

L 8 U 1251/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 5158/10
Datum
30.01.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 1251/13
Datum
20.05.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 30.01.2013 abgeändert. Der Bescheid vom 11.03.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.09.2011 wird abgeändert und die Beklagte verurteilt, dem Kläger für die Zeit vom 10.01.2012 bis 31.08.2013 Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. und ab 01.09.2013 nach einer MdE um 25 v.H. zu zahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte hat außergerichtliche Kosten des Klägers für das Berufungsverfahren zu 3/4 und für das sozialgerichtliche Verfahren zu 1/4 zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist ein Anspruch des Klägers auf Verletztenrente ab dem 01.01.2009 insbesondere unter Anerkennung einer Fraktur im Bereich des rechten Ellenbogens als Folge des Arbeitsunfalls vom 11.01.2008 streitig.

Der 1958 geborene Kläger hatte sich bereits am 18.06.2003 eine Ellenbogenprellung und eine Schulterprellung rechts zugezogen, als er beim Absteigen von einer Leiter etwa 0,5 m abgerutscht und auf den rechten Ellenbogen und die rechte Schulter gefallen war.

Am 11.01.2008 stürzte der Kläger bei der Reparatur eines Garagentores im Rahmen seiner selbstständigen versicherten Tätigkeit von einer Leiter auf den Betonboden, wobei er mit dem Gesicht, dem Thorax sowie der rechten Schulter und den Knien aufkam. In der Unfallanzeige vom 18.01.2008 (Bl. 15 VA, 1. Band) führte der Kläger aus, er habe die Reparatur des Garagentores in ca. 4 Meter Höhe ausführen wollen, wobei die angelehnte Leiter vom Boden weggeglitten und er samt der Leiter aus ca. 3,50 Meter Höhe auf dem Betonboden abgestürzt sei. Als Erstdiagnosen wurden eine offene Unterlippenverletzung, eine Knieprellung beidseits, eine Humeruskopffraktur rechts und eine Gehirnerschütterung gestellt [Durchgangsarztbericht vom 14.01.2008, Bl. 1/2 der Verwaltungsakten (VA), 1. Band].

Vom 11.01.2008 bis 22.01.2008 wurde der Kläger im Kreiskrankenhaus C. stationär behandelt (Bericht vom 25.01.2008, Bl. 23/25 VA, 1. Band). Dabei wurde insbesondere die Humerusfraktur mittels Gilchristverband und konservativer Therapie versorgt.

Im Rahmen der Nachuntersuchung am 06.02.2008 beklagte der Kläger Schmerzen im Bereich des rechten Ellenbogens, wobei sich die Beweglichkeit eingeschränkt zeigte. Im Rahmen der durchgeführten Röntgenkontrolle wurde keine knöcherne Verletzung, aber eine leichte Ellenbogengelenksarthrose festgestellt (Zwischenbericht vom 11.02.2008, Bl. 27/28 VA, 1. Band).

Unter dem 22.08.2008 erstattete PD Dr. M. im Auftrag der Beklagten das erste Rentengutachten (Bl. 107/111 VA, 1. Band). Aufgrund der Untersuchung des Klägers am 20.08.2008 schätzte er die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bis auf weiteres auf 20 v.H., welche aus der Kombination der Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes und Ellenbogens sowie der Unfallfolgen an der linken Großzehe mit der Betroffenheit zweier Extremitäten resultiere.

Die Beklagte holte die beratungsärztliche Stellungnahme des Prof. Dr. Wo. vom 23.09.2008 (Bl. 117/118 VA, 1. Band) ein, der die Bewegungseinschränkung im rechten Ellenbogengelenk, die durch die Ruhigstellung durch den Gilchristverband zu erklären sei, als Folge des Unfalls vom 11.01.2008 ansah.

Mit Bescheid vom 26.09.2008 (Bl. 122/125 VA, 1. Band) gewährte die Beklagte dem Kläger eine Rente als vorläufige Entschädigung als Gesamtvergütung vom 21.07.2008 bis 31.12.2008 nach einer MdE um 20 v.H. Als Folge des Arbeitsunfalles wurden für den rechten Arm eine Bewegungseinschränkung im Schultergelenk nach einem in achsengerechter Stellung verheilten körpernen Oberarmkopfbuch, eine durch Ruhigstellung bedingte vorübergehende Bewegungseinschränkung im Ellenbogengelenk nach einer Verrenkung des Ellenbogengelenks und eine herabgesetzte Gebrauchsfähigkeit, reizlose Narbenbildung sowie medizinisch erklärbare subjektive Beschwerden anerkannt.

Nachdem im Rahmen der Untersuchung vom 09.02.2009 (Bericht der Kliniken C. vom 10.02.2009, Bl. 131/133 VA, 2. Band) eine auf 0/20/95° eingeschränkte Beweglichkeit für Streckung/Beugung des rechten Ellenbogengelenks bestand, holte die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme des Prof. Dr. Wo. vom 11.03.2009 (Bl. 140/142 VA, 2. Band) ein. Aus den Röntgenbildern vom 18.06.2003, 06.02.2008 und 20.08.2008 ergäben sich keine Hinweise auf eine erlittene Verletzung am Ellenbogengelenk vom 11.01.2008. Die bestehende Arthrose des Ellenbogengelenks könne nicht Folge des Unfalls vom 11.01.2008 sein. Die MdE schätzte er mit 10 v.H. ab 01.01.2009 ein.

Im Rahmen einer Vorstellung des Klägers am 14.10.2009 in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. wurde eine Processus coronoideus-Fraktur sowie eine knöchern konsolidierte proximale Ulnafraktur festgestellt.

Nach den Rentengutachten des Prof. Dr. We. vom 28.09.2009 in der überarbeiteten Fassung vom 30.06.2009 (Bl. 183/186 VA, 2. Band) und vom 11.11.2009 (Bl. 192/199 VA, 2. Band) sei ein endgültiger Beweis, ob die Verletzung des Ellenbogengelenks rechts auf den Unfall 2008 zurückzuführen sei, aufgrund der fehlenden Dokumentation und Bildgebung zum Ellenbogengelenk nicht zu führen; klinisch sei der Zusammenhang jedoch möglich und wahrscheinlich.

Der Beratungsarzt Dr. Gö. führte in der Stellungnahme vom 14.04.2010 (Bl. 49/50 VA, 3. Band) aus, ein rechtlich wesentlicher Zusammenhang der Veränderungen im Bereich des rechten Ellenbogens mit dem Unfallereignis vom 11.01.2008 bzw. mit der angeschuldigten Ruhigstellung des rechten Armes sei nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit bewiesen. Ohne Berücksichtigung der Ellenbogeneinschränkung liege die MdE unter 10 v.H.

Mit Bescheid vom 12.05.2010 (Bl. 68/69 VA, 3. Band) lehnte die Beklagte die Anerkennung von Brüchen im körpernen Ellenbereich rechts (proximale Ulna) und im Bereich des Knochenvorsprungs am rechten Ellenbogengelenk (Processus coronoideus) sowie von degenerativen Veränderungen im Bereich des rechten Ellenbogens als Folge des Arbeitsunfalles vom 11.01.2008 ab. Einen Anspruch auf Verletztengeld über den 20.07.2008 hinaus und die Übernahme der im Zusammenhang mit diesen Gesundheitsschäden bestehenden Heilbehandlungskosten wurde ebenfalls abgelehnt.

Gegen den Bescheid legte der Kläger am 31.05.2010 Widerspruch ein, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 29.10.2010 (Bl. 134/135 VA, 3. Band) zurückwies.

Am 06.12.2010 erhob der Kläger gegen den Bescheid vom 12.05.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.10.2010 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG, [S 3 U 5158/10](#)).

Unter dem 06.12.2010 erstattete im Auftrag der Beklagten Dr. J. das hals-nasen-ohren-ärztliche Gutachten (Bl. 154/175 VA, 3. Band) aufgrund der Untersuchung vom 01.12.2010. Er diagnostizierte auf seinem Fachgebiet eine Nasenseptumdeviation mit Nasenmuschelhyperplasie und Breit-Sattelnase, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Verunfallung am 11.01.2008 stünden. Aus den funktionellen Atembehinderungen doppelseitig mit leichter bis mittelgradiger Atembehinderung und aus der kosmetisch gering störenden Deformierung der äußeren Nase folge jeweils für sich allein eine MdE von 10 v.H. Integrierend bestehe von Seiten des HNO-Fachgebietes eine unfallbedingte MdE von 15 v.H.

Die Beklagte holte die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. B. vom 12.01.2011 (auf Bl. 210 VA, 3. Band) ein, wonach die Behinderung der Nasenatmung mit einer MdE von 10 v.H. einzuschätzen sei und die kosmetisch nicht störende Formveränderung der äußeren Nase nicht zu einer Erhöhung der MdE führe.

Mit Bescheid vom 11.03.2011 (Bl. 221/223 VA, 3. Band) nahm die Beklagte den Bescheid vom 26.09.2008 teilweise zurück und erkannte als weitere Unfallfolgen eine Nasenseidewandverbiegung, Vergrößerung der Nasenschwellkörper beidseits, Narbenbildung im Naseneingangsbereich, dadurch bedingt eingeschränkte Nasenatmung sowie medizinisch erklärbare subjektive Beschwerden nach einer offenen Nasenbeinfraktur an und gewährte höhere Verletztenrente nach einer MdE um 30 v.H. aufgrund der Unfallfolgen für die Zeit vom 21.07.2008 bis 31.12.2008.

Mit weiterem Bescheid vom 11.03.2011 (Bl. 231/233 VA, 3. Band) lehnte die Beklagte einen Anspruch auf Rente ab dem 01.01.2009 ab. Unabhängig vom Arbeitsunfall bestünden eine Bewegungseinschränkung und Verschleißerscheinungen im Bereich des rechten Ellenbogens. Die Erwerbsfähigkeit sei wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 11.01.2008 nicht mehr um mindestens 20 v.H. reduziert. Der Kläger habe über den Zeitraum der bisherigen Rentenzahlung hinaus keinen Anspruch auf Rente.

Gegen die Bescheide vom 11.03.2011 legten der Kläger am 04.04.2011 selbst, am 15.04.2011 seine Bevollmächtigten Widerspruch ein (Bl. 269/271, 279, 280 VA, 3. Band), das die Beklagte jeweils mit Widerspruchsbescheid vom 23.09.2011 (Bl. 316/318, 321/322 VA, 3. Band) zurückwies.

Am 10.11.2011 erhob der Kläger auch gegen die Bescheide vom 11.03.2011 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 23.09.2011 Klage zum SG (S 3 U 4656/11). Mit Beschluss vom 02.02.2012 verband das SG das Verfahren S 3 U 4656/11 zum Verfahren S 3 U 5158/10 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung.

Bei der Vorstellung des Klägers am 10.01.2012 in der BG-Sprechstunde wurde ein Impingement der rechten Schulter festgestellt (Bericht der berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. vom 12.01.2012, Bl. 87/88 der Senatsakte).

Im Auftrag des SG erstattete Prof. Dr. D. das unfallchirurgisch-orthopädische Gutachten vom 14.05.2012 (Bl. 143/153 SG-Akten). Der Gutachter teilte das Bestehen folgende unfallbedingte Gesundheitsstörungen mit: 1. Knöchern konsolidierte ehemalige Humeruskopffraktur rechts mit endgradiger Funktionseinschränkung, 2. ausgeprägte posttraumatische Arthrose rechtes Ellenbogengelenk nach stattgehabter Ulnafraktur und Processus coronoideus-Fraktur (Monteggia-Verletzung) mit erheblicher Funktionseinschränkung, 3. Grundgelenksarthrose linke Großzehe. Trotz der fehlenden Röntgenbilder gebe es kaum einen vernünftigen Zweifel am Unfallzusammenhang der Gesundheitsstörungen des rechten Ellenbogens, da andere Ursachen wesentlich unwahrscheinlicher erklärbar wären. Die Erwerbsfähigkeit des Klägers sei infolge der unfallbedingten Gesundheitsstörungen ab dem 01.01.2010 mit 20 v.H. gemindert.

Mit Schreiben vom 05.03.2012 teilte der Kläger dem SG mit, der Antrag Ziff. 4 aus dem Klageschriftsatz vom 10.11.2011 (Zahlung einer Verletztenrente ab 11.01.2008) werde zurückgenommen. Der Kläger begehre Zahlung von Verletztenrente bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen. Eine MdE um 30 v.H. für den Zeitraum vom 21.07.2008 bis 31.12.2008 werde nicht bestritten. Heilbehandlungskosten seien dem Kläger noch nicht entstanden. Dem vom Gericht vorgeschlagenen Vorgehen, über gegebenenfalls bezifferbare Behandlungskosten nach Abschluss des Klageverfahrens die Beklagte entscheiden zu lassen, wenn bestandskräftig geklärt sei, ob und in welchem Umfang Gesundheitsstörungen am rechten Ellenbogengelenk Folge des Arbeitsunfalls vom 11.01.2008 seien, werde zugestimmt.

Mit Urteil vom 30.01.2013 hob das Gericht den Bescheid vom 11.03.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.09.2011 auf und verurteilte die Beklagte, dem Kläger Verletztenrente nach einer MdE um 25 v.H. ab dem 01.01.2009 zu gewähren. Im Übrigen wies es die Klage ab. Für die Kammer stehe mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Kläger beim Arbeitsunfall vom 11.01.2008 auch eine proximale Ulnafraktur und Fraktur des Processes coronoideus ulnae erlitten habe. Auf unfallchirurgischem Gebiet sei die arbeitsunfallbedingte MdE ab dem 01.01.2009 mit 20 v.H. zu bewerten. Auf HNO-Gebiet sei entsprechend der beratungsärztlichen Stellungnahme eine MdE um 10 v.H. und nach Dr. J. eine solche von 15 v.H. anzunehmen. Integrierend sei daher eine Gesamt-MdE um 25 v.H. ab dem 01.01.2009 anzunehmen.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 21.02.2013 zugestellte Urteil am 20.03.2013 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Soweit das SG ausgeführt habe, ein Sturz aus ca. 10 Meter Höhe auf einen Betonboden lege eine Verletzung auch des Ellenbogengelenks nahe, sei von einem falschen Sachverhalt ausgegangen worden. Bezüglich einer Verletzung des Ellenbogengelenks sei ein Vollbeweis für einen Gesundheitserstschaden nicht gegeben. Der Schlussfolgerung des Prof. Dr. D. könne nicht zugestimmt werden, da dieser die Röntgenaufnahmen vom 18.06.2003, 06.02.2008 und 20.08.2008 selbst nicht gesehen und befundet habe. Die Diagnose einer Processus coronoideus-Fraktur sowie einer Ulnafraktur sei erst im Oktober 2009 gestellt worden. Übereinstimmend hätten jedoch die Beratungsärzte Prof. Dr. Wo. und Dr. Gö. und Dr. Gu., Radiologischen Gemeinschaftspraxis C., keine Fraktur auf den genannten Röntgenaufnahmen in erkennen können, so dass nach Auffassung der Beklagten bereits der Vollbeweis für einen Gesundheitserstschaden, also der Processus coronoideus-Fraktur und der Ulnafraktur, im Sinne einer mit an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit nicht erbracht sei. Allein aufgrund des Umstandes, dass keine anderen Ursachen bekannt seien, könne nicht unmittelbar auf einen ursächlichen Zusammenhang geschlossen werden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 30.01.2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Kläger sei am 11.01.2008 von einer Leiter ca. 10 Meter auf dem Betonboden mit dem Gesicht, dem Thorax sowie dem rechten Arm und den Kniegelenken gefallen. Das bis zum 19.10.2009 keine Fraktur der proximalen Ulna rechts diagnostiziert worden sei, hänge mit dem Vorgehen der Ärzte zusammen, die sich primär auf die Behandlung der Schulter fokussiert gehabt und dabei die vom Kläger vorgetragene Schmerzen im Ellenbogenbereich schlichtweg ignoriert hätten. Auch sei sowohl im Bericht des PD Dr. M. am 05.03.2008 als auch im Gutachten des Dr. H. (PD Dr. M.) vom 22.08.2008 und im Bericht des PD Dr. M. vom 10.02.2009 jeweils von einer deutlichen Einschränkung des Ellenbogens gesprochen worden. Des Weiteren beruft sich der Kläger auf die Ausführungen des Prof. Dr. We. im Gutachten vom 28.09.2009, des Dr. Gö. vom 14.04.2010 und das Gutachten des Prof. Dr. D. ... Einzige Ursache sei ein Vorfall aus dem Jahr 2003, bei dem der Kläger aus ca. 50 cm Höhe auf einen Müllhaufen gestürzt und sich dabei lediglich Schürfwunden am Ellenbogengelenk zugezogen habe. Eine knöcherne Verletzung sei damals nicht dokumentiert. Keiner der behandelnden Ärzte habe hier einen Zusammenhang mit diesem Ereignis gesehen. Prof. Dr. D. halte es sogar für nahezu ausgeschlossen, dass der aktuelle Befund mit diesem Ereignis in Zusammenhang stehen. Nachdem zwei angesehene und erfahrene Ärzte eine hohe Wahrscheinlichkeit des aktuellen Befundes mit dem Ereignis vom 11.01.2008 sähen und die Beklagte auch kein substantiiertes Alternativereignis vortrage, bestünden keine Zweifel an der Beweiswürdigung des SG.

Nach dem von der Beklagten veranlassten ambulanten Untersuchungsbericht mit fachärztlicher Stellungnahme durch Prof. Dr. S. vom 06.12.2012 (Bl. 610/614 VA) wurde aufgrund fortbestehender Schmerzen in der rechten Schulter die Implantation einer Schulter-Totalendoprothese empfohlen, welche am 20.06.2013 erfolgte (Bericht vom 24.06.2013, Bl. 695/696 VA). Postoperativ war der Kläger diesbezüglich bis 31.08.2013 arbeitsunfähig.

Auf Aufforderung des Senats, sämtliches bildgebendes Material betreffend die rechte obere Extremitäten vorzulegen, sind durch die Kreiskliniken C. gGmbH die bildgebende Diagnostik der rechten oberen Extremität und die Befundberichte der radiologische Gemeinschaftspraxis C. (Bl. 51/58 der Senatsakten) übersandt und mitgeteilt worden, dass die Bilder zu den Befunden 2010 an die Beklagte bzw. 2012 an den Kläger verliehen und nicht mehr zurückgebracht worden seien. Die Röntgenbilder bezüglich des rechten Ellenbogens aus dem Jahr 2008 waren durch den Senat weder vom Kläger oder Beklagten noch von der radiologischen Gemeinschaftspraxis C. zu erhalten.

Der Senat hat die ergänzende Stellungnahme des Prof. Dr. D. vom 03.07.2015 (Bl. 71/77 der Senatsakten) eingeholt. An seiner Einschätzung im Gutachten vom 14.05.2012 hält der Gutachter fest.

Die Beklagte hat ein Vergleichsangebot unterbreitet, dem Kläger ab 10.01.2012 eine Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 20 v.H. und nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nach der Implantation der Schulterprothese eine Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 30 v.H. zu zahlen. Der Kläger hat dem Vergleich nicht zugestimmt (Schriftsatz vom 28.01.2016, Bl. 92/93 der Senatsakte).

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die angefallenen Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf 3 Band Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig und in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang begründet.

Streitgegenstand ist nur noch der Bescheid vom 11.03.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.09.2011 über die Ablehnung einer Verletztenrente ab dem 01.01.2009. Soweit der Kläger ursprünglich auch Klage gegen den Bescheid vom 12.05.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.10.2010 über die Ablehnung eines Anspruchs auf Verletztengeld und die Übernahme von Heilbehandlungskosten und den weiteren Bescheid vom 11.03.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.09.2011 über die Höhe der MdE und der zu leistenden Verletztenrente für die Zeit vom 21.07.2008 bis 31.12.2008 erhoben hat, sind diese nicht mehr Streitgegenstand. Nachdem durch das SG darauf hingewiesen worden war, dass bis zum 20.07.2008 Verletztengeld und anschließend bis 31.12.2008 eine Verletztenrente nach einer MdE um 30 v.H. gewährt worden ist, hat der Kläger in der mündlichen Verhandlung vor dem SG zuletzt nur noch Verletztenrente auf unbestimmte Zeit ab dem 01.01.2009 nach einer MdE von mindestens 20 v.H. begehrt und damit sein Vorbringen im Schriftsatz vom 05.03.2012 klargestellt. Soweit der Kläger mit der Klage zunächst noch die (zulässige) Elementenfeststellung, dass die Gesundheitsstörungen am rechten Ellenbogengelenk Folge des Arbeitsunfalls vom 11.01.2008 sind, begehrt hat, hat er in der mündlichen Verhandlung einen entsprechenden Antrag nicht mehr gestellt, so dass nur noch im Rahmen einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage über das Begehren, dem Kläger ab 01.01.2009 eine Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v.H. zu zahlen, zu entscheiden ist, wobei über das Bestehen von Arbeitsunfallfolgen im Bereich des rechten Ellenbogens mit zu entscheiden ist.

Die Berufung der Beklagten hatte nur teilweise Erfolg. Die so verstandene Klage ist nur insoweit begründet, als der Kläger ab 10.01.2012 eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. und ab 01.09.2013 die vom SG ausgeurteilte Rente nach einer MdE um 25 v.H. beanspruchen kann. Damit ist die Berufung der Beklagten begründet, soweit das SG diese darüber hinaus zur Zahlung einer Verletztenrente nach einer MdE um 25 v.H. ab 01.01.2009 verurteilt hat.

Gem. [§ 26 Abs. 1 SGB VII](#) haben Versicherte bei Arbeitsunfällen Anspruch auf Entschädigungsleistungen u. a. in Form von Heilbehandlung ([§ 27 SGB VII](#)) oder Geldleistungen (Verletztengeld gem. [§ 45 SGB VII](#) und Rente gem. [§ 56 SGB VII](#)). Insbesondere nach [§ 56 Abs. 1 SGB VII](#) erhalten Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, eine Rente. Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Die Beklagte hat bereits mit Bescheid vom 26.09.2008 das Vorliegen eines Arbeitsunfalles am 11.01.2008 anerkannt. Sie hat jedoch die Gewährung einer Verletztenrente ab 01.01.2009 abgelehnt.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vom Hundert gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente. Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 vom Hundert mindern ([§ 56 Abs. 1 SGB VII](#)). Während der ersten drei Jahre nach dem Versicherungsfall soll der Unfallversicherungsträger die Rente als vorläufige Entschädigung festsetzen, wenn der Umfang der MdE noch nicht abschließend festgestellt werden kann ([§ 62 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Spätestens mit Ablauf von drei Jahren nach dem Versicherungsfall wird die vorläufige Entschädigung als Rente auf unbestimmte Zeit geleistet. Bei der erstmaligen Feststellung der Rente nach der vorläufigen Entschädigung kann der Vorhundertersatz der MdE abweichend von der vorläufigen Entschädigung festgestellt werden, auch wenn sich die Verhältnisse nicht geändert haben ([§ 62 Abs. 2 SGB VII](#)).

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (st. Rspr. vgl. zuletzt BSG vom 12.04.2005 – [B 2 U 27/04 R](#), [BSGE 94, 269](#), [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#), jeweils Rn. 11). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden ([BSGE 1, 72](#), 76).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. dazu nur Heinrichs in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 65. Aufl. 2006, Vorb. v § 249 Rn. 57 ff m. w. N. sowie zu den Unterschieden [BSGE 63, 277](#), 280 = [SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)) auf der naturwissenschaftlich philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen ("conditio sine qua non"). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Bei mehreren Ursachen ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende (Mit-)Ursache auch wesentlich war, ist unerheblich. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (vgl. zum Vorstehenden

insgesamt BSG, Urteile vom 09.05.2006 & 8722; [B 2 U 1/05 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#); [B 2 U 40/05 R](#), UV-Recht Aktuell 2006, 419-422; [B 2 U 26/04 R](#), UV-Recht Aktuell 2006, 497-509).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. [BSGE 19, 52](#) = SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO; [BSGE 32, 203](#), 209 = SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO; [BSGE 45, 285](#), 287 = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#), [BSGE 58, 80](#), 83 = SozR 2200 § 555a Nr. 1). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#), [BSGE 96, 196](#) m.w.N.). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m. w. N.).

Die Bemessung der MdE wird vom BSG in ständiger Rechtsprechung als Tatsachenfeststellung gewertet, die das Gericht gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft. Dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (BSG [SozR 4-2700 § 56 Nr. 2](#); BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#), S 36 m.w.N.). Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind (BSG [SozR 2200 § 581 Nr. 22](#), 23; [BSGE 82, 212](#) = [SozR 3-2200 § 581 Nr. 5](#)). Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE geschätzt werden (BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#)). Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind deshalb bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (BSG a.a.O.; BSG Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R, SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)). Die Erfahrungswerte bilden in der Regel die Basis für einen Vorschlag, den der medizinische Sachverständige zur Höhe der MdE unterbreitet, die aber nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend sind (BSG [SozR 2200 § 581 Nr. 23](#) und 27; [BSGE 82, 212](#) = [SozR 3-2200 § 581 Nr. 5](#); BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#); BSG Urteil vom 18.03.2003 - [B 2 U 31/02 R](#); [BSGE 93, 63](#) = [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#); Burchardt in: Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, SGB VII, Stand 2005, § 56 Rn. 71). Die Feststellung der Höhe der MdE als tatsächliche Feststellung erfordert stets die Würdigung der hierfür notwendigen Beweismittel im Rahmen freier richterlicher Beweiswürdigung gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) (BSG, Urteil vom 13.09.2005 - [B 2 U 4/04](#), juris m. H. auf BSG, [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#); Urteil vom 18.03.2003 [a.a.O.](#)).

Als Folgen des Arbeitsunfalls bestehen beim Kläger jedenfalls noch eine Nasenscheidewandverbiegung, eine Vergrößerung der Nasenschwellkörper beidseits und Narben im Naseneingangsbereich sowie Beeinträchtigungen nach der knöchern konsolidierten ehemaligen Humeruskopffraktur, zuletzt nach Implantation einer Oberarmkopffprothese. Dies steht nach den Gutachten des Dr. J. und des Prof. Dr. We., welche im Wege des Urkundsbeweises zu verwerten sind, dem Gutachten des Prof. Dr. D. sowie den zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen fest und ist zwischen den Beteiligten insoweit unstreitig.

Nicht als Unfallfolge feststellen kann der Senat die bestehenden Gesundheitsstörungen im Bereich des rechten Ellenbogengelenkes. Insoweit ist die haftungsausfüllende Kausalität zwischen dem angeschuldigten Geschehen und den geltend gemachten Gesundheitsstörungen nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu bejahen.

Zwar steht fest, dass beim Kläger im Bereich des rechten Ellenbogengelenks eine ausgeprägte Arthrose mit einer erheblichen Funktionseinschränkung besteht, die als Folge einer diagnostizierten ausgeheilten Ellenbogenfraktur gedeutet werden kann. Dies folgt insbesondere aus dem Gutachten des Prof. Dr. D. und auch dem Rentengutachten des Prof. Dr. We. vom 11.11.2009.

Der Senat hat jedoch schon eine Anknüpfungstatsache, die die Annahme eines Ursachenzusammenhangs der Arthrose des Ellenbogengelenks mit dem Arbeitsunfall am 11.01.2008 mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ermöglicht, nicht feststellen können. Nach der ergänzenden Stellungnahme des Prof. Dr. D. vom 03.07.2015 sind die sich in der Computertomographie vom 14.10.2009 zeigenden arthrotischen Veränderungen des Ellenbogengelenks, die auch auf den CT-Aufnahmen vom 18.05.2010 zu erkennen sind, mit einer Verletzung des Ellenbogengelenks und nachfolgender Arthrose-Entstehung vereinbar. Nach dem Bericht des Dr. Gu. vom 18.05.2010 (Radiologische Gemeinschaftspraxis C., Bl. 58 der Senatsakte) über eine Volumen-CT des rechten Ellenbogengelenks bestehen sekundär arthrotische Veränderungen nach durchgelaufener Ellenbogengelenksfraktur, wobei ein arthrotischer Sporn am dorsalen Rand der Trochlea das Gelenk sperrt. Nach dem Bericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. vom 19.10.2009 (Bl. 180 VA, 2. Band) über die Untersuchung vom 14.10.2009 zeigen die Röntgenuntersuchung sowie ein MRT und CT des rechten Ellenbogengelenks eine Processus coronoideus-Fraktur sowie eine knöchern konsolidierte proximale Ulnafraktur.

Dass sich der Kläger die Fraktur des Processus coronoideus und der Ulna bei dem Unfallereignis am 11.01.2008 zugezogen hat, kann der Senat jedoch nicht feststellen. Verletzungszeichen, die für eine bei dem Unfallereignis am 11.01.2008 erlittene Fraktur im Bereich des Ellenbogens sprechen, sind nicht dokumentiert. Im Durchgangsarztbericht vom Unfalltag 11.01.2008 (Bl. 1/2 VA, 1. Band) sind keine Verletzungen des rechten Ellenbogens aufgeführt. Auch der Kläger selbst hat in der Unfallanzeige vom 24.01.2008 keine Verletzung des Ellenbogens mitgeteilt. Ebenso wenig wurde während des stationären Aufenthalts des Klägers vom 11.01.2008 bis 22.01.2008 eine Verletzung im rechten Ellenbogengelenk festgestellt (Bericht des Kreiskrankenhauses C. vom 25.01.2008, Bl. 23/25 VA, 1. Band). Nach dem Zwischenbericht des PD Dr. M. vom 11.02.2008 (Bl. 27/28 VA, 1. Band) zeigte eine am 06.02.2008 durchgeführte Röntgenkontrolle keine knöchernen Verletzung. Auch nach dem Bericht des Dr. Gu. vom 05.03.2009 (Bl. 135 VA, 2. Band) über die Röntgendiagnostik vom 06.02.2008 fand sich im Bereich des rechten Ellenbogengelenks kein Nachweis einer frischen knöchernen Verletzung, aber eine leichte Arthrose am ulnaren Gelenksanteil. Weiterhin konnte bei der Röntgendiagnostik vom 20.08.2008 kein Frakturnachweis gefunden werden

(Bericht des Dr. Gu. vom 25.08.2008, Bl. 53 der Senatsakte). Ebenso konnte der Beratungsarzt Prof. Dr. Wo. in eigener Auswertung der ihm vorliegenden Röntgenbilder vom 06.02.2008 und 20.08.2008 keine knöcherne Läsion oder Fraktur erkennen (Stellungnahme vom 11.03.2009, Bl. 140/142 VA, 2. Band). Einen entsprechenden Nachweis konnte letztendlich auch Prof. Dr. D. nicht führen, da insbesondere die Röntgenaufnahmen des Ellenbogens aus dem Jahr 2008, die nach dem Vermerk der Kreiskliniken C. (Bl. 51 der Senatsakten) zuletzt im Jahr 2012 an den Kläger verliehen wurden und nicht zurückgebracht worden seien, von diesem nicht ausgewertet werden konnten und auch für den Senat nicht mehr auffindbar sind. Dass für die bestehenden arthrotischen Veränderungen im Bereich des rechten Ellenbogens und die damit verbundene Bewegungseinschränkung ein Zusammenhang mit einer stattgehabten Processus coronoideus Fraktur und einer Fraktur der proximalen Ulna rechts zu sehen ist, wie Prof. Dr. D. unter Bezugnahme auf den Bericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. vom 19.10.2009 (Bl. 180 VA, 2. Band) darlegt, lässt nicht den Schluss darauf zu, dass eine Verletzung des Ellenbogens sowohl im Rahmen der Erstuntersuchung und dem auf den Arbeitsunfall folgenden stationären Aufenthalt als auch bei Auswertung der Röntgenaufnahmen vom 06.02.2008 und 20.08.2008 durch Dr. Gu., Dr. Gö. und Prof. Dr. Wo. übersehen worden ist. Ebenso enthält keiner der genannten Berichte der die Röntgenaufnahmen auswertenden Ärzte einen Hinweis darauf, dass die Röntgenbilder technische Mängel aufwiesen und daher keine zuverlässige Befundung ermöglichten. Der Vortrag des Klägers, dass die fehlende Diagnose einer Fraktur im Ellenbogenbereich mit dem Vorgehen der Ärzte zusammenhänge, die sich primär auf die Behandlung der Schulter fokussiert hätten und die vom Kläger vorgetragenen Schmerzen im Ellenbogenbereich ignoriert hätten, ist für den Senat nicht überzeugend. Der Durchgangsarztbericht vom 11.01.2008 über die Erstuntersuchung des Klägers nach dem Unfall enthält eine detaillierte Beschreibung der beim Kläger festgestellten Verletzungen und schmerzhaften Bereiche. Insbesondere sind Druck- und Bewegungsschmerzen am Oberarm und in der rechten Schulter angegeben. Dies legt für den Senat nahe, dass auch der Ellenbogen untersucht worden ist bzw. in diesem Bereich vom Kläger angegebene Schmerzen dokumentiert wären. Das vom Kläger hinsichtlich des Ellenbogens angegebene Beschwerden ignoriert worden wären, ist auch dadurch widerlegt, dass aufgrund der geklagten Beschwerden die Röntgenuntersuchungen vom 06.02.2008 und 20.08.2008 veranlasst worden sind. Die Einschätzung des Prof. Dr. We. im Rentengutachten vom 11.11.2009 (Bl. 192/199 VA, 2. Band), wonach ein Zusammenhang der arthrotischen Veränderungen des Ellenbogengelenkes und der Bewegungseinschränkung mit dem angeschuldigten Arbeitsunfall klinisch möglich und wahrscheinlich ist, entkräftet nicht die an einem Zusammenhang bestehenden Zweifel. Prof. Dr. We. hat für die Begründung der Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs lediglich das in der Computertomographie vom 14.10.2009 festgestellte Bestehen von arthrotischen Veränderungen, welche mit einer Verletzung des Ellenbogengelenks und nachfolgender Arthroseentstehung vereinbar seien, und mit der Schilderung des Klägers, dass die Beschwerden und die Bewegungseinschränkung im Anschluss an die Ruhigstellung im Gilchristverband aufgetreten seien, angeführt. Allerdings könnten die im Anschluss an die Ruhigstellung im Gilchristverband aufgetretenen Bewegungseinschränkungen zunächst auch durch diese selbst verursacht sein, was der beratungsärztlichen Stellungnahme des Prof. Dr. Wo. vom 23.09.2008 zu entnehmen ist. Ferner ist nach diesen Ausführungen auch nicht ausgeschlossen, dass die sich bereits 2008 zeigenden Bewegungseinschränkungen auf der bereits bei der Röntgenuntersuchung vom 06.02.2008 am ulnaren Gelenkanteil festgestellten Arthrose beruhen könnten, wenn eine Bewegungseinschränkung des Ellenbogens bereits vor dem Unfall vorgelegen hat, was nicht sicher auszuschließen ist. Immerhin hat der Kläger auch schon für die Zeit vor dem streitgegenständlichen Arbeitsunfall das Auftreten belastungsabhängiger Schmerzen im Bereich beider Ellenbogen angegeben (Bl. 166 VA, 2. Band). Eine denkbare unfallbedingte Aktivierung einer vorbestehenden Ellenbogengelenkarthrose kommt jedoch ebenso wenig mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit in Betracht. Dem steht entgegen, dass bei vorbestehenden Beschwerden aus der unfallunabhängigen Arthrose ein unfallunabhängiges Fortschreiten der Arthrose ebenso gut möglich ist und ein unfallbedingter richtungsgebende Verschlimmerungsanteil nicht feststellbar ist. Zwar mag in dem bis 20.07.2008 reichenden Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit unfallbedingt eine vorübergehende schmerzhafte Bewegungseinschränkung des Ellenbogengelenks vorgelegen haben, die auf der aktivierten, vorbestehenden leichten Ellenbogengelenksarthrose beruhte. Doch sind solche Beschwerden zunächst nur für Mai 2008 im Bericht der Klinik C. vom 29.05.2008 dokumentiert. In den Zwischenberichten der BG-Klinik vom 26.06.2008, 10.07.2008 und 23.07.2008 (Bl. 87/88, 89/90, 93/94 der VA 1. Band) sind außer den vom Kläger bei den jeweiligen Untersuchungen dort geklagten Restbeschwerden am rechten Schultergelenk und am Großzehengrundgelenk keine Ellenbogenbeschwerden mehr angegeben. Vielmehr war nach Abschluss der stufenweisen Wiedereingliederungsmaßnahme volle Arbeitsfähigkeit ab 21.07.2008 bescheinigt worden. Fortbestehende Ellenbogenbeschwerden bzw. Bewegungseinschränkungen, wie im Bericht der Klinik C. vom 29.05.2008 angegeben, wären mit dem ausdrücklich als körperlich sehr belastend eingestuften Beruf (Zwischenbericht der BG-Klinik vom 26.06.2008) nicht vereinbar gewesen. Danach waren die unterstellten unfallbedingten Beschwerden am Ellenbogen vor Ende der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit abgeklungen. Bei der Untersuchung zum Gutachten von PD Dr. M. im August 2008 (Bl. 107 VA 1. Band) wurde dann noch eine Bewegungseinschränkung von 0/20°/110° des rechten Ellenbogengelenks ohne Muskeldefizit erhoben und war ein Steifigkeitsgefühl sowie ein belastungsbedingtes Anschwellen des Ellenbogens, vergleichbar mit den eingeräumten Belastungsbeschwerden vor dem Unfall an beiden Ellenbogen, angegeben worden. Die danach im Februar 2009 erneut aufgetretenen und behandelnden Ellenbogenbeschwerden mit deutlicher Bewegungseinschränkung von 0/20°/90° (vgl. Zwischenbericht der Klinik C. vom 10.02.2009, Bl. 131 VA 2. Band) sind daher nicht mehr mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die Unfalleinwirkung am 11.01.2008 zurückführbar. Die von Prof. Dr. D. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 03.07.2015 (Bl. 72 der Senatsakte) beschriebene Progredienz der arthrotischen Veränderungen mag als posttraumatische Sekundärarthrose zu deuten sein, wovon der Gutachter ausgeht, doch ist das ursächliche Trauma aus den dargelegten Gründen nicht auf die Unfalleinwirkung hinreichend sicher beziehbar und damit wäre die Verschlimmerung der Arthrose auch unter diesem Gesichtspunkt – wenn nicht allein degenerativ bedingt – ebenso unfallunabhängig.

Auch dass der Gutachter Prof. Dr. D. &8722; außer bei Annahme eines stattgehabten Traumas &8722; keine Erklärung für die im Zwischenbericht der Kliniken C. vom 10.02.2009 beschriebene deutliche Bewegungseinschränkung sieht, lässt nicht ohne ernsthafte Zweifel den Schluss auf den Eintritt einer Verletzung des rechten Ellenbogengelenkes am 11.01.2008 zu. Weder ist feststellbar, dass bei Eintritt des Arbeitsunfalles am 11.01.2008 eine Bewegungseinschränkung im rechten Ellenbogengelenk nicht vorhanden war, noch ist sicher auszuschließen, dass eine Verletzung des rechten Ellenbogengelenkes erst nach dem 11.01.2008 eingetreten ist. Die entsprechende Annahme des Gutachters beruht allein auf den Angaben des Klägers und einer fehlenden Dokumentation, was jedoch aufgrund der entgegenstehenden Bildbefunde ernste Zweifel am Eintritt einer Ellenbogenverletzung am 11.01.2008 nicht entkräftet. Hinzu kommt, dass bereits für die Röntgenaufnahmen vom 06.02.2008 arthrotische Veränderungen beschrieben sind, die aufgrund der kurzen Zeitspanne seit dem 11.01.2008 nicht Folge des Unfalles vom 11.01.2008 sein können, worauf auch der Beratungsarzt Prof. Dr. Wo. in den Stellungnahmen vom 23.09.2008 und 11.03.2009 hingewiesen hat. Nach dem Ersten Rentengutachten vom 22.08.2008 zeigte sich die Ellenbogengelenksarthrose mit knöchernen Randausziehungen am Processus coronoideus und Olecranon. Auch der Beratungsarzt Prof. Dr. Wo. hat in der Stellungnahme vom 11.03.2009 (Bl. 140/142 VA, 2. Band) auf den Röntgenaufnahmen vom 06.02.2008 eine mäßiggradige Arthrose im Ellenbogengelenk mit knöchernen Randausziehungen und gelenkumformende Veränderungen am Olecranon und an der Trochlea humeri, wobei die osteophytären Randanbauten vor allem den Processus coronoideus am Olecranon betreffen, und auf den Bildern

vom 20.08.2008 keine signifikante Veränderung erkannt. Im Bericht des Dr. Gu. über das Volumen-CT des rechten Ellenbogengelenks am 18.05.2010 werden arthrotische Veränderungen ebenso an der Trochlea mit Ausziehungen bis zur Spitze des Olecranon, wo dieses bei vollständiger Streckung offensichtlich anstoße, beschrieben. Das proximale Fragment des Processus coronoideus sei in leichter Fehlstellung mit dem Hauptknochen verwachsen, woraus eine Gelenksstufe am ventralen Gelenksrand resultiere. Nach der ergänzenden Stellungnahme des Prof. Dr. D. fokussieren sich im CT des rechten Ellenbogengelenks vom 18.05.2010 die Veränderungen auf das Radiusköpfchen und das Olecranon. Demnach sind arthrotische Veränderungen bereits für die Röntgenbilder aus dem Jahr 2008 für Bereiche angegeben, in denen auch die ab Oktober 2009 beschriebenen auf stattgehabte Frakturen zurückgeführten arthrotischen Veränderungen bestehen. Auch, wenn entsprechend der Ausführungen des Prof. Dr. D. in der ergänzenden Stellungnahme vom 03.07.2015 auch bei Bestehen einer leichten Ellenbogengelenksarthrose die am 14.10.2009 bestehenden ausgeprägten arthrotischen Veränderungen ohne ein erneutes Trauma nicht nachvollziehbar sind, begründet dies keine hinreichende Wahrscheinlichkeit für das Eintreten einer Ellenbogengelenksverletzung am 11.01.2008. Da dem Gutachter die Röntgenaufnahmen aus dem Jahr 2008 nicht vorlagen, ihm ein Vergleich der Aufnahmen demnach nicht möglich war, kann seine Einschätzung insoweit nur als Vermutung gewertet werden. Zwar mag es zutreffen, dass es – wie der Gutachter nachvollziehbar ausführt – bei dem Unfallereignis im Jahr 2003 nicht zu einer Ellenbogengelenksluxation gekommen ist. Dies lässt jedoch – wie dargestellt – nicht zwingend auf den Eintritt einer Ellenbogengelenksverletzung am 11.01.2008 schließen. Die Ausführungen des Prof. Dr. D., dass es aufgrund eines Abstütztraumas der rechten oberen Extremität nicht nur zu einer subkapitalen Humerusfraktur rechts gekommen sei, sondern aufgrund einer Beugestellung des rechten Ellenbogengelenks im Augenblick des Absturzes auch zu einer zumindest ligamentären Verletzung des rechten Ellenbogengelenks, gehen von einem Unfallhergang aus, der eine Beugestellung des Ellenbogengelenkes voraussetzt. Zur Stellung des Armes bei dem Absturz ist allerdings nichts bekannt. Der Kläger hat in seiner Unfallanzeige dazu keine Ausführungen gemacht. Insbesondere hat er nicht angegeben, auf den Ellenbogen gestürzt zu sein. Zugleich wäre es nach den Ausführungen des Prof. Dr. D. nur möglicherweise zu einer Handgelenksfraktur gekommen, wenn der Arm gestreckt gewesen wäre. Demnach ist das Fehlen einer Handgelenksfraktur kein Beleg dafür, dass der Arm sich in Beugestellung befunden hat. Soweit der Gutachter im Übrigen demnach nur den Eintritt einer Verletzung der Bänder (Ligamente) durch den Arbeitsunfall als wahrscheinlich ansieht, spricht dies nicht im selben Maß für eine entsprechende Wahrscheinlichkeit der Ursächlichkeit des Arbeitsunfalles für den Eintritt der stattgehabten Frakturen und der vom Gutachter auf solche zurückgeführten Arthrose. Dass die bestehende Arthrose und die darauf beruhenden Funktionseinschränkungen ebenso auf eine bloß ligamentäre Verletzung zurückführbar wären, lässt sich dem Gutachten nicht entnehmen. Soweit Prof. Dr. D. in seiner ergänzenden Stellungnahme ausführt, es wäre unbillig davon auszugehen, dass zum Unfallereignis vom 11.01.2008 bereits eine nachweisbare Bewegungseinschränkung bestanden habe, da Bewegungsmesswerte des rechten Ellenbogengelenkes im Rahmen des Unfallereignisses nicht dokumentiert seien, kann darauf die Annahme des Fehlens von Bewegungseinschränkungen nicht gestützt werden, zumal die Kausalitätsfrage frei von Billigkeitserwägungen zu klären ist. Zudem gibt der Gutachter selbst an, dass bei einer geringfügigen Arthrose eines Gelenkes noch eine vollständig freie Beweglichkeit möglich sein kann, was gerade das Bestehen einer Bewegungseinschränkung bereits vor dem angeschuldigten Unfallereignis nicht ausschließt.

Die Beeinträchtigungen im Bereich des rechten Ellenbogens sind demnach nicht als Arbeitsunfallfolgen festzustellen und begründen damit keine MdE.

Die verbliebenen Folgen des Arbeitsunfalls vom 11.01.2008 rechtfertigen vom 01.01.2009 bis 11.01.2012 nur eine MdE um 10 v.H., weshalb dem Kläger mangels Bestehen eines Stützrententatbestandes für diese Zeit kein Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung zusteht. Ab 01.12.2012 besteht eine MdE von 20 v.H. und ab 01.09.2013 von mindestens 25 v.H.

Die Unfallfolgen im Bereich der Nase bedingen nach dem Gutachten des Dr. J. eine leicht bis mittelgradig ausgeprägte Atembehinderung und eine kosmetisch gering störende Deformierung der äußeren Nase. Weitergehende Beeinträchtigungen hat der Kläger insoweit auch nicht geltend gemacht. Das Ausmaß dieser Beeinträchtigungen rechtfertigt nach den unfallmedizinischen Bewertungsgrundsätze keine höhere MdE als 10 v.H.

Die unfallmedizinischen Bewertungsgrundsätze sind als Grundlage für die gleiche und gerechte Bewertung in allen Parallellfällen heranzuziehen (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2004, a.a.O.), denn diese allgemein anerkannten arbeitsmedizinischen Erfahrungssätze bewirken nach dem grundgesetzlichen Gleichbehandlungsgebot über die daraus folgende Selbstbindung der Verwaltung die gebotene Gleichbehandlung aller Versicherten in allen Zweigen der gesetzlichen Unfallversicherung. Abweichungen von den zulässigerweise pauschalisierten Bewertungskriterien sind rechtlich nur dann geboten, wenn die zu bewertende funktionelle Beeinträchtigung des verletzten Organs von dem in der versicherungsrechtlichen und unfallmedizinischen Literatur vorgegebenen, einschlägigen Bewertungsansatz nicht oder nicht vollständig erfasst wird (vgl. Senatsurteil vom 25.10.2013 - [L 8 U 2828/12](#), Juris, www.sozialgerichtsbarkeit.de).

In der unfallmedizinischen Literatur werden die Folgen von Nasenverletzungen nach dem Ausmaß der funktionellen Einschränkungen und auch einer möglichen Entstellung bewertet. Danach bedingt eine Verengung der Nasengänge mit Atembehinderung eine MdE von 10 bis 20 v.H. und eine stark entstellende Sattelnase eine MdE von 15 bis 20 v.H. (Nehls in: Podzun, Der Unfallsachbearbeiter, 06/14, US 0500. S. 25). Nachdem die beim Kläger bestehende Behinderung der Nasenatmung gering bis mittelgradig ausgeprägt ist, wird hierdurch eine MdE um 10 v. H. bedingt. Diese Einschätzung des Dr. J. ist nach den von ihm erhobenen Befunden für den Senat überzeugend. Eine die Ausschöpfung des Bewertungsrahmens bis 20 rechtfertigende schwergradige Atmungsbehinderung kann nach dem Gutachten des Dr. J. nicht festgestellt werden und wurde vom Kläger auch nicht behauptet. Nach den von Dr. J. erhobenen Befunden ist der Naseneingang rechts geringfügig eingengt. Das Nasenseptum zeigt eine deutliche Abweichung nach links mit auffälligem Nasensporn, so dass speziell der unteren Nasengang deutlich eingengt ist. Rechtsseitig weist dagegen die Nasenhaupthöhle eine überdurchschnittliche Weite auf. Als Folge der endonasal bestehenden deutlichen Nasenseptumdeviation nach links ist die Nasenventilation linksseitig gegenüber rechts deutlich herabgesetzt. Unter Berücksichtigung einer sensomotorischen Rhinopathie ist danach eine insgesamt allenfalls als mittelgradig zu bezeichnende Behinderung der Nasenatmung anzunehmen. Die Deformierung der Nase im Sinne einer Breit-Sattelnase rechtfertigt für sich allein keine MdE von wenigstens 10 v.H. und erhöht den Grad der MdE von 10 wegen der Behinderung der Nasenatmung nicht. Nach den Ausführungen des Gutachters ist die Deformierung zwar kosmetisch auffällig, aber nicht erheblich störend. Nachdem für eine stark entstellende Nasendeformierung eine MdE von 15 bis 20 v.H. vorgesehen ist, setzt eine MdE von wenigstens 10 v.H. wenigstens eine mittelgradige Entstellung voraus. Als entstellend hat der Gutachter die Deformierung nicht bezeichnet. Vielmehr hat er sie als nicht erheblich störend, somit allenfalls leichtgradig entstellend beschrieben. Den im Gutachten wiedergegebenen Äußerungen des Klägers und auch seiner Ehefrau lässt sich zudem nicht entnehmen, dass der Kläger selbst von einer Entstellung ausginge. Schließlich kann auch der Senat anhand des vom Gutachter gefertigten Fotos (Bl. 175 VA, 3. Band) und des in der mündlichen Verhandlung am 20.05.2016 vom

Kläger persönlich gewonnen Eindrucks keine ungewöhnliche Deformierung der Nase, somit keine deutliche Entstellung erkennen.

Die mit dem im Bereich der Schulter bestehenden Unfallfolgen in Form einer knöchern konsolidierte ehemaligen Humeruskopffraktur und der am 20.06.2013 implantierten Oberarmkopfprothese (Zwischen-/Entlassbericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. vom 24.06.2013, Bl. 695 VA) verbundenen Beeinträchtigungen bedingen ab 01.01.2009 keine MdE, ab 10.01.2012 eine MdE um 10 v.H. und ab 01.09.2013 eine MdE um 20 v.H.

Die nach einer Schulterverletzung in Betracht kommenden Verletzungsmuster werden in der unfallmedizinischen Literatur mit der noch möglichen Restbeweglichkeit funktionell erfasst. Wegen der vielfältigen dreidimensionalen Bewegungseinschränkung ist die Schultervorhebung als Hauptkriterium zu werten (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl., S. 523), was in allen entsprechenden Bewertungstabellen berücksichtigt ist. Erfasst werden nach allgemeiner Übereinkunft in diesen Bewertungsansätzen die mit dem Grad der Bewegungseinschränkung üblicherweise verbundenen Schmerzen und die damit typischerweise einhergehende Kraftminderung. Bewegungseinschränkungen begründen bei jeweils freier Rotation in der Vorwärts-/Seitwärtshebung bis 90° eine MdE um 20 v.H., bei der Vorwärts-/Seitwärtshebung bis 120° eine MdE um 10 v.H. (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Nehls a.a.O., S. 37). Eine MdE um 10 v.H. bedingt auch eine Funktionseinschränkung der Rotatorenmanschette (Impingement) (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O.). Bei einer implantierten Oberarmkopfprothese (gute Funktion) ist eine MdE um 20 v.H. vorgesehen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O.). Nach diesen Kriterien lassen sich ab 01.01.2009 zunächst keine relevanten Funktionsbeeinträchtigungen feststellen. Es bestanden im Bereich des rechten Schultergelenks zunächst keine wesentlichen Restbeschwerden und Bewegungseinschränkungen. Nach dem Gutachten des Prof. Dr. We. vom 30.10.2009 war die Beweglichkeit des rechten Schultergelenks gegenüber dem linken Schultergelenk nicht eingeschränkt, sie war aktiv und passiv frei. Schürzen- und Nackengriff waren möglich, das Impingementzeichen negativ, das Rotatorenmanschettenzeichen ebenfalls negativ. Nach dem Zwischenbericht der Kliniken C. vom 10.02.2009 (Bl. 131/132 VA, 2. Band) war zwar die Beweglichkeit im rechten Schultergelenk bei einer Armhebung seitwärts bis 170° und vorwärts bis 160° gegenüber dem linken Schultergelenk noch geringfügig eingeschränkt, eine MdE ist nach den dargestellten Grundsätzen dadurch jedoch nicht bedingt. Nach dem Gutachten des Prof. Dr. D. war bei der Untersuchung am 29.03.2012 weiterhin nur eine endgradige Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks bei einer möglichen Armhebung seitwärts bis 150° und vorwärts bis 140° bei einer mit 40/0/70° gering eingeschränkten Drehbeweglichkeit (Oberarm anliegend) gegeben. Allerdings war bereits am 10.01.2012 in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. (Bericht vom 12.01.2012, Bl. 87 der Senatsakten) ein Impingement der rechten Schulter diagnostiziert worden, nachdem der Kläger über zunehmend auftretende Beschwerden im Bereich der rechten Schulter geklagt hat. Bei der aktiven Beweglichkeitsprüfung war die Anteversion bis 100° möglich, Abduktion nur bis 40°; passiv ist eine Beweglichkeit für Anteversion von 160° und Abduktion von 130° dokumentiert. Nach dem Bericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. vom 21.07.2012 (Bl. 161 der SG-Akten) bestand weiterhin eine persistierende schmerzhafteste Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks bei auf 100° eingeschränkter aktiver Anteversion und 80° eingeschränkter aktiver Abduktion bei passiv freier Beweglichkeit. Ferner bestand ein positiver schmerzhafter Bogen im Bereich des rechten Schultergelenks. Vor diesem Hintergrund ist nach den dargestellten Grundsätzen der unfallmedizinischen Literatur eine MdE um 10 v.H. zu berücksichtigen, die ab 10.01.2012 nachgewiesen ist. Soweit Prof. Dr. D. bessere Bewegungsmaße erhoben hat und die Berücksichtigung einer MdE für die Beeinträchtigungen des Schultergelenks nicht vorgeschlagen hat, geht der Senat aufgrund der im Januar und Juli 2012 in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. erhobenen Befunde von einer nur vorübergehenden Besserung aus. Am 20.06.2013 wurde im Bereich des rechten Schultergelenks in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. eine Eclipseprothese mit Glenoidersatz implantiert (Bericht vom 24.06.2013, Bl. 695/696 VA). Die in Bezug auf die Implantation bestehende Arbeitsunfähigkeit endete nach dem Bericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. vom 03.09.2013 (Bl. 730/731 VA) am 31.08.2013. Dementsprechend ist ab 01.09.2013 für die Unfallfolgen im Bereich der rechten Schulter eine MdE um 20 v.H. zu berücksichtigen.

Im Bereich der linken Großzehe bestehen keine Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von Unfallfolgen, die eine MdE von wenigstens 10 v.H. bedingen würden. Im Bereich der linken Großzehe besteht ein Zustand nach Luxation. Der Gutachter Prof. Dr. D. hat diesbezüglich eine posttraumatische Bewegungseinschränkung des linken Großzehengrundgelenkes festgestellt, wobei der Kläger bezüglich der linken Großzehe keine relevanten Beschwerden angegeben hat. Nach dem ambulanten Untersuchungsbericht mit fachärztlicher Stellungnahme der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. vom 15.11.2012 (Bl. 610/614 VA) wurde ebenfalls eine aktiv und passiv eingeschränkte Beweglichkeit der Großzehe festgestellt, wobei diese in regelrechter Achsstellung erschien. Krallen- oder Hammerzehen wurden nicht festgestellt. Der Kläger hat über Schmerzen im Bereich der linken Großzehe insoweit geklagt, als er kaum länger als 1 Stunde stehen könne. Nach den unfallmedizinischen Bewertungsgrundsätzen setzt eine MdE von wenigstens 10 v.H. nach Verletzungen im Großzehengrundgelenk mindestens eine Versteifung des Großzehengrundgelenkes voraus (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 679). Da eine solche beim Kläger nicht festgestellt werden kann, ist keine MdE um wenigstens 10 v.H. zu berücksichtigen.

Eine MdE aufgrund von Unfallfolgen im Bereich der Kniegelenke ist jedenfalls bis 31.08.2013 nicht ersichtlich. Eine Bestehen von Beschwerden im Bereich des Kniegelenkes ist erstmals im Oktober 2013 ersichtlich. Insoweit sind im Rahmen eines MRT am 21.10.2013 degenerative Veränderungen im Bereich des linken Kniegelenkes festgestellt worden (vgl. Bericht der radiologischen Gemeinschaftspraxis C. vom 21.10.2013, Bl. 61 der Senatsakte) und hat der Kläger in der BG-Sprechstunde am 28.10.2013 (vgl. Zwischenbericht vom 30.10.2013 der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T., Bl. 758/761 VA) starke Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenkes geäußert. Ob es sich bei den bestehenden Beeinträchtigungen um Unfallfolgen handelt, obwohl der Kläger bei dem angeschuldigten Unfallereignis ausweislich des Durchgangsarztberichtes vom 11.01.2008 (Bl. 1/2 VA, 1. Band) lediglich eine Knieprellung beidseits erlitten hat, hatte der Senat nicht zu entscheiden. Beim Kläger besteht bereits aufgrund der Gesundheitsschäden im Bereich der Nase und des rechten Schultergelenkes ab 01.09.2013 eine MdE um wenigstens 25 v.H. (dazu noch unten), nach der das SG die Beklagte im angefochtenen Urteil zur Zahlung einer Verletztenrente verurteilt hat. Nachdem die von der Beklagten eingelegte Berufung daher für die Zeit ab 01.09.2013 insoweit zurückzuweisen war, kommt es auf das Bestehen von Unfallfolgen im Bereich der Kniegelenke ab diesem Zeitpunkt nicht an. Bis dahin sind keine Gesundheitsstörungen der Kniegelenke ersichtlich, die eine MdE um wenigstens 10 v.H. (vgl. dazu Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 654 f.) begründen könnten. Weder dem Rentengutachten des Prof. Dr. We. vom 30.10.2009 noch dem Gutachten des Prof. Dr. D. vom 14.05.2012 sind Gesundheitsstörungen im Bereich der Kniegelenke zu entnehmen. Ebenso wenig liegen medizinische Unterlagen aus der Zeit vom 01.01.2009 bis 31.08.2013 vor, denen Gesundheitsstörungen im Bereich der Kniegelenke entnommen werden könnten. Soweit der Kläger aufgrund der nach August 2013 eingetretenen Gesundheitsstörungen im Bereich des linken Kniegelenkes Verletzengeld begehrt, ist dies nicht Gegenstand des vorliegenden Berufungsverfahrens.

Ausgehend von einer Teil-MdE von 10 v.H. ab 10.01.2012 und von 10 v.H. ab 01.09.2013 für die Funktionseinschränkungen des Klägers im Bereich der rechten Schulter, einer Teil-MdE von 10 v.H. für die Funktionseinschränkungen der Nase und einer Teil-MdE von unter 10 v.H. für die Funktionseinschränkungen der rechten Großzehe ergibt sich eine Gesamt-MdE von 20 v.H. ab 10.01.2012 und von wenigstens 25 v.H. ab 01.09.2013. Dabei ist bei der Bildung einer Gesamt-MdE das Gesamtbild aller Funktionseinschränkungen mit einem MdE-Wert im Ganzen zu würdigen, wobei die einzelnen MdE-Ansätze nicht schematisch zusammengerechnet werden dürfen. Entscheidend ist eine integrierende Gesamtschau der Gesamteinwirkungen aller Funktionseinschränkungen auf die Erwerbsfähigkeit ([BSGE 48, 82](#)). Grundsätzlich sind nebeneinanderstehende Funktionseinschränkungen nicht zu addieren. Bei der integrierenden Gesamtschau ist der Grad der MdE in aller Regel niedriger als die Summe der Einzelschäden (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 103). Bei der Bildung der Gesamt-MdE hat der Senat berücksichtigt, dass sich insbesondere die zu beurteilenden Verletzungsmuster der Schulter und der Nase nicht überschneiden, weshalb eine Zusammenzählung der entsprechenden MdE-Werte gerechtfertigt ist. Für die Zeit vom 01.01.2009 bis 09.01.2012 war nur eine MdE von 10 v.H. für die Funktionseinschränkungen der Nase festzustellen, die sich mangels Stützrentenatbestand nicht rentenberechtigend auswirkt.

Nach alledem war das Urteil des SG auf die Berufung der Beklagten insoweit abzuändern, als die Beklagte zur Gewährung einer Verletztenrente nur für die Zeit vom 10.01.2012 bis 31.08.2013 nach einer MdE um 20 v.H. zu verurteilen war und für die Zeit vom 01.01.2009 bis 09.01.2012 die Klage abzuweisen war. Für die Zeit ab 01.09.2013 war die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Hierbei hat der Senat berücksichtigt, dass der Kläger im ersten Rechtszug die Klagen auf Verletzengeld, Heilbehandlungskosten und höhere Verletztenrente bis 31.12.2008 zurückgenommen hatte, was die vom Senat als angemessen bewertete erstattungsfähige Kostenquote von 1/4 bedingt. Im Berufungsverfahren war allein noch Streitgegenstand die Verletztenrente ab 01.01.2009. Die Berufung der Beklagten war insoweit nur in einem geringen Umfang erfolgreich, weshalb die außergerichtlichen Kosten des Klägers zu 3/4 zu erstatten sind.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-06-14