voll- und Leergut ab- und aufgeladen, also Getränkeketten, zudem Fässer, CO<sub>2</sub>-Flaschen, Gläser, Körbe sowie Festplatzgarnituren und -inventar. Die Sachen hätten zwischen 20 und 60 kg gewogen. Hilfsmittel wie ein Hubwagen oder ein Stapelkarren hätten zwar zur Verfügung gestanden, jedoch nicht überall eingesetzt werden können.

Dr. M., Facharzt für Orthopädie, führte in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 11. Juli 2013 aus, es spreche lediglich das adäquate Trauma für eine traumatische Genese der vorliegenden Sehnenruptur, während der klinische Verlauf und die übrige Befundkonstellation insgesamt eher auf eine bereits seit längerem bestehende degenerative Schädigung der rechten Schulter, welche als klinisch stumme und muskulär gut kompensierte Schadensanlage durch das Ereignis vom 13. März 2010 aktiviert worden sei,

hindeuteten. Der vom Kläger geschilderte Unfallmechanismus des gewaltsamen Zurückschlagens des rechten Armes durch die Pumpenkurbel sei ein geeigneter Mechanismus für ein adäquates Trauma. Dr. G. habe in seinem Gutachten zwar auf eine 2007 sonographisch festgestellte intakte Rotatorenmanschette hingewiesen. Im Originalbefund vom 22. Mai 2007 seien jedoch Sehnenverdichtungen und eine Ausdünnung der Infraspinatusehne beschrieben worden. Insgesamt sei zum Stellenwert eines solchen Vorbefundes auszuführen, dass die sonographische Sensitivität einer Partialruptur, je nach untersuchender Person, zwischen 70 und 80 % betrage, also zwischen 20 und 30 % unentdeckt beziehungsweise als "Ausdünnung" bezeichnet würden. Zudem könne die Sehnedegeneration zwischen 2007 und 2010 weiter fortgeschritten sein, so dass zum Unfallzeitpunkt durchaus eine muskulär kompensierte Partialruptur der Rotatorenmanschette vorgelegen haben könnte. Bei einer progredienten degenerativen Ruptur der Rotatorenmanschette sei es durchaus vorstellbar, dass durch eine gut ausgeprägte Kompensation der Deltamuskulatur auch eine körperlich schwere Arbeit ohne längere Ausfallzeiten durchgeführt werden könne. Bei einer akut traumatischen Ruptur von zwei Sehnen der Rotatorenmanschette sei dies jedoch nur schwer vorstellbar, weil die Rekrutierung der Ersatzmuskulatur längere Zeit in Anspruch nehme. Vielmehr wäre im Falle einer großen, akut traumatischen Sehnenruptur eine Pseudoparalyse des betroffenen Armes zu erwarten gewesen, welche das Anheben von schwereren Gegenständen über die Horizontale, wozu Verladetätigkeiten zählten, zumindest die ersten Wochen nach dem Rupturereignis unmöglich machten.

Mit Bescheid vom 21. August 2013 erkannte die Beklagte das Ereignis "vom 13. März 2010" zwar als Arbeitsunfall an, lehnte hingegen wegen der Folgen dieses Versicherungsfalles die Gewährung einer Rente ab. Als Unfallfolgen wurde eine folgenlos ausgeheilte Verstauchung (Distorsion) der rechten Schulter anerkannt. Nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen seien ein chronisches Halswirbelsäulensyndrom mit Osteochondrose (degenerative Wirbelsäulenerkrankung) im Abschnitt C5/6 und eine Funktionsbeeinträchtigung der Gelenkfunktion (Impingementsyndrom) der rechten Schulter. Weiter nicht unfallursächlich seien der im März 2012 festgestellte Riss der Rotatorenmanschette in Form einer Ruptur der Supraspinatus- und Infraspinatusehne sowie des Sehnenmantels der Muskulatur der Rotatoren der rechten Schulter mit anschließender operativer Rekonstruktion der Rotatorenmanschette.

Auf den Widerspruch des Klägers hin beauftragte die Beklagte Prof. Dr. L., Ärztlicher Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wiederherstellungschirurgie des M.-Hospitals St., mit der Erstattung eines weiteren Gutachtens. Nach dessen ambulanter klinischer und radiologischer Untersuchung am 7. Februar 2014 führte dieser aus, für einen Unfallzusammenhang sprächen seine sofortige Vorstellung in der Notfallpraxis in H. am N. nach dem Ereignis und der Unfallmechanismus selbst, welcher geeignet sei, eine Ruptur der Rotatorenmanschette, wie sie bei ihm vorgelegen habe, auszulösen. Dagegen sei ein vorbestehendes Impingementsyndrom des rechten Schultergelenkes, weshalb 2007 eine orthopädische Untersuchung und Behandlung notwendig geworden sowie der sonographische Nachweis einer Tendinitis der Rotatorenmanschette erbracht worden sei, zu nennen. Dagegen seien auch das große Zeitintervall zwischen dem Unfall und der definitiven Diagnosestellung, also etwa 22 Monate später, anzuführen. Dies sei ohne Teilkompensation der Ruptur der Rotatorenmanschette, wie sie bei degenerativen Rissen vorkomme, kaum denkbar. Es stünden sich damit jeweils zwei Argumente gegenüber. Um eine definitive Aussage machen zu können, sei eine Kernspintomographie des linken Schultergelenkes vorzunehmen, um degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette nachzuweisen oder auszuschließen. Daraufhin erstellte Dr. E., Facharzt für Radiologie, Magnetresonanztomogramme (MRT) der linken Schulter. Nach der Untersuchung am 8. Juli 2014 kam dieser zu dem Ergebnis, dass eine Ruptur der Rotatorenmanschette mit subtotalem Abriss der Supraspinatussehne vorgelegen habe. In der Rotatorenmanschette bestehe eine Lücke von über 2 cm. Darüber hinaus habe er einen Riss der langen Bizepssehne festgestellt. Das Akromioklavikulargelenk sei gering deformiert und der Gelenkspalt signalangehoben. Es seien ein geringer Gelenkerguss sowie deutliche Ergüsse in der Bursa subacromialis und in der Bursa subdeltoidale erkannt worden. Daraufhin führte Prof. Dr. L. im September 2014 ergänzend aus, der nach den nunmehr vorliegenden MRT erhobene Befund weise auf eine asymptomatische Schädigung der Supraspinatussehne links und damit auf ein degeneratives Geschehen hin. In der Zusammenschau aller Gesichtspunkte sei nunmehr davon auszugehen, dass überwiegend degenerative Veränderungen den Gesundheitsschaden ausgelöst hätten und kein ursächlicher Zusammenhang zum Unfallereignis von März 2010 bestehe.

Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 29. Oktober 2014 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 5. November 2014 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) erhoben, welches Prof. Dr. L., Deutsches Gelenkzentrum H., Schulter- und Ellenbogenchirurgie, mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt hat. Nach seiner ambulanten klinischen, sonographischen und röntgenologischen Untersuchung am 29. Juni 2015 hat dieser ausgeführt, es liege keine Gesundheitsstörung mehr vor, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch das Ereignis von März 2010 verursacht worden sei. Demgegenüber sei mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass sich der Kläger zwar eine Zerrung, also Distorsion, der rechten Schulter zugezogen habe, ohne dass es allerdings zu einer strukturellen Schädigung gekommen sei. Aktuell lägen bei ihm im Bereich der rechten Schulter eine Narbenbildung, eine leichte Muskelminderung, eine mittelgradige aktive und endgradige passive Bewegungseinschränkung sowie Schmerzen und eine Kraftminderung nach operativ versorgter Läsion der Rotatorenmanschette vor. Vorliegend seien die Richtung und das Ausmaß der Gewalteinwirkung durch den Rückschlag der Kurbel nicht eindeutig einzuschätzen. Allerdings sei es nicht vorstellbar, dass bei dieser aktiv kontrollierten Bewegung ohne eine erhebliche strukturelle Schwäche der Rotatorenmanschette eine Kontinuitätsunterbrechung der Sehne habe eintreten können. Der Kläger habe zwar angeführt, dass er sich zeitnah im Krankenhaus in H. am N. vorgestellt habe. Der Arm sei blau und geschwollen gewesen. Hierüber lägen jedoch keine medizinischen Dokumente vor. Vorliegend habe anscheinend kein erhebliches Verletzungsbild nach dem Unfallereignis bestanden. Bei der Erstvorstellung im Krankenhaus in H. am N. sei nicht einmal eine Röntgendiagnostik durchgeführt oder eine weitere Abklärung veranlasst worden. Der Umstand, dass der Kläger in seinem Beruf als Kraftfahrer nach der Verletzung nicht arbeitsunfähig gewesen sei, spreche ebenfalls eindeutig gegen eine traumatische Zerreißen der Rotatorenmanschette. In dieser Situation wären weder das Führen eines Lkw noch die Auslieferung von Getränkeboxen möglich gewesen. Im Übrigen ließen weder die MRT noch der Operationsbefund, welche zwei Jahre nach dem Ereignis angefertigt beziehungsweise erhoben worden seien, Rückschlüsse auf den Zeitpunkt der Läsion der Rotatorenmanschette zu. Da es nach der kernspintomographischen Untersuchung allerdings noch nicht zu fortgeschrittenen Rückbildungsveränderungen der Muskelbäuche gekommen sei, sei anzunehmen, dass die Kontinuitätsunterbrechung auf dem Boden degenerativer Veränderungen irgendwann im Zeitraum zwischen der Gewalteinwirkung und der Durchführung der Untersuchung eingetreten sei. Zusammenfassend deuteten auf einen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der zwei Jahre später diagnostizierten und operativ behandelten Ruptur der Rotatorenmanschette die angebliche Beschwerdefreiheit bis zum Zeitpunkt des Ereignisses, welche allerdings durch die medizinischen Befundberichte widerlegt sei, und das vermeintliche unmittelbar nach dem Ereignis eingetretene Beschwerdebild hin. Gegen einen Zusammenhang seien die dokumentierte vorherige Beeinträchtigung durch eine Impingementsymptomatik, der nur möglicherweise

geeignete Verletzungsmechanismus und das Verhalten des Klägers nach dem Ereignis in seinem körperlich belastenden Beruf anzuführen. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass er sich am Unfalltag lediglich eine Distorsion der rechten Schulter zugezogen habe, ohne dass es zu einer relevanten strukturellen Schädigung gekommen sei. Die später diagnostizierte Läsion der Rotatorenmanschette sei mit schleichendem Verlauf durch eine Engpasssituation, also ein Impingement, bedingt und damit auf eine Schadensanlage zurückzuführen, welche schicksalhaft sei. Unter der Annahme einer Zerrung des Schultergelenkes sei mit einer vollständigen Abheilung der Unfallfolgen spätestens drei Monate nach der Gewalteinwirkung zu rechnen gewesen. Eine MdE wegen der Unfallfolgen sei ab der 13. Woche nach dem Unfall dann nicht mehr anzunehmen. Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe nicht bestanden, da der Kläger bis zum Zeitpunkt der Operation weiter gearbeitet habe. Dr. G. habe nicht berücksichtigt, dass bereits vor dem Unfallereignis im März 2010 Schulterbeschwerden dokumentiert seien. Ferner habe er außen vor gelassen, dass ein Primärbefund, nach dem die Verletzungsschwere habe beurteilt werden können, nicht erhoben worden sei. Entgegen seiner Annahme sei die wiederholte Vorstellung wegen Schulterbeschwerden nicht als altersgemäßer Normalzustand zu interpretieren. Der Umstand, dass über etliche Monate Beschwerden bestanden hätten, spreche demgegenüber für eine beginnende strukturelle Schädigung der Rotatorenmanschette.

Der Kläger habe zum Zeitpunkt der Verletzung als Kraftfahrer für eine Brauerei gearbeitet und sei in erster Linie mit dem Ausliefern von Bierkästen beauftragt gewesen, wobei er diese habe ein- und ausladen müssen. Er habe bei der Anamnese weiter angeführt, bei der Übung eine Handkurbel schnell nach vorne gedreht zu haben. Es sei dann zu deren Rückschlag gekommen, wodurch der Arm nach unten gezogen worden sei. Er habe sofort einen heftigen Schmerz in der rechten Schulter gespürt und den Arm nicht mehr anheben können. Am nächsten Tag habe er deswegen das Krankenhaus in H. am N. aufgesucht. Die Schulter sei blau verfärbt und geschwollen gewesen. Außerdem habe sich eine Verformung des Oberarmmuskels ergeben. Ihm sei dort gesagt worden, dass der Arm wegen der Schwellung nicht zu untersuchen sei. Auf dem Röntgenbild sei nichts festgestellt worden. Ihm seien lediglich Schmerzmittel verordnet worden. In den nächsten Tagen habe er den Arm weiterhin nur unter Schmerzen bewegen können und keine Kraft gehabt. Nach ein paar Tagen habe er seinen Hausarzt Dr. Sch. aufgesucht, welcher ihm Krankengymnastik verordnet habe. In den folgenden Wochen und Monaten sei er immer wieder zu ihm gegangen, welcher ihn weiter mit Schmerzmittel versorgt habe. Nach etwa einem Jahr sei ihm ein deutlicher Kraftverlust im rechten Arm aufgefallen. Er habe keine Kiste mehr anheben können. Dr. Sch. habe schließlich eine Kernspintomographie veranlasst. Dabei sei ein Sehnenschaden festgestellt worden. Deswegen habe er den Orthopäden Dr. D. aufgesucht, welcher ihm zur Operation geraten habe. Der Eingriff sei dann im März 2012 erfolgt. Er sei nach der Verletzung bis zur Operation nicht arbeitsunfähig gewesen und habe unter Schmerzen und Einschränkungen weitergearbeitet. Anschließend sei er bis August 2012 arbeitsunfähig erkrankt gewesen. Danach sei er weiter bei seiner Arbeitgeberin beschäftigt gewesen, habe allerdings als Staplerfahrer gearbeitet, wodurch er einen monatlichen Einkommensverlust von 300 EUR erfahren habe. In der rechten Schulter habe er vor dem streitgegenständlichen Ereignis keinerlei Beschwerden gehabt.

In dem Vorerkrankungsverzeichnis der A. B.-W., welches Daten seit 1986 enthalte, seien keine Krankmeldungen wegen Schulerkrankungen dokumentiert. Ein Befund- und Behandlungsbericht über die Erstvorstellung des Klägers im Krankenhaus in H. am N. sei nicht Gegenstand der Akten. Der Hausarzt habe sich auch weder zum Erstbefund noch zu einer Brückensymptomatik bis zu der Vorstellung bei Dr. D. geäußert. Die aktive Beweglichkeit im rechten Schultergelenk sei deutlich eingeschränkt demonstriert worden. Der Kläger sei nicht in der Lage gewesen, den Arm über die Schulterhöhe nach vorn zu führen oder seitlich abzuspreizen. Die Außendrehung sei als weitgehend aufgehoben demonstriert worden. Bei der passiven Bewegungsprüfung sei es zu einem muskulären Gegenspannen und zu Schmerzäußerungen beim Vorführen des Armes und beim Abspreizen über die Schulterhöhe hinaus gekommen. Das passive Bewegungsausmaß sei im Seitenvergleich endgradig eingeschränkt gewesen. Der Yergason-Test für die lange Bizepssehne sei negativ gewesen. Der Kläger sei in der Lage gewesen, den in Schulterhöhe abgespreizten Arm zu halten, ohne dass er wegen des Eigengewichtes abgesunken sei. Klinisch habe kein Hinweis auf eine konstitutionelle oder erworbene Instabilität im rechten Schultergelenk bestanden. Die aktiven Bewegungsmaße des rechten Schultergelenkes seien nach der Neutral-0-Methode für das Rück- und Vorführen mit 20-0-100° (links, jeweils aktiv und passiv: 40-0-170°), für das An- und Abspreizen mit 20-0-90° (40-0-180°) sowie für das Außen- und Innendrehen bei anliegendem Oberarm mit 0-0-80° (60-0-90°) und bei um 90° abgespreiztem Oberarm mit 70-0-30° (90-0-50°) gemessen worden. Passiv seien rechts Werte von jeweils 30-0-170° für das Rück- und Vorführen und das An- und Abspreizen sowie 60-0-90° und 90-0-40° für das Außen- und Innendrehen bei anliegendem Oberarm und bei um 90° abgespreiztem Oberarm erhoben worden. Auf der rechten Seite habe sich eine Verformung des beugeseitigen Muskelbauches mit einer Verschmächtigung des Bizepsmuskels im körpernahen Bereich und einer Aufwulstung des Muskels körperfern gefunden. Die Verformung habe sich beim Beugen im Ellenbogengelenk gegen Widerstand verstärkt. Die streckseitige Muskulatur habe ein normales Relief aufgewiesen. Auf der linken Oberarmseite habe ein unauffälliges Muskelrelief der streck- und beugeseitigen Muskulatur ohne Hinweis auf eine Läsion des Bizepsmuskels vorgeherrscht.

Dr. B. hat auf Nachfrage des SG im November 2015 kundgetan, über den Kläger keinen Eintrag in der Praxiskartei gefunden zu haben. Die Notfallpraxis in H. am N. existiere nicht mehr. Die hausärztlichen Vertretungsdienste seien inzwischen im größeren Rahmen neu koordiniert worden. Wo die früheren Unterlagen hingekommen seien, sei ihm nicht bekannt. An ihn selbst könne er sich nicht erinnern.

In der mündlichen Verhandlung beim SG am 19. September 2016 hat der Kläger mitgeteilt, dass der Unfalltag der 12. März 2010 und nicht der Folgetag gewesen sei. Die Feuerwehrrübung sei abends gewesen. Am nächsten Tag, also am 13. März 2010, habe er sich in die Notfallpraxis begeben. Die Angabe "13. März" für den Unfalltag habe auf einem Versehen beruht. Er habe nach dem Ereignis nicht weiter an der Übung teilgenommen. Das SG hat die Klage, mit welcher neben der Verurteilung zur Gewährung einer Verletztenrente die Verpflichtung zur behördlichen Feststellung eines Risses der Rotatorenmanschette als Folge des Arbeitsunfalls vom 12. März 2010 begehrt worden ist, mit Urteil vom selben Tag abgewiesen. Nach der Beweisaufnahme habe sich kein Anspruch des Klägers auf Verletztenrente wegen der Folgen des streitgegenständlichen Arbeitsunfalls ergeben.

Gegen die seinen Bevollmächtigten am 6. Oktober 2016 zugestellte Entscheidung hat der Kläger am 14. Oktober 2016 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt.

Er trägt im Wesentlichen vor, er schließe eine Schädigung durch ein degeneratives Geschehen aus. Der Unfallmechanismus sei demgegenüber geeignet gewesen, insbesondere eine Ruptur der Supraspinatussehne zu verursachen. Er habe sich sofort danach in der Notfallpraxis in H. am N. vorgestellt. Die beschriebenen Beeinträchtigungen seien erst nach dem Unfallgeschehen aufgetreten. Den Ursachenzusammenhang habe Dr. G. hinreichend bestätigt.

Der Kläger beantragt (teilweise sachgerecht),

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 19. September 2016 aufzuheben und den Bescheid vom 21. August 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Oktober 2014 teilweise aufzuheben sowie die Beklagte zu verpflichten, einen Riss der Supraspinatus- und Infraspinatussehne rechts als Folge des Arbeitsunfalls vom 12. März 2010 festzustellen, und sie zu verurteilen, ihm wegen der Folgen dieses Versicherungsfalls eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 vom Hundert zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, dieser dringe mit seinem Begehren nicht durch.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und die Verwaltungsakte der Beklagten (2 Bände) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden kann ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)), ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143](#), [§ 144 Abs. 1 SGG](#)), aber unbegründet.

Gegenstand dieses Rechtsmittelverfahrens ist das angefochtene Urteil des SG vom 19. September 2016, mit dem die als jeweils kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#); vgl. zur Klageart BSG, Urteil vom 5. Juli 2011 - [B 2 U 17/10 R](#) -, [BSGE 108, 274](#) (276)) sowie Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#)) erhobene Klage, mit welcher der Kläger unter teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 21. August 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Oktober 2014 die Verpflichtung der Beklagten zur Feststellung einer Supraspinatus- und Infraspinatussehne rechts als Folge des Arbeitsunfalls vom 12. März 2010 und deren Verurteilung zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v. H. wegen dieses Versicherungsfalls begehrt hat, abgewiesen wurde. Diesen hat sie mit der Verwaltungsentscheidung vom 21. August 2013 nach Auslegung bindend ([§ 77 SGG](#)) anerkannt. Dabei ist in Bezug auf die mit dem angefochtenen Ausgangsbescheid getroffenen Regelungen Maßstab der Auslegung der Empfängerhorizont verständiger Beteiligter, die die Zusammenhänge berücksichtigen, welche die Behörde nach ihrem wirklichen Willen ([§ 133 Bürgerliches Gesetzbuch - BGB](#)) erkennbar in ihre Entscheidung einbezogen hat (vgl. BSG, Urteil vom 29. Januar 2008 - [B 5a/5 R 20/06 R](#) -, [BSGE 100, 1](#), (2) m. w. N.; Urteil des Senats vom 30. Juli 2015 - [L 6 U 3058/14](#) -, juris, Rz. 53). Obwohl die Beklagte als Datum des Arbeitsunfalls im Bescheid vom 21. August 2013 den 13. März 2010 aufgenommen hat, durften verständige Beteiligte berechtigterweise davon ausgehen, dass das Unfallereignis gemeint war, bei dem sich der Kläger während der Alarmübung der Freiwilligen Feuerwehr H. am N., Abteilung G., welche vom 8. bis 13. März 2010 stattfand, verletzte. Er nahm nur am 12. März 2010 daran teil, was insbesondere den vorliegenden Übungs- und Einsatzplänen zu entnehmen ist. In der mündlichen Verhandlung beim SG hat sich der Kläger, ausweislich des hierüber erstellten Protokolls, zuletzt auch konkretisierend eingelassen. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 12. Aufl. 2017, § 54 Rz. 34), welche vorliegend am 13. Juli 2017 stattfand.

Die Klage ist unbegründet, da der Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 12. März 2010 keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente hat, auch keinesfalls als Stützrente, da die Unfallfolgen über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus nicht mit einer MdE von wenigstens 10 v. H. zu bewerten sind. Zu Recht hat die Beklagte auch die Regelung getroffen, dass eine Ruptur der Supraspinatus- und Infraspinatussehne rechts nicht auf das streitgegenständliche Ereignis zurückzuführen ist. Die angefochtenen Verwaltungsakte sind daher rechtmäßig und verletzen ihn nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)).

Anspruchsgrundlage für die begehrte Rentengewährung ist [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls - hier eines Arbeitsunfalls - über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vorphundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern ([§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#)). Den Versicherungsfällen stehen gleich Unfälle oder Entschädigungsfälle nach den Beamtengesetzen, dem Bundesversorgungsgesetz, dem Soldatenversorgungsgesetz, dem Gesetz über den zivilen Ersatzdienst, dem Gesetz über die Abgeltung von Besatzungsschäden, dem Häftlingshilfegesetz und den entsprechenden Gesetzen, die Entschädigung für Unfälle oder Beschädigungen gewähren ([§ 56 Abs. 1 Satz 4 SGB VII](#)).

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Um das Vorliegen der MdE beurteilen zu können, ist zunächst zu fragen, ob das aktuelle körperliche oder geistige Leistungsvermögen beeinträchtigt ist. In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang dadurch die Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens vermindert werden. Entscheidend ist, in welchem Ausmaß Versicherte durch die Folgen des Versicherungsfalls in ihrer Fähigkeit gehindert sind, zuvor offenstehende Arbeitsmöglichkeiten zu ergreifen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 123). Die Bemessung des Grades der MdE erfolgt als Tatsachenfeststellung des Gerichts, die dieses gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 - [B 2 U 5/10 R](#) -, juris, Rz. 16 m. w. N.). Die zur Bemessung der MdE in Rechtsprechung und Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind dabei zu beachten. Sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen ständigem Wandel (BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) -, [BSGE 93, 63](#) (65)).

Die Einschätzung der MdE setzt voraus, dass der Arbeitsunfall beim Kläger eine Beeinträchtigung des Leistungsvermögens hervorgerufen

hat, entweder durch einen unfallbedingten Gesundheitserst- oder einen damit im Ursachenzusammenhang stehenden Gesundheitsfolgeschaden.

Die unfallversicherungsrechtliche Zurechnung setzt erstens voraus, dass die Verrichtung der versicherten Tätigkeit den Schaden, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, objektiv (mit-)verursacht hat. Für Einbußen der Verletzten, für welche die versicherte Tätigkeit keine (Wirk-)Ursache war, besteht schlechthin kein Versicherungsschutz und haben die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht einzustehen. (Wirk-)Ursachen sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die in Frage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen. Insoweit ist Ausgangspunkt der Zurechnung die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolges gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel ("conditio sine qua non"). Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung muss eine versicherte Verrichtung, die im Sinne der "Conditio-Formel" eine erforderliche Bedingung des Erfolges war, darüber hinaus in seiner besonderen tatsächlichen und rechtlichen Beziehung zu diesem Erfolg stehen. Sie muss (Wirk-)Ursache des Erfolges gewesen sein, muss ihn tatsächlich mitbewirkt haben und darf nicht nur eine im Einzelfall nicht wegdenkbare zufällige Randbedingung gewesen sein.

Ob die versicherte Verrichtung eine (Wirk-)Ursache für die festgestellte Einwirkung und die Einwirkung eine (Wirk-)Ursache für den Gesundheitserstschaden (oder den Tod) war, ist eine rein tatsächliche Frage. Sie muss aus der nachträglichen Sicht ("ex post") nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen, gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten, beantwortet werden (vgl. dazu BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 61 ff.).

Eine Verrichtung ist jedes konkrete Handeln von Verletzten, das objektiv seiner Art nach von Dritten beobachtbar und subjektiv, also jedenfalls in laienhafter Sicht, zumindest auch auf die Erfüllung des Tatbestandes der jeweiligen versicherten Tätigkeit ausgerichtet ist. Als objektives Handeln der Verletzten kann es erste Ursache einer objektiven Verursachungskette sein. Diese kann über die Einwirkung auf den Körper, über Gesundheitserstschäden oder den Tod hinaus bis zu unmittelbaren oder im Sinne von [§ 11 SGB VII](#), der für die zweite Prüfungsstufe andere Zurechnungsgründe als die Wesentlichkeit regelt, mittelbaren Unfallfolgen sowie auch zur MdE reichen, derentwegen das SGB VII mit der Rente ein Leistungsrecht vorsieht (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 31).

Erst wenn die Verrichtung, die möglicherweise dadurch verursachte Einwirkung und der möglicherweise dadurch verursachte Erstschaten festgestellt sind, kann und darf auf der ersten Prüfungsstufe der Zurechnung, also der objektiven Verursachung, über die tatsächliche Kausalitätsbeziehung zwischen der Verrichtung und der Einwirkung mit dem richterlichen Überzeugungsgrad mindestens der Wahrscheinlichkeit entschieden werden. Es geht hierbei ausschließlich um die rein tatsächliche Frage, ob und gegebenenfalls mit welchem Mitwirkungsanteil die versicherte Verrichtung, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, eine (Wirk-)Ursache der von außen kommenden, zeitlich begrenzten Einwirkung auf den Körper von Versicherten war (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 32).

Zweitens muss der letztlich durch die versicherte Verrichtung mitbewirkte Schaden rechtlich auch unter Würdigung unversicherter Mitursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich der begründeten Versicherung fallenden Gefahr, eines dort versicherten Risikos, zu bewerten sein. Denn der Versicherungsschutz greift nur ein, wenn sich ein Risiko verwirklicht hat, gegen das die jeweils begründete Versicherung Schutz gewähren soll (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 33).

Wird auf der ersten Stufe die objektive (Mit-)Verursachung bejaht, indiziert dies in keiner Weise die auf der zweiten Stufe der Zurechnung rechtlich zu gebende Antwort auf die Rechtsfrage, ob die Mitverursachung der Einwirkung durch die versicherte Verrichtung unfallversicherungsrechtlich rechtserheblich, also wesentlich, war. Denn die unfallversicherungsrechtliche Wesentlichkeit der (Wirk-)Ursächlichkeit der versicherten Verrichtung für die Einwirkung muss eigenständig rechtlich nach Maßgabe des Schutzzweckes der jeweils begründeten Versicherung beurteilt werden (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 34). Sie setzt rechtlich voraus, dass der Schutzbereich und der Schutzzweck der jeweiligen durch die versicherte Verrichtung begründeten Versicherung durch juristische Auslegung des Versicherungstatbestandes nach den anerkannten Auslegungsmethoden erkannt werden. Insbesondere ist festzuhalten, ob und wie weit der Versicherungstatbestand gegen Gefahren aus von ihm versicherten Tätigkeiten schützen soll (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 16/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 2 Nr. 21, Rz. 21 ff.). Nur wenn beide Zurechnungskriterien bejaht sind, erweist sich die versicherte Verrichtung als wesentliche Ursache (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 37).

Diese Voraussetzungen müssen für jeden einzelnen Gesundheitserstschaden erfüllt sein. Ein solcher ist jeder abgrenzbare Gesundheitsschaden, der unmittelbar durch eine versicherte Einwirkung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde, die durch ein- und dieselbe versicherte Verrichtung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde. Es handelt sich also um die ersten voneinander medizinisch abgrenzbaren Gesundheitsschäden, die infolge ein- und derselben versicherten Verrichtung eintreten (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, juris, Rz. 39).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweismwürdigung bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, die solche Gesundheitsschäden erfüllen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge zwischen der versicherten Einwirkung und einem Gesundheitserstschaden sowie zwischen einem Gesundheitserst- und einem Gesundheitsfolgeschaden der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteile vom 2. April 2009 - [B 2 U 29/07 R](#) -, juris, Rz. 16 und 31. Januar 2012 - [B 2 U 2/11 R](#) -, juris, Rz. 17).

Das Bestehen einer Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens muss ausgehend von konkreten Funktionseinbußen beurteilt werden. Soweit die MdE sich nicht ausnahmsweise unmittelbar aus den Unfallfolgen erschließt, bilden festgestellte und eindeutig nach gängigen Diagnosesystemen (z. B. ICD-10, DSM-IV) konkret zu bezeichnende Krankheiten (vgl. BSG, Urteile vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, [BSGE 96, 196](#) (203) und vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 31/11 R](#) -, juris, Rz. 18; Urteile des Senats vom 26. November 2015 - [L 6 U 50/15](#) -, juris, Rz. 48 m. w. N. und vom 17. März 2016 - [L 6 U 4796/13](#) -, juris, Rz. 37) die Tatsachengrundlage, von der ausgehend die Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Leistungsvermögens auf dem Gebiet des gesamten Erwerbslebens zu beurteilen ist (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 - [B 2 U 5/10 R](#) -, juris, Rz. 17 m. w. N.).



Nach den aufgezeigten Maßstäben haben die Folgen des Arbeitsunfalls vom 12. März 2010 über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus zu keiner MdE im messbaren Bereich geführt, nachdem es hierdurch einzig zu einer Distorsion des rechten Schultergelenkes gekommen ist, welche spätestens drei Monate nach der Gewalteinwirkung abgeheilt war.

Der Kläger hat eine nach [§ 2 Abs. 1 Nr. 12 SGB VII](#) versicherte Tätigkeit ausgeübt, als er am 12. März 2010 an der Alarmübung der Freiwilligen Feuerwehr H. am N., Abteilung G., einer öffentlichen Einrichtung der Stadt H. am N. (§ 1 Feuerwehrgesetz - FWG - i. d. F. vom 2. März 2010, GBl. S. 333) teilnahm und hierbei die Tragkraftspritze des Modells TS 8/8 ankurbelte. Nach dieser Norm sind Personen, die in Unternehmen zur Hilfe bei Unglücksfällen oder im Zivilschutz unentgeltlich, insbesondere ehrenamtlich tätig sind oder an Ausbildungsveranstaltungen dieser Unternehmen einschließlich der satzungsmäßigen Veranstaltungen, die der Nachwuchsförderung dienen, teilnehmen, kraft Gesetzes versichert. Der Kläger war zum Zeitpunkt des Unfallereignisses bei der Freiwilligen Feuerwehr, also in einem Unternehmen zur Hilfe bei Unglücksfällen, ehrenamtlich tätig, wobei dieser Begriff nicht im handelsrechtlichen oder bürgerlich-rechtlichen Sinn zu sehen ist, sondern im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung eigenständige Bedeutung hat (vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 1974 - [8/2 RU 39/72](#) -, [BSGE 38, 21](#) (26) zur damals gültigen Fassung des § 539 Abs. 1 Nr. 8 Reichsversicherungsordnung - RVO). Für den Versicherungsschutz spielt es keine Rolle, in welcher Rechtsform das Unternehmen betrieben wird (vgl. Richter, in: Becker/Franke/Molkentin, Kommentar zum SGB VII, 4. Aufl. 2014, § 2 Rz. 116). Vom Versicherungsschutz umfasst sind auch Übungen (Kruschinsky, in: Krasney/Becker/Burchardt/Kruschinsky/Heinz/Bieresborn, Kommentar zum SGB VII, Stand: Mai 2010, § 2 Rz. 611). Für diese Versicherten ist die Beklagte nach [§ 128 Abs. 1 Nr. 6 SGB VII](#) die verbandszuständige Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung, deren Aufgabenkreis sich insoweit deklaratorisch auch aus § 4 Nr. 8 ihrer derzeit gültigen Satzung vom 8. Juli 2003 ergibt.

Der am 12. März 2010 erlittene Arbeitsunfall hat nur zu einer Distorsion des rechten Schultergelenkes geführt, welche spätestens Anfang Juni in diesem Jahr ausgeheilt war. Sonstige Gesundheitsstörungen sind nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen.

Es steht für den Senat nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, also im Vollbeweis, fest, unterstellt der Unfallhergang hat sich so zugetragen, wie ihn der Kläger zuletzt gegenüber dem Sachverständigen Prof. Dr. L. konkretisierend kund tat, dass durch den Rückschlag der von ihm mit der rechten Hand festgehaltenen Kurbel der am 12. März 2010 eingesetzten Tragkraftspritze, wobei der rechte Arm nach unten gezogen wurde, eine Einwirkung auf den rechten oberen oder unteren Schultergürtelmuskel, also die Supraspinatus- oder Infraspinatussehne der Rotatorenmanschette erfolgte. Bislang wurden zwar keine experimentellen Untersuchungen zu den tatsächlichen Ereignisabläufen bei Verletzungen der Rotatorenmanschette durchgeführt, worauf Prof. Dr. L. hingewiesen hat. Aufgrund seiner weiteren schlüssigen Ausführungen gehören nach Fallbeobachtungen und aufgrund biomechanischer Untersuchungen zu den anerkannten geeigneten Abläufen für eine kritische Überdehnung und Zerreißung der oberen Anteile der Rotatorenmanschette indes nur der Sturz auf den im Reflex nach hinten oder seitlich ausgestreckten Arm oder Ellenbogen, die Beschleunigung des Körpers beim Fallen, wenn sich der Betroffene dabei festhält und der Arm dadurch forciert nach außen gedreht wird, die Traktion des Armes beim ungeplanten Auffangen eines schweren fallenden Gegenstandes sowie der Einzug des Armes in eine laufende Maschine (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 429). Ein solcher Geschehenshergang stellt das Ziehen des Armes nach unten nicht dar, was Dr. G., Prof. Dr. L. und Dr. M. übersehen haben, welche, ohne dies näher herzuleiten, einen geeigneten Unfallablauf angenommen haben. Prof. Dr. L. hat zudem nachvollziehbar herausgestellt, dass ob der vorangegangenen aktiv kontrollierten Bewegung beim Ankurbeln der Tragkraftspritze eine Kontinuitätsunterbrechung von Sehnen der Rotatorenmanschette allein durch den Rückschlag nicht eintreten kann, was ebenfalls bereits gegen eine stattgehabte Einwirkung spricht.

Selbst wenn eine - versicherte - Einwirkung auf die Supraspinatus- und Infraspinatussehne unterstellt wird, ist ein Ursachenzusammenhang mit deren Ruptur, wie sie erstmals Dr. G. nach der Arthroskopie am 7. März 2012 diagnostiziert hat, nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit gegeben. Unter Berücksichtigung insbesondere der Vorgeschichte, des Primärbefundes und des Heilverlaufes sprechen deutlich mehr Gesichtspunkte gegen einen solchen, wie Prof. Dr. L. überzeugend herausgearbeitet hat. Soweit sich der Kläger diesem gegenüber dahingehend einließ, in der rechten Schulter habe er vor dem streitgegenständlichen Ereignis keinerlei Beschwerden gehabt, ist dies widerlegt, wobei dahinstehen kann, ob er bewusst die Unwahrheit sagte oder sich dieses Umstandes bei der gutachtlichen Untersuchung bei ihm lediglich nicht erinnerte. Er selbst teilte der Beklagten im März 2012 mit, dass er 2008 wegen eines Impingementsyndroms, also einer schmerzhaften Einklemmung von Sehnen oder Gelenkkapselanteilen innerhalb eines Gelenkspaltes, behandelt wurde. Ausweislich der von der Beklagten beigezogenen Berichte von Dr. de J. und Dr. Sch. wurde eine solche Gesundheitsstörung von diesen im Herbst 2007 und Frühjahr 2008 diagnostiziert. Prof. Dr. L. hat in seinem im Wege des Urkundenbeweises ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 415 ff. Zivilprozessordnung - ZPO](#)) verwerteten Gutachten insoweit schlüssig dargestellt, dass 2007 eine orthopädische Untersuchung und Behandlung notwendig und der sonographische Nachweis einer Tendinitis der Rotatorenmanschette erbracht wurde. Dadurch ist die Behauptung von Dr. G. in seiner ebenfalls im Wege des Urkundenbeweises herangezogenen Expertise widerlegt, die 2007 angegebenen Schmerzsymptomatik im Bereich der rechten Schulter sei nicht ausreichend diagnostiziert worden. Der Kläger hat zwar weiter angeführt, sich am Folgetag des streitgegenständlichen Ereignisses im Krankenhaus in H. an N. vorgestellt zu haben. Der Arm sei blau und geschwollen gewesen. Hierüber liegen jedoch keine medizinischen Dokumente vor, so dass solche Begleiterscheinungen nicht objektiviert sind. Dr. B., welchen der Kläger als ersten Arzt nach dem Unfallereignis aufgesucht hatte, hat solche nicht bestätigt. Auf telefonische Nachfrage der Beklagte teilte er im März 2012 mit, dass sich dieser am 14. März 2010 in der Notfallambulanz vorgestellt hatte. Er diagnostizierte eine Distorsion der Schulter. Weitere Befunde wurden nicht erhoben. Er gab ihm einen gelben Überweisungsschein zur Weiterbehandlung für den Notarzt mit. Bei der Vorstellung in der Notfallambulanz handelte es sich um eine Akutintervention. Weitere Untersuchungen oder ausführliche Befunderhebungen wurden dort nicht durchgeführt. Während des erstinstanzlichen Verfahrens fand Dr. B. im Herbst 2015 über den Kläger keinen Eintrag in seiner Praxiskartei und konnte sich auch sonst nicht mehr an ihn erinnern, was der Senat seiner Auskunft gegenüber dem SG entnommen hat. Nach seiner Darlegung existiert die Notfallpraxis in H. am N., welche der Kläger aufgesucht haben will, nicht mehr. Wo die früheren Unterlagen hingekommen sind, ist ihm nicht bekannt gewesen. Sein Hausarzt Dr. Sch., welchen er nach eigener Darlegung nach ein paar Tagen nach dem Unfall aufsuchte, verordnete ihm lediglich Krankengymnastik. Dieser konnte sich auf telefonische Nachfrage der Beklagten im Mai 2012 auch nur an eine ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für die Zeit vom 18. bis 24. Oktober 2010 wegen eines Ergusses am Kniegelenk erinnern. Überdies hat kein erhebliches Verletzungsbild nach dem Unfallereignis bestanden. Bei der Erstvorstellung im Krankenhaus in H. am N. ist jedenfalls keine weitere Abklärung in Form einer Kernspintomographie, welche Sehnenverletzungen hätten belegen können (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 434), veranlasst worden. Der Umstand, dass der Kläger in seinem Beruf als Kraftfahrer nach der Verletzung und bis zum arthroskopischen Eingriff Anfang März 2012 nicht arbeitsunfähig war, spricht ebenfalls gegen eine traumatischen Zerreißung der Rotatorenmanschette. In dieser Situation wären weder das Führen eines Lkw noch die Auslieferung von Getränkekisten

möglich gewesen, wie Prof. Dr. L. anschaulich beschrieben hat. Der Kläger war in dieser Zeit sogar noch in der Lage, Bierfässer, CO<sub>2</sub>-Flaschen, Gläser, Körbe sowie Festplatzgarnituren und -inventar zu heben und zu tragen. Diese Gegenstände wogen zwischen 20 und 60 kg. Hilfsmittel wie ein Hubwagen oder ein Stapelkarren konnten wegen der verschiedenen örtlichen Gegebenheiten zudem nicht immer eingesetzt werden. Den Tätigkeitsinhalt hat der Senat der Auskunft der Arbeitgeberin von März 2013 entnommen. Dr. M. hat in seiner beratungssärztlichen Stellungnahme in Bezug darauf einleuchtend dargelegt, dass ein fortgesetztes Arbeiten bei einer akut traumatischen Ruptur von zwei Sehnen der Rotatorenmanschette nur schwer vorstellbar ist, da die Rekrutierung der Ersatzmuskulatur längere Zeit in Anspruch nimmt. Vielmehr wäre im Falle einer großen, akut traumatischen Sehnenruptur eine Pseudoparalyse des betroffenen Armes zu erwarten gewesen, welche das Anheben von schwereren Gegenständen über die Horizontale, wozu Verladetätigkeiten zählten, zumindest die ersten Wochen nach dem Rupturereignis unmöglich machte. Im Übrigen lassen weder die MRT noch der Operationsbefund, welche zwei Jahre nach dem Ereignis angefertigt beziehungsweise erhoben wurden, Rückschlüsse auf den Zeitpunkt der Läsion der Rotatorenmanschette zu (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 435). Da es nach der kernspintomographischen Untersuchung allerdings noch nicht zu fortgeschrittenen Rückbildungsveränderungen der Muskelbäuche gekommen war, ist anzunehmen, dass die Kontinuitätsunterbrechung auf dem Boden degenerativer Veränderungen irgendwann im Zeitraum zwischen der Gewalteinwirkung und der Durchführung der Untersuchung eingetreten ist, keinesfalls aber im Zeitpunkt des Unfallereignisses vom 12. März 2010. Gegen einen Ursachenzusammenhang ist weiter anzuführen, dass der Kläger über etliche Monate hinweg Beschwerden in Form von Schmerzen hatte, was auf eine beginnende nicht versicherte degenerative Schädigung der Rotatorenmanschette hindeutet (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 435). Den anhaltenden Schmerzzustand hat der Senat daraus abgeleitet, dass ihm von seinem Hausarzt Dr. Sch. in den Wochen und Monaten nach dem streitgegenständlichen Versicherungsfall Schmerzmittel verordnet wurden. Entsprechend hat er sich gegenüber Prof. Dr. L. eingelassen. In der Zusammenschau aller Gesichtspunkte ist Prof. Dr. L. ebenfalls davon ausgegangen, dass überwiegend degenerative Veränderungen die Verletzung der Rotatorenmanschette ausgelöst hatten und kein ursächlicher Zusammenhang zum Unfallereignis von März 2010 besteht. Demgegenüber hat Dr. G., welcher die Kausalität bejaht hat, vor allem nicht berücksichtigt, dass bereits vor dem streitgegenständlichen Unfallereignis Beschwerden im Bereich der rechten Schulter dokumentiert sind. Entgegen seiner Annahme ist die wiederholte Vorstellung wegen Schulterbeschwerden auch nicht als altersgemäßer Normalzustand zu interpretieren. Weiter hat er außen vor gelassen, dass ein Primärbefund, nach dem die Verletzungsschwere hätte beurteilt werden können, nicht objektiviert ist. Ihm ist der Senat aus diesen Gründen nicht gefolgt, zumal er sich im Wesentlichen auf die Literatur von L. et al. gestützt hat, welcher als Sachverständiger in diesem Verfahren demgegenüber nachvollziehbar zu einem anderen Ergebnis als er gekommen ist.

Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hat sich der Kläger am Unfalltag folglich lediglich eine Distorsion der rechten Schulter zugezogen, ohne dass es zu einer relevanten strukturellen Schädigung gekommen ist. Diese Folge war spätestens drei Monate nach der Gewalteinwirkung abgeheilt, wie Prof. Dr. L. aus medizinischer Sicht nachvollziehbar eingeschätzt hat. Weitere damit einhergehende Funktionsstörungen sind nicht belegt. Eine rentenberechtigende MdE ist damit selbst für einen Stützrententatbestand nicht erreicht, ohne dass es darauf ankommt, ob der Kläger überhaupt einen weiteren Unfall oder sonstigen Entschädigungsfall erlitten hat, welcher die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindert ([§ 56 Abs. 1 Satz 2](#), 3 und 4 SGB VII).

Und selbst wenn die Ruptur der Supraspinatus- und Infraspinatussehne rechts Unfallfolge wäre, erreichten die damit verbundenen und sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirkenden Funktionseinschränkungen, anders als von Dr. G. eingeschätzt, keine MdE von wenigstens 10 v. H. Wegen der vielfältigen dreidimensionalen Bewegungseinschränkung ist in Bezug auf die Schultergelenke die Vorhebung als Hauptkriterium zu werten, wobei daneben auch die Beweglichkeit des Armes beim Seitwärtsdrehen, die Drehbeweglichkeit des angelegten Oberarmes nach ein- und auswärts, die Ausführung von Hinterhaupt-, Nacken- und Schürzengriff, die Umfangmaße des Armes sowie die Ausbildung der Schultermuskulatur, insbesondere, wenn die Einsetzbarkeit des Armes unterhalb der Horizontalen noch gut ist (beim Impingement beginnt der schmerzhafte Bogen ab etwa 80°), Bedeutung haben. Stärkere schmerzhafte Funktionseinschränkungen führen zu einer Verschmächtigung der Muskulatur der betroffenen oberen Organe, zumindest der Schultermuskulatur. Der Raum zwischen der unbedeutenden Funktionsstörung der Verletzung und der Vorhebungsbeeinträchtigung bei einer operativen Schulterversteifung wird zwischen einer MdE unter 10 bis 30 v. H. gegliedert. Für eine Bewegungseinschränkung vorwärts/seitwärts bis 90°, bei freier Rotation, wird eine MdE von 20 v. H. als angemessen angesehen, für vorwärts/seitwärts bis 120° eine solche von 10 v. H. Eine konzentrische Bewegungseinschränkung um die Hälfte bedingt demgegenüber eine MdE von 25 v. H. (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 436, 560).

Nach diesen Maßstäben wäre keine MdE von 10 v. H. erreicht. Bei der gezielten gutachtlichen Untersuchung durch Prof. Dr. L. ließ sich keine die Erwerbsfähigkeit einschränkende Bewegungsstörung objektivieren. Der Wert für die aktive Vorwärtshebung des rechten Armes von 100° hat sich durch die passive Bewegungsprüfung, welche der Plausibilität dient, nicht bestätigen lassen. Hierbei konnte die rechte obere Extremität bis 170° angehoben werden. Es kam zum muskulären Gegenspannen, wodurch hinreichend belegt ist, dass der Kläger insoweit allenfalls an einer leichtgradigen Bewegungseinschränkung leidet. Vergleichbares gilt für die Beweglichkeit beim Seitwärtsdrehen und die Drehbeweglichkeit des angelegten Oberarmes nach ein- und auswärts. Das An- und Abspreizen wurde mit 20-0-90° sowie das Außen- und Innendrehen bei anliegendem Oberarm mit 0-0-80° demonstriert. Passiv waren Bewegungsausmaße bis 30-0-170° und 60-0-90° möglich. Bei reizloser Narbenbildung nach dem arthroskopischen Eingriff im Frühjahr 2012 wäre trotz der leichten Muskelminderung, welche sich lediglich 15 cm oberhalb des äußeren Oberarmknorrens mit einer Seitendifferenz von 3 cm nicht mehr normgerecht zeigte, und der leichtgradigen Kraftminderung noch keine MdE von 10 v. H. erreicht. In Bezug auf die Muskelminderung geht der Senat zugunsten des Klägers davon aus, dass Prof. Dr. L. die Umfangmaße der oberen Extremität in seinem Gutachten seitenverkehrt dargestellt hat. Über das übliche Maß hinausgehende Schmerzen mit Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit sind nicht belegt. Üblicherweise mit den organischen Gesundheitsstörungen verbundene Schmerzen sind indes bereits in den MdE-Richtwerten berücksichtigt (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 244).

Aus den bereits dargelegten Gründen ist die Ruptur der Supraspinatus- und Infraspinatussehne rechts keine Folge des Arbeitsunfalls vom 12. März 2010, weshalb der Kläger in Bezug darauf keine behördliche Feststellung gemäß [§ 102 SGB VII](#) beanspruchen kann (vgl. BSG, Urteil vom 5. Juli 2011 - [B 2 U 17/10 R](#) -, [BSGE 108, 274](#) (277)).

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).



Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-09-09