
S 1 U 518/14

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	17
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 1 U 518/14
Datum	13.07.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 17 U 570/17
Datum	09.05.2018

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Detmold vom 13.07.2017 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin Anspruch auf die Gewährung von Verletztenrente aufgrund eines am 11.07.2012 erlittenen Arbeitsunfalls hat.

Die am 00.00.1967 geborene Klägerin ist am 11.07.2012 während ihrer Tätigkeit als Arbeiterin mit einem Fuß in einem Verpackungsband hängen geblieben und auf die Arme gestürzt. Der Durchgangsarzt Prof. Dr. X aus I diagnostizierte am Unfalltag eine Radiusköpfchenfraktur rechts, mäßig disloziert. Die Fraktur wurde konservativ behandelt.

Am 05.09.2012 erfolgte eine kernspintomographische Untersuchung des rechten Ellenbogengelenks, der Radiologe Dr. G sah eine leichtgradige Fehlstellung bei stattgehabter Radiusköpfchenfraktur mit geringer Einsenkung der Gelenkfläche um 1 bis 2 mm. Der Durchgangsarzt L aus Bad T äußerte unter dem 06.09.2012 den

Verdacht auf ein CRPS (Complex regional pain syndrome, komplexes regionales Schmerzsyndrom) Typ I. Am 01.10.2012 stellte sich die Klägerin im Klinikum N in der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, spezielle Unfallchirurgie, Prof. Dr. A/Dr. T vor, welche eine Posttraumatische Bewegungseinschränkung des Ellenbogengelenks rechts bei Zustand nach Mason II-Fraktur des Radiusköpfchens diagnostizierten. In der klinischen Untersuchung zeigte sich die Beweglichkeit sowohl des Handgelenks als auch der Schulter auf der rechten Seite frei, der rechte Ellenbogen wies eine Beweglichkeit von Extension/Flexion 0-20-95°, Pronation/Supination 90-0-70° auf.

Aufgrund von Beschwerdeangaben der Klägerin erfolgte am 21.11.2012 eine Kernspintomographie des rechten Schultergelenks zum Ausschluss einer posttraumatischen Begleitverletzung. Der Radiologe Dr. T2 sah das "Bild einer aktivierten AC-Gelenkarthrose mit beginnender Einengung des subacromialen Raumes. Angedeutet hakenförmig verlaufendes Acromion. Bild einer milden Bursitis subacromial. Milde tendinopathische Veränderungen der distalen Supraspinatussehne. Ansonsten keine Auffälligkeiten." Am 31.01.2013 erfolgte eine kernspintomographische Untersuchung des rechten Handgelenks. Der Radiologe Dr. G sah "keine Hinweise auf eine Essex-Lopresti-Verletzung. Unspezifisches Kapselödem über der proximalen Karpalreihe dorsalseitig. Unspezifische, geringe Knochenmarködemezone [...], dies könnte, wie der klinische Eindruck, zu einem CRPS I passen. Nebenbefundlich kleines intraossäres Ganglion im Lunatum mit Deformierung der Knochenoberfläche."

Der Durchgangsarzt L sah am 04.02.2013 im Rahmen einer Nachuntersuchung einen Befund "wie ein CRPS Typ I". In einem Bericht vom 09.02.2013 schloss Dr. S, Chefarzt der Unfallchirurgischen Klinik des Klinikums Bielefeld, das Vorliegen eines CRPS aus. Die Beweglichkeit des rechten Ellenbogens sei annähernd frei. Die AC-Gelenkarthrose mit osteophytären Ausziehungen nach subacromial sei nicht auf einen einmaligen Sturz auf den rechten Arm zurückzuführen. Die Bursitis subacromialis sei durch die Einengung des Subacromialraumes durch den caudal gerichteten Osteophyten mitverursacht.

Der Chirurg Dr. U erstellte unter dem 22.04.2013 nach Untersuchung der Klägerin am 11.04.2013 ein Gutachten zur Zusammenhangsfrage. Er führte aus, als Unfallfolge liege eine geringgradige Bewegungseinschränkung des rechten Armes im Ellbogengelenk vor sowie radiologische Veränderungen desselben. Unfallunabhängig bestünden Bewegungseinschränkungen des rechten Armes im Schultergelenk und im Bereich des rechten Handgelenks. Eine messbare Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) liege nicht vor.

Am 30.07.2013 wurde die Klägerin erneut durch Dr. X1, Chefarzt des Fachbereichs Unfallchirurgie der N Klinik am C, Bad T untersucht. Dieser sah ein CRPS I als gegeben an. Erschwerend habe sich auch eine ipsilaterale sekundäre Schultersteife entwickelt.

Die Klägerin stellte sich zur Heilverfahrenskontrolle im Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikum C C, Prof. Dr. T1 vor und wurde in der chirurgischen Klinik des

C vom 14.10.-23.10.2013 stationär behandelt. Vom 20.11.-04.12.2013 wurde sie in der Abteilung Schmerzmedizin des Universitätsklinikums C C, Chefarzt Prof. Dr. N, stationär behandelt. Diagnostiziert wurde ein posttraumatischer Schmerz nach Radiusköpfchenfraktur rechts, ein myofaszialer Schmerz bei AC Gelenkarthrose rechts, ein CRPS wurde ausgeschlossen.

Mit Bescheid vom 09.12.2013 stellte die Beklagte das Verletztengeld zum 07.01.2014 ein.

Die Beklagte nahm weitere Berichte der die Klägerin behandelnden Ärzte zu den Akten und veranlasste Begutachtungen der Klägerin durch den Chirurgen Prof. Dr. T1 sowie durch den Neurologen Prof. Dr. U. Prof. Dr. T1 kam in seinem Gutachten vom 23.04.2014, erstellt nach klinischer und radiologischer Untersuchung der Klägerin am 27.01.2014, zu dem Ergebnis, bei der Klägerin lägen die folgenden Unfallfolgen vor: "Verheilte Radiusköpfchenfraktur, Bewegungseinschränkung im Bereich des rechten Ellenbogengelenkes, Schwellneigung im Bereich des rechten Armes, Druckschmerzen im Bereich des rechten Armes, radiologische Veränderungen." Die unfallbedingte MdE sei mit 10 v.H. zu bewerten.

Prof. Dr. U kam in seinem Gutachten vom 30.07.2014, erstellt nach klinisch-neurologischer Untersuchung und elektrophysiologischer Zusatzbegutachtung am 17.04.2014, zu dem Ergebnis, auf neurologischem Fachgebiet lägen keine Unfallfolgen und daher auch keine unfallbedingte MdE vor. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 11.09.2014 vertrat Prof. Dr. T1 die Auffassung, die unfallbedingte MdE sei insgesamt mit 10 v.H. zu bewerten.

In einem Bericht vom 29.08.2014 teilte Prof. Dr. T1 ferner mit, im Rahmen einer stationären Behandlung sei ein postthrombotisches Syndrom ausgeschlossen worden, eine kardiologische Abklärung habe keinen pathologischen Befund ergeben.

Mit Bescheid vom 16.09.2014 lehnte die Beklagte die Gewährung von Rente wegen des Arbeitsunfalls vom 11.07.2012 gestützt auf das Ergebnis der Gutachten von Prof. Dr. T1 und Prof. Dr. U ab. Als Unfallfolge erkannte sie an: Bewegungseinschränkung im rechten Ellenbogengelenk; Belastungsbeschwerden im Bereich des rechten Ellenbogengelenks mit Schwellneigung; röntgenologisch nachweisbare Veränderungen im rechten Ellenbogengelenk nach Radiusköpfchenfraktur rechts. Nicht als Unfallfolgen anerkannt wurden: aktivierte Schulterergelenksarthrose mit beginnender Einengung des subacromialen Raumes rechts, Bewegungseinschränkung der rechten Schulter, leichte Verbiegung der Brustwirbelsäule mit daraus resultierender Schiefhaltung, Instabilitäten im Beckenbereich, Beschwerden im Bereich des Brustbeins, Schluckstörung.

Der hiergegen eingelegte, auf den 30.09.2014 datierende Widerspruch, mit welchem die Klägerin geltend machte, es seien nicht alle Unfallfolgen berücksichtigt, wurde mit Widerspruchsbescheid vom 17.12.2014 als unbegründet zurückgewiesen. Die im Bereich der rechten Schulter geklagten Beschwerden seien nach den Feststellungen des Prof. Dr. T1, Prof. Dr. A, Dr. S und Dr. U eindeutig

unfallunabhängiger Natur, die MdE mit 10 v.H. zutreffend eingeschätzt.

Hiergegen hat die Klägerin am 22.12.2014 Klage vor dem Sozialgericht Detmold (SG) erhoben. Aufgrund der Unfallfolgen könne sie mit der rechten Hand nichts mehr greifen und festhalten, der ganze Arm könne zur körperlichen Arbeit nicht mehr eingesetzt werden.

Das SG hat dem schriftsätzlichen Vorbringen der Klägerin sinngemäß den Antrag entnommen,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 16.09.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.12.2014 zu verurteilen, ihr Rente nach einer MdE von mindestens 50 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte hat sich auf die eingeholten Gutachten von Prof. Dr. T1 und Prof. Dr. U bezogen.

Das SG hat Beweis erhoben durch die Einholung von Gutachten von dem Neurologen und Psychiater Gerhardt und von dem Orthopäden Dr. P sowie auf Antrag der Klägerin durch die Einholung eines Gutachtens nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) von dem Unfallchirurgen Dr. C.

Herr H hat in seinem Gutachten vom 12.02.2016, erstellt nach Untersuchung der Klägerin am 20.01.2016, keine Folgen des Unfallereignisses vom 11.07.2012 feststellen können. Bei der Klägerin ergebe sich das Bild einer psychogenen Funktionsstörung des rechten Arms bei Rechtshändigkeit unter Betonung des rechten Schultergelenks. Im Rahmen der Untersuchung habe nicht eindeutig geklärt werden können, ob es sich primär um eine pointierte Darstellung im Rahmen einer auch so artikulierten Begehrenshaltung handele oder um eine echte psychosomatische Erkrankung, möglicherweise auch vor dem Hintergrund einer tiefgreifenden psychiatrischen Erkrankung.

Dr. P hat in seinem Gutachten vom 22.03.2016, erstellt nach Untersuchung der Klägerin am 11.12.2015, unfallabhängig eine Bewegungseinschränkung im rechten Ellenbogengelenk, Belastungsbeschwerden im Bereich des rechten Ellenbogengelenks mit Schwellneigung, röntgenologisch nachweisbare Veränderungen im rechten Ellenbogengelenk nach Radiusköpfchenfraktur rechts festgestellt. Unfallunabhängig bestehe eine aktivierte Schultergelenksarthrose rechts mit beginnender Einengung des subacromialen Raumes, eine Bewegungseinschränkung der rechten Schulter, eine leichte Verbiegung der Brustwirbelsäule mit daraus resultierender Schiefhaltung, Instabilitäten im Beckenbereich, Beschwerden im Bereich des Brustbeins, Schluckstörung. Die Unfallfolgen seien ohne wesentliche funktionelle Einschränkung des rechten Ellenbogengelenkes ausgeheilt, bei regulären Gelenkkonturen liege ein diffuser

Druckschmerz der Epikondylen vor, das Speichenköpfchen sei nicht druckempfindlich. Bei stabiler Kapsel-Bandführung bestehe ein Streckdefizit von 10°, die Beugefähigkeit sei mit 110° leichtgradig beeinträchtigt, die Unterarmdrehung sei nicht eingeschränkt. Klinisch lägen keine Hinweise auf ein abgelaufenes CRPS vor. Nativradiologisch zeige sich eine in leichter Fehlstellung mit geringer Einsenkung der Gelenkfläche fest ausgeheilte Radiusköpfchenfraktur, Hinweise auf einen vorausgehenden Gelenkverschleiß lägen nicht vor. Die MdE sei mit 10 v.H. einzuschätzen.

Der auf Antrag der Klägerin gehörte Dr. C teilte in seinem Gutachten vom 11.05.2017, erstellt nach klinischer und radiologischer Untersuchung der Klägerin am 04.05.2017, mit, unfallabhängig bestehe eine Funktionsbehinderung des rechten Ellenbogengelenks (Bewegungsausmaße 0-15-100, Unterarmdrehung frei), angegebene Belastungs- und Bewegungsschmerzen im Bereich des rechten Ellenbogengelenks und diskrete radiologische Veränderungen des rechten Ellenbogengelenks nach konservativer Therapie einer Radiusköpfchenfraktur. Unfallunabhängig sei eine Funktionsstörung des rechten Schultergelenks bei nachgewiesener subacromialer Enge, nachgewiesener Schulterreckgelenksarthrose und Reizsyndrom der Sehnen der Rotatorenmanschette, ferner eine langstreckige Drehfehltstellung der BWS und ätiologisch nicht eindeutig zuzuordnende Beschwerden im Bereich des rechten Handgelenks und der rechten Hand gegeben. Die MdE sei mit 10 v.H. ab Ende der Verletztengeldzahlung zu bemessen.

Mit Gerichtsbescheid vom 13.07.2017 hat das SG nach Anhörung der Beteiligten die Klage abgewiesen. In der Begründung hat es festgestellt, dass es der Begründung des Bescheides vom 16.09.2014 sowie des Widerspruchsbescheides vom 17.12.2014 folgt und daher von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe absieht (vgl. [§ 136 Abs. 3 SGG](#)). Die angefochtene Verwaltungsentscheidung sei im Übrigen durch die vom Gericht eingeholten Gutachten der Sachverständigen Gerhardt, Dr. P und Dr. C in vollem Umfang bestätigt worden.

Gegen den ihr am 17.07.2017 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 28.07.2017 Berufung eingelegt, mit der sie ihr Begehren weiter verfolgt. Sie trägt vor, anlässlich einer Behandlung bei dem Orthopäden und Unfallchirurgen Emmanouilidis am 24.11.2017 seien Röntgenaufnahmen gefertigt worden, aus denen zu ersehen sei, dass zwischen dem Oberarmknochen und dem Schlüsselbein ein Abstand von etwa 5 mm bestehe. Dieser Zustand sei auf den Arbeitsunfall zurückzuführen und erkläre die Schmerzen der Klägerin. Sie könne den rechten Arm praktisch nicht mehr bewegen.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Detmold vom 13.07.2017 abzuändern und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 16.09.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.12.2014 zu verurteilen, ihr aus Anlass des Arbeitsunfalls vom 11.07.2012 Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 50 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält den Gerichtsbescheid für zutreffend.

Auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) hat Dr. C unter dem 24.01.2018 ergänzend gutachterlich Stellung genommen. Er hat nach Auswertung der neu vorgelegten Röntgenbilder ausgeführt, eine andere Beantwortung der Beweisfragen resultiere aus den vorgelegten Röntgenbildern definitiv nicht. Traumafolgen seien in den BWS-Aufnahmen nicht nachweisbar.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Gerichtsakten und die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen. Ihre Inhalte sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Abänderung des Bescheides vom 16.09.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.12.2014 sowie Gewährung einer Verletztenrente. Der angefochtene Bescheid entspricht der Sach- und Rechtslage und verletzt die Klägerin nicht gemäß [§ 54 Abs. 2 SGG](#) in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung.

Nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte Anspruch auf Rente, wenn ihre Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles – hier: eines Arbeitsunfalles – über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v.H. oder bei Vorliegen eines Stützrententatbestandes um 10 v.H. gemindert ist. Bei Verlust der Erwerbsfähigkeit wird Vollrente, bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit wird Teilrente geleistet. Sie wird in der Höhe des Vom-Hundert-Satzes der Vollrente festgesetzt, der dem Grad der MdE entspricht ([§ 56 Abs. 3 SGB VII](#)).

Eine Verletztenrente kann die Klägerin deshalb nicht beanspruchen, weil nach dem Gesamtergebnis der Ermittlungen im Gerichts- und Verwaltungsverfahren davon auszugehen ist, dass der unstreitig am 11.07.2012 stattgehabte Arbeitsunfall bei der Klägerin keine Gesundheitsstörungen hinterlassen hat, die ihre Erwerbsfähigkeit über die 26. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus in einem rentenberechtigenden Grade vermindern. Ein Stützrententatbestand besteht nicht, eine MdE von mindestens 20 v.H. liegt nicht vor.

Welche Unfallfolgen vorliegen und wie weit sie die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Versicherten beeinträchtigen und damit zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit führen, beurteilt sich in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet, wobei die Prüfung des Ursachenzusammenhangs nach der Theorie der wesentlichen Bedingung vorzunehmen ist. Bei der Überzeugungsbildung des

Tatsachengerichts genügt danach für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs der Beweisgrad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit. Dieser ist erfüllt, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht (vgl. nur BSG, Urteil vom 15.05.2012, [B 2 U 31/11 R](#), Rn. 34; zitiert nach juris). Beweisrechtlich ist außerdem zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Es gibt keine Beweisregel des Inhalts, dass bei fehlender Alternativursache das angeschuldigte Ereignis die Ursache ist oder dass 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 (BSG, Urteil vom 09.05.2006, [B 2 U 1/05 R](#), Rn. 20 – zitiert nach juris).

Unfallfolgen liegen bei der Klägerin nach dem Ergebnis der medizinischen Ermittlungen allein am rechten Ellenbogengelenk vor. Unfallbedingt bestehen hier nach Radiusköpfchenfraktur weiterhin eine Bewegungseinschränkung und Belastungsbeschwerden mit Schwellneigung sowie röntgenologisch nachweisbare Veränderungen. Nach übereinstimmender Auffassung der gerichtlich gehörten Sachverständigen Dr. P und Dr. C sowie des von der Beklagten eingeholten und vom Senat im Wege des Urkundsbeweises zu verwertenden Gutachtens des Prof. Dr. T1 bestehen hier nur geringe funktionelle Einschränkungen. Ausweislich des Gutachtens von Prof. Dr. T1 besteht bei der Klägerin eine Bewegungseinschränkung im rechten Ellenbogengelenk für Streckung und Beugung von 0-5-100, nach Dr. P von 0-10-110 und nach Dr. C von 0-15-100. Unter Berücksichtigung der einschlägigen unfallversicherungsrechtlichen Literatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 568) ist eine Bewegungseinschränkung des Ellenbogens von 0-30-120 bei freier Unterarmdrehung mit einer MdE von 10 v.H. zu bewerten, eine MdE von 20 v.H. besteht erst ab einer Bewegungseinschränkung von 0-30-90 (Streckung/Beugung). Das normale Bewegungsausmaß des Ellenbogens beträgt danach für die Beugung 145°, für die Streckung 0°, für die meisten Tätigkeiten des täglichen Lebens werden lediglich die Scharnierbewegungen zwischen 30° und 130° benützt, Streckdefizite behindern weniger als Beugedefizite (Schönberger et al, aaO., S. 567). Dies zugrunde gelegt, rechtfertigen die von den Sachverständigen erhobenen, oben dargelegten Funktionseinschränkungen bei der Klägerin nicht die Zuerkennung einer MdE von mindestens 20 v.H.

Weitere Unfallfolgen liegen nicht vor. Soweit ausweislich des Inhalts der Verwaltungsakte zwischenzeitlich der Verdacht auf das Vorliegen eines CRPS geäußert wurde, konnte dieses nach stationärer Behandlung der Klägerin in der Klinik für Schmerztherapie des Universitätsklinikums C C, Prof. Dr. N, ausdrücklich ausgeschlossen werden. Die geltend gemachten Gesundheitsstörungen und Funktionseinschränkungen der rechten Schulter sowie des Handgelenks der Klägerin sind nach den übereinstimmenden Aussagen der gehörten Sachverständigen Dr. P, Herrn H und Dr. C sowie der im Verwaltungsverfahren gehörten Prof. Dr. T1 und Dr. U, welche diese nach Untersuchung der Klägerin und in Auswertung der vorliegenden Ergebnisse der kernspintomographischen

Untersuchungen von Schulter und Handgelenk sowie der vorgelegten Röntgenaufnahmen getätigt haben, degenerativ und nicht unfallbedingt. Der Senat folgt insoweit den mit nachvollziehbarer Begründung getroffenen Feststellungen der gehörten Mediziner, welche dem Senat aus einer Vielzahl von Gerichtsverfahren als erfahrene Sachverständige auf dem Gebiet der gesetzlichen Unfallversicherung bekannt sind.

Unfallfolgen auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet konnten von den Sachverständigen nicht festgestellt werden, weitere Unfallfolgen auf anderen Fachgebieten sind ebenfalls nicht ersichtlich.

Die Entscheidung über die außergerichtlichen Kosten beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#).

Anlass, die Revision zuzulassen, bestand nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Erstellt am: 29.11.2018

Zuletzt verändert am: 29.11.2018