

L 10 U 4274/03

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 9 U 3208/01
Datum
30.06.2003
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 4274/03
Datum
29.06.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Auf das Teilanerkennnis der Beklagten vom 29. Juni 2006 wird der Bescheid vom 27. Juli 2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18. Oktober 2001 hinsichtlich der Ablehnung von Verletztengeld bis zum 26. Juli 2001 aufgehoben.

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 30. Juni 2003 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Folgen eines von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfalles.

Die am geborene Klägerin bückte sich während ihrer Tätigkeit als Angestellte am 13.09.1999 vom Stuhl aus nach einem auf den Boden gefallenem Bleistift. Dabei fiel sie aus ungeklärten Gründen auf das rechte Handgelenk. Der Durchgangsarzt Dr. S., Chefarzt der Chirurgischen Abteilung am Kreiskrankenhaus K., diagnostizierte am 13.09.1999 eine Zerrung des rechten Handgelenks und der rechten Mittel-, Ring- und Kleinfinger ohne Fraktur. Er legte der Klägerin einen Salbenverband an und bescheinigte ihr Arbeitsunfähigkeit bis einschließlich 22.09.1999. In der Folgezeit kam es zu erheblichen Schmerzzuständen mit mehreren Operationen ohne befriedigendes Ergebnis. Die Klägerin ist zwischenzeitlich auf opiathaltige Schmerzmittel eingestellt. Ihre Arbeit konnte sie nicht mehr aufnehmen.

Eine am 05.10.1999 durch die Neurologen Dr. D. und Dr. W., Leitender Arzt der Neurologie am Klinikum O., vorgenommene Untersuchung der Klägerin ergab keinen Hinweis auf eine Nervenverletzung als Ursache der von der Klägerin angegebenen zunehmenden Schmerzen der rechten Hand. Dr. D. berichtete der Beklagten im Oktober und November 1999, die Beschwerdeschilderung lasse an das Vorliegen einer sympathischen Reflexdystrophie denken, ohne dass sich hierfür bisher objektivierbare Symptome nachweisen ließen.

Vom 27.10. bis zum 16.11.1999 befand sich die Klägerin in der schmerztherapeutischen Behandlung von Priv. Doz. Dr. E., Leitender Arzt der Abteilung Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin am Klinikum O., der im Arztbrief vom 30.11.1999 berichtete, am 29.09.1999 habe die Klägerin angegeben, dass es im Verlauf der letzten zwei Wochen zu einer zunehmenden Schmerzreduktion bis hin zur völligen Schmerzfähigkeit gekommen sei und lediglich noch ein Taubheitsgefühl im Bereich des 4. und 5. Fingers rechts bestehe.

Der Neurologe Dr. B. gab im Arztbrief vom 30.11.1999 an, die Klägerin habe anamnestisch eine Ellbogenprellung verneint. Nach seiner Beurteilung liege ein Sulcus ulnaris Syndrom rechts aufgrund Druckschädigung vor. Prof. Dr. R., Leitender Arzt der Unfall- und Handchirurgie am Klinikum O., berichtete der Beklagten unter dem 17.12.1999, die durchgeführte Diagnostik mittels Kernspintomographie habe keine pathologischen Veränderungen im Bereich des rechten Handgelenkes gezeigt und die neurologische Untersuchung habe keinen neurologischen Schaden im Bereich des rechten Armes ergeben. Er diagnostiziere eine sympathische Reflexdystrophie der rechten Hand nach einer Handgelenksprellung und ein Sulcus nervi ulnaris-Syndrom rechts infolge einer Druckschädigung. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage nach vorläufiger Schätzung über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus unter 10 v. H.

Erstmals mit Schreiben vom 16.12.1999 gab die Klägerin gegenüber der Beklagten an, sie habe sich bei dem Sturz auf den Boden außer ihrer rechten Hand auch das Knie und den Ellbogen angeschlagen.

Mit Bescheid vom 09.03.2000 nahm die Beklagte den Versicherungsschutz versagenden Bescheid vom 11.01.2000 mit der Maßgabe zurück, dass sie Versicherungsschutz nach den gesetzlichen Bestimmungen gewähre.

Der Neurologe Dr. B. gab im Befundbericht vom 20.04.2000 an, bei der Untersuchung der Klägerin am 15.04.2000 sei die Angabe von Sensibilitätsstörungen am ulnaren Unterarm nicht sicher reproduzierbar gewesen - bei Wiederholung auch am distalen Drittel des rechten Unterarms. Es bestehe keine eindeutige radikuläre, periphere Zuordenbarkeit. Das Beschwerdebild sei mit einer isolierten Läsion des Nervus ulnaris im Ellenbogen-, bzw. Unterarmsverlauf rechts nicht zureichend erklärt. Neurographisch sei eine die Beschwerden verursachende Kompression des Nervus radialis und Nervus medianus ausgeschlossen worden.

Am 31.07.2000 erstattete Dr. G., Oberarzt an der Abteilung für Unfallchirurgie am Universitätsklinikum F., im Auftrag der Beklagten ein Gutachten. Er führte zusammenfassend aus, auch aufgrund der von Prof. Dr. L. gefertigten Röntgenaufnahmen (Zusatzgutachten vom 18.07.2000) ergebe sich kein wesentlicher objektivierbarer Nachweis einer Algodystrophie oder sympathischen Reflexdystrophie. Knöcherne Läsionen hätten nie nachgewiesen werden können, das angeschuldigte Schmerzsyndrom habe ebenfalls nie objektiviert werden können. Auch kernspintomographisch habe keine Veränderung nachgewiesen werden können. Es gebe keine wesentliche seitendifferente Schwellneigung, keine Verfärbung, kein Temperaturunterschied. Die Beschwellung der Hand, die eventuell auf eine verminderte Nutzung der betroffenen Extremität hinweisen könnte, sei ebenfalls nicht seitendifferent rechts zu links.

Später äußerte sich Prof. Dr. S., Komm. Ärztlicher Direktor der Abteilung Unfallchirurgie am Universitätsklinikum F., ergänzend dahingehend, das bei der Klägerin bestehende chronische Schmerzsyndrom bei peripherer Nervenläsion des Nervus ulnaris im Bereich des Sulcus ulnaris sei mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 13.09.1999 zurückzuführen. Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bestehe laut Unterlagen seit dem Unfall bis weiterhin.

Am 08.05.2001 erstattete der Arzt für Neurologie und Psychiatrie B. im Auftrag der Beklagten ein Gutachten. Er diagnostizierte eine leichte Oberflächensensibilitätsstörung im Sinne einer geminderten Wahrnehmbarkeit für alle Qualitäten für den distalen Versorgungsbereich des rechten Nervus ulnaris. Dieser Befund könne durch die elektrophysiologischen Zusatzuntersuchungen objektiviert werden. Normal seien EMG, Medianus-ENG, die SEP's und der psychopathologische Befund. Falls die Frage eines Unfallzusammenhangs vom chirurgischen Hauptgutachter bejaht werde, schätze er die unfallbedingte MdE für das Fortbestehen des sensiblen Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts mit 5 v. H. ein.

Prof. Dr. Wentzenen, Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. erstattete am 28.06.2001 im Auftrag der Beklagten ein Gutachten. Er führte zusammenfassend aus, nach Schmerztherapie und Stellatom-Blockaden sei am 29.09.1999 eine völlige Schmerzfähigkeit eingetreten, ein Bericht vom 17.12.1999 könne Veränderungen im Sinne einer Dystrophie nicht mehr feststellen. Er empfehle der Beklagten, die Therapie der stattgehabten Handgelenksprellung rechts zum 29.09.1999 abzuschließen. Ein sekundär auftretendes Nervus ulnaris Kompressionssyndrom im Sulcus ulnaris nach Handgelenksprellung ohne ruhigstellende Verbände, ohne Bewegungseinschränkung oder ausgeprägte Schwellungszustände sei dem Unfallereignis nicht anzulasten. Die während der Therapie gestellte Diagnose eines chronisch regionalen Schmerzsyndroms Typ II sei nicht richtig, da die per definitionem geforderte komplexe Schmerzsymptomatik infolge einer peripheren Nervenläsion nicht vorliege wie mehrere neurologische Konsile belegten. Eine MdE im rentenberechtigenden Ausmaß nach Prellung des rechten Handgelenks sei nicht verblieben.

Mit Bescheid vom 27.07.2001 und Widerspruchsbescheid vom 18.10.2001 lehnte die Beklagte nach Anhörung der Klägerin Entschädigungsleistungen über den 29.09.1999 hinaus mit der Begründung ab, durch die bildgebenden und die neurologischen Untersuchungen hätten keine unfallbedingten Nervenverletzungen und kein unfallbedingtes Schmerzsyndrom nachgewiesen werden können. Die auf den Unfall zurückzuführenden Schmerzen seien am 29.09.1999 abgeklungen gewesen, so dass zu diesem Zeitpunkt keine Behandlungsbedürftigkeit wegen Unfallfolgen mehr bestanden habe. Als Folgen des Versicherungsfalls würden anerkannt: "Ohne wesentliche Folgen ausgeheilte Prellung der rechten Hand.". Als Folgen des Versicherungsfalls würden nicht anerkannt: "Nervus ulnaris Kompressionssyndrom".

Dagegen hat die Klägerin am 21.11.2001 Klage zum Sozialgericht F. erhoben und zur Begründung ergänzend vorgebracht, sie habe am 13.09.1999 neben Prellungen an der rechten Hand auch Prellungen am rechten Ellbogen erlitten und bereits am Unfalltag über stärkste Schmerzen des rechten Handgelenks und der Finger 3 bis 5 der rechten Hand geklagt.

Am 30.12.2002 hat Prof. Dr. Dr. Dru., Direktor der Neurologischen Klinik des Städtischen Klinikums Karlsruhe, im Auftrag des Sozialgerichts ein Gutachten erstattet (mit elektrophysiologischem Zusatzgutachten vom 07.12.2002). Er hat zusammenfassend ausgeführt, ein Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall vom 13.09.1999 und der jetzt noch nachweisbaren inkompletten sensibel betonten ulnaris Schädigung rechts lasse sich nicht herstellen, da bei einer neurologischen Untersuchung am 05.10.1999 durch Dr. D. das Vorliegen eines Sulcus-ulnaris-Syndroms rechts ausgeschlossen worden sei und erst Dr. B. am 30.11.1999 die Diagnose aufgrund einer erheblich verlangsamten Nervenleitgeschwindigkeit des N. Ulnaris im Sulcus gestellt habe. Wenn es bei dem Ereignis vom 13.09.1999 tatsächlich zu einer Schädigung des N. ulnaris im Sulcus am rechten Ellbogen gekommen wäre, so hätte sich diese Schädigung bei der neurologischen Erstuntersuchung am 05.10.1999 in O. nachweisen lassen müssen. Wenn ein Nerv direkt traumatisiert werde, komme es in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang damit zu einer Beeinträchtigung der Leitungsfähigkeit und nicht erst nach mehreren Wochen. Darüber hinaus hätten die Befunde des Dr. B. bei den Kontrolluntersuchungen für eine akute Druckschädigung gesprochen, da sich die Nervenleitgeschwindigkeit bei den Nachfolgeuntersuchungen jeweils gebessert habe. Bei dem Ereignis vom 13.09.1999 sei es nicht zu einer Beteiligung des peripheren Nervensystems gekommen. Er schließe sich der Argumentation von Prof. Dr. W. im Gutachten vom 28.06.2001 an, dass ein chronisch regionales Schmerzsyndrom Typ II bei der Klägerin als Unfallfolge nicht vorgelegen habe.

Mit Gerichtsbescheid vom 30.06.2003 hat das Sozialgericht die Klage vor allem gestützt auf die Angaben von Prof. Dr. Dr. Dru. abgewiesen. Gegen den am 02.07.2003 zur Post gegebenen Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 09.10.2003 Berufung eingelegt und zur Begründung vorgebracht, die von ihr bereits im Sozialgerichtsverfahren erwähnten Sensibilitätsstörungen und Schmerzen des Ringfingers und des kleinen Fingers seien wichtige klinische Hinweise auf eine Schädigung des Nervus ulnaris und diese hätten, obwohl sie im Durchgangsarztbericht vom 13.09.1999 und im Schreiben von Prof. Dr. R. vom 19.10.1999 erwähnt worden seien, im Gutachten von Prof. Dr. Dr. Dru. keinen Niederschlag gefunden. Die der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zur chronischen Ulnarisneuropathie am Ellbogen entnommenen "klassischen" Symptome ließen sich mit den von ihr geschilderten Beschwerden gut in Einklang bringen. Es sei außerdem in der Literatur allgemein anerkannt, dass Läsionen peripherer Nerven, insbesondere an physiologischen Engpässen durch posttraumatische, narbige Veränderungen auch noch Jahre nach dem Unfall auftreten oder sich verschlechtern könnten. Bei der

Begutachtung sei zu wenig beachtet worden, dass die von ihr geklagte Symptomatik unschwer sowohl anfänglich als auch im Verlauf als das Auftreten eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) einzuordnen sei. Typischerweise komme es beim CRPS in beiden Typen zum Auftreten eines meistens als brennend beschriebenen, schlecht abgrenzbaren Schmerzes.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 30. Juni 2003 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 27. Juli 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Oktober 2001 hinsichtlich der Ablehnung von Verletztengeld bis zum 26. Juli 2001 aufzuheben, im Übrigen abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihr über den 26.07.2001 hinaus Verletztengeld bzw. Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und hat die beratungsärztliche Stellungnahme des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Priv.-Doz. Dr. R. vom 03.07.2004 vorgelegt. Er hat darauf hingewiesen, dass es bei dem Unfall am 13.09.1999 zu keiner direkten Traumatisierung des Ellbogengelenks und damit des Nervus ulnaris im Nervenkanal im Bereich dieses Ellbogens gekommen sei. Eine indirekte Schädigung dieses Nerven durch den Aufprall im Handgelenksbereich könnte bei entsprechenden anatomischen Gegebenheiten diskutiert werden. Es sei jedoch Prof. Dr. Dr. Dru. zuzustimmen, dass aus der initialen Beschwerdeschilderung eine Ulnarisläsion nicht mit der erforderlichen Eindeutigkeit abgeleitet werden könne. Der Argumentation der Klägerin, dass das Sulcus-ulnaris-Syndrom durch bei dem Unfall entstandene narbige Veränderungen hervorgerufen worden sein könnte, sei entgegen zu halten, dass solche narbigen Veränderungen eine hier nicht dokumentierte unmittelbare Traumatisierung im Ellbogenbereich voraussetzen würden.

Der Senat hat der Klägerin mit Beschluss vom 18.12.2003 wegen Versäumung der Berufungsfrist Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gewährt und ergänzende gutachtliche Stellungnahmen von Prof. Dr. Dr. Dru. eingeholt. Er hat zusammenfassend ausgeführt, prinzipiell könne ein Trauma, das die Ellbogengegend treffe, mit und ohne Knochenläsion zu einer Ulnarisschädigung führen. Allerdings ergäben sich aufgrund der in den Akten vorhandenen Unterlagen keine Anhaltspunkte für eine stattgehabte traumatische Einwirkung auf das Ellenbogengelenk. Erstmals am 16.12.1999 habe die Klägerin berichtet, dass sie bei dem Unfall auch den rechten Ellbogen angeschlagen habe, nachdem Dr. B. am 30.11.1999 aufgrund der von ihm erhobenen Befunde ein Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts im Rahmen einer Druckschädigung diagnostiziert gehabt habe. Auch die von der Klägerin angegebenen sensiblen Störungen sprächen nicht für eine Schädigung des Nervus ulnaris, da die geschilderte Symptomatik als uncharakteristisch angesehen werden müsse. Weiter lasse sich aus den am 05.10.1999 und am 04.11.1999 von Dr. D. durchgeführten Bestimmungen der motorischen Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus ulnaris keine Schädigung des Nervus ulnaris im Sulcusbereich herleiten. Zudem sei nach den Kriterien der International Association for the Study of Pain die Diagnose CRPS bei der Klägerin aufgrund der fehlenden Begleitsymptomatik in der Zeit nach dem stattgehabten Sturz vom 13.09.1999 nicht wahrscheinlich zu machen.

In der mündlichen Verhandlung vom 29.06.2006 hat die Beklagte ein Teilanerkenntnis dahingehend abgegeben, dass der angefochtene Bescheid hinsichtlich der Ablehnung von Verletztengeld bis zum 26.07.2001 aufgehoben wird.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässige Berufung - der Senat hat der Klägerin mit Beschluss vom 18.12.2003 wegen Versäumung der Berufungsfrist Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gewährt - ist unbegründet.

Bezüglich des von der Beklagten am 29.06.2006 abgegebenen Teilanerkenntnisses, das die Klägerin nicht angenommen hat, hat der Senat ohne weitere Sachprüfung ein entsprechendes Teilanerkenntnisurteil erlassen (BSG, Urteil vom 27. Juli 2003, [B 4 RA 62/02 R](#) m. w. N.) Streitgegenstand ist damit nur noch die Gewährung von Leistungen (Verletztengeld und Verletztenrente) ab 27.07.2001.

Verletztengeld wird gem. [§ 45 Abs. 1 SGB VII](#) u. a. erbracht, wenn Versicherte infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig sind und unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen hatten. Gem. [§ 46 Abs. 1 SGB VII](#) wird Verletztengeld von dem Tag an gezahlt, ab dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Das Verletztengeld endet gem. [§ 46 Abs. 3 SGB VII](#) u. a. mit dem letzten Tag der (unfallbedingten) Arbeitsunfähigkeit.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vmhundertsätze 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 nach [§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#) nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern. 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](#)).

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall) und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung erwiesen sein, d. h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 30. April 1985, [2 RU 43/84](#) in SozR 2200 § 555a Nr. 1). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 30. April 1985, [a.a.O.](#)); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des

Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist. (vgl. BSG, Urteil vom 2. November 1999, [B 2 U 47/98 R](#) in [SozR 3-1300 § 48 Nr. 67](#); Urteil vom 2. Mai 2001, [B 2 U 16/00 R](#) in [SozR 3-2200 § 551 Nr. 16](#)). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSG, Urteil vom 28. Juni 1988, [2/9b RU 28/87](#) in [SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 1991, [2 RU 31/90](#) in [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#)).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat die Beklagte zu Recht das Vorliegen weiterer Unfallfolgen verneint und auch zu Recht die Gewährung von Verletztengeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung über den 26.07.2001 hinaus sowie Verletztenrente abgelehnt. Die Beschwerden der Klägerin im Bereich des rechten Ellenbogens können nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 13.09.1999 zurückgeführt werden.

Dies ergibt sich für den Senat überzeugend aus dem Gutachten von Prof. Dr. Dr. Dru. sowie dessen ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme als auch aus dem Gutachten von Prof. Dr. W., das der Senat im Wege des Urkundenbeweises verwertet. Danach hat die Klägerin am 13.09.1999 bei ihrem Sturz keine Schädigung des N. Ulnaris im Sulcusbereich weder im Rahmen einer primären Schädigung noch durch Vernarbungsvorgänge erlitten.

Ursächlich für primäre Schädigungen des N. Ulnaris im Ellenbogenbereich können direkte stumpfe Traumata beim Schlag auf die Innenseite des Ellbogens oder Schnittverletzungen sowie Verletzungen bei Brüchen im Bereich des Ellbogengelenkes sein. Die häufigsten Ursachen der Ulnarislähmung am Ellbogen sind Druckläsionen, wobei bereits das Aufstützen des Ellbogens auf einer harten Unterlagen bei bestimmten Arbeiten zu einer Drucklähmung führen kann. Von einer sekundären Phase wird gesprochen, wenn Lähmungen einige Wochen bis einige Monate nach einer Fraktur auftreten, bedingt durch die Entstehung einer peri-neuralen Weichteilnarbe. Bei posttraumatischen Spät paresen handelt es sich zumeist um Folgen von Ellbogengelenksfrakturen. Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass bei der Klägerin eine entsprechende traumatische Einwirkung auf das Ellbogengelenk vorgelegen hat. Im Durchgangsarztbericht vom 14.09.1999 ist der Unfallhergang dahingehend beschrieben, dass die Klägerin einen Bleistift habe aufheben wollen und dabei auf die rechte Hand gefallen sei. Der Durchgangsarzt Dr. Sch. beschrieb nur einen Druckschmerz und Bewegungsschmerz am rechten Handgelenk und der Finger 3 bis 5 sowie eine schmerzhafte Beugung. Er ging diagnostisch von einer Zerrung des rechten Handgelenkes sowie der rechten Mittel-Ring- und Kleinfinger aus. Es wurden weder Weichteilverletzungen oder eine Knochenverletzung im Bereich des rechten Ellbogens beschrieben, noch hatte die Klägerin irgendwelche Beschwerden im Bereich des rechten Ellbogens angegeben. Auch der Rechnung des Dr. H., den die Klägerin, nachdem sie nach dem Unfall zunächst weiter gearbeitet hatte, am 13.09.1999 zunächst aufsuchte und bei dem sie zur Verbanderneuerung am 14., 17., 20., 21., 22., 23. und 24. 09.1999 in Behandlung war, ist unter Diagnosen lediglich eine Zerrung des rechten Handgelenks sowie der rechten Mittel-, Ring- und Kleinfinger zu entnehmen. Auch im Nachschaubericht von Prof. Dr. R., den die Klägerin erstmals am 24.09.1999 aufsuchte, ist lediglich ein Druckschmerz am Handgelenk mit Bewegungsschmerz und Ausstrahlung in die Finger erwähnt. Auch hier fanden sich keinerlei Angaben für eine Beteiligung des Ellbogengelenkes.

Gegenüber Dr. B. verneinte die Klägerin sogar eine Ellbogenverletzung. Das Vorbringen der Klägerin, die von ihr bei der Untersuchung durch Dr. B. verneinte Ellbogenprellung sei einem sprachlichen Missverständnis zuzuschreiben, da sie den Begriff der Prellung nicht gekannt habe, ist für den Senat nicht glaubhaft und nicht nachvollziehbar, nachdem es sich bei dem Begriff der Prellung durchaus um einen auch von medizinischen Laien verwendeten Begriff handelt. Erstmals mit Schreiben vom 16.12.1999 behauptete die Klägerin dann, sich auch Ellbogen und Knie angeschlagen zu haben. Dies erachtet der Senat nicht für glaubhaft.

Auch dem Befundbericht von Dr. D. - bei dem sich die Klägerin erstmals am 05.10.1999 vorstellte - ist kein Hinweis auf eine Ellbogenverletzung zu entnehmen. In diesem Schreiben sind als Diagnosen ein Handschmerz ungeklärter Ursache, eine Handprellung und kein Anhalt für Nervenkompression zu entnehmen. Die durchgeführte neurologische und elektrophysiologische Untersuchung ergab keinen Hinweis für eine Nervenverletzung als Ursache der Schmerzen der rechten Hand. Es ergaben sich keine objektivierbaren Symptome für das Vorliegen einer sympathischen Reflexdystrophie. Die Elektroneurographie ergab regelrechte Werte des Nervus medianus und Nervus ulnaris rechts motorisch und sensibel ohne Hinweis auf ein peripheres Engpasssyndrom, insbesondere kein Hinweis auf ein Sulcus ulnaris-Syndrom. Auch aus den im Berufungsverfahren von der Klägerin vorgelegten Messwerten der Neurographie vom 05.10.1999 lässt sich keine Schädigung des Nervus ulnaris im Sulcusbereich herleiten. Die Bestimmung der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus ulnaris rechts erbrachte im Handgelenk mit 42,2 m/s zwar einen erniedrigten Wert bei Zugrundelegung einer unteren Normgrenze vom 50/s. Auffallend ist allerdings, dass bei der Kontrolluntersuchung am 04.11.1999 durch Dr. D. eine regelrechte sensible Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus ulnaris gemessen wurde, allerdings bei um 4 Grad höherer Hauttemperatur, was - von einem Messfehler abgesehen - zumindest teilweise den ursprünglich niedrigeren Wert erklärt.

Folgt man den von Prof. Dr. Dr. Dru. angegebenen Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie über die "chronische Ulnarisneuropathie am Ellbogen", so ist typisch für eine chronische Ulnariskompression in Höhe des Ellbogens eine um mehr als 10 m/s herabgesetzte motorische Nervenleitgeschwindigkeit im Ellbogensegment im Vergleich zum Unterarmsegment und eine signifikante Amplitudenminderung des motorischen Antwortpotentials nach Nervenstimulation proximal und außerdem eine Aufsplitterung und Verlängerung des motorischen Antwortpotentials nach Stimulation proximal. Bei der Klägerin bestand keine Differenz um mindestens 10 m/s, sondern die Nervenleitgeschwindigkeit des N. ulnaris im Sulcusbereich entsprach nahezu der Nervenleitgeschwindigkeit an den distalen Abschnitten (48,9 zu 52,2 m/s). Auch waren - so überzeugend Prof. Dr. Dr. Dru. - die Amplituden und die Dauer der Potenziale im Normbereich, weshalb sich keine Schädigung des N. ulnaris im Sulcusbereich am 05.10.1999 herleiten lässt.

Im Übrigen entsprachen auch die im Befundbericht von Dr. D. vom 21.10.1999 aufgrund der Untersuchung der Klägerin am 05.10.1999 mitgeteilten Beschwerden im Bereich der Hand keineswegs dem sensiblen Ausbreitungsgebiet des N. ulnaris im Bereich der Handkante und des Kleinfingers und der lateralen Hälfte des Ringfingers, sondern von der Klägerin wurde ein vermindertes Schmerzempfinden an der Volarseite im Bereich von Daumen, Zeigefinger, Ring- und Kleinfinger und an der Dorsalseite von Klein- und Ringfinger sowie im Bereich der autonomen radialis Zone geäußert. Diese Gefühlsstörungen betreffen das sensible Versorgungsgebiet nicht nur des N. ulnaris, sondern auch

des N. medianus und N. radialis. Eine derartige Symptomatik, so überzeugend Prof. Dr. Dr. Dru., wirkt eher uncharakteristisch und ist keinesfalls als Folge einer Schädigung des N. ulnaris im Sulcusbereich zu werten. Bei Betrachtung dieses Hergangs und insbesondere der Untersuchungsergebnisse von Dr. D. am 05.10.1999 kann sich die Klägerin die von Dr. B. erstmals diagnostizierte Druckschädigung im Sulcus nervi ulnaris rechts nicht bei dem Sturz vom 13.09.1999 zugezogen haben, sondern erst zu einem späteren Zeitpunkt.

Eine Schädigung des Nervus ulnaris im Sulcusbereich durch Vernarbungsvorgänge ist ebenfalls nicht anzunehmen, da dies das Vorliegen eines Traumas in dem entsprechenden Bereich voraussetzt und ein solches wie oben ausgeführt nicht vorlag.

Selbst wenn man bei der Klägerin heute das Vorliegen eines CRPS Typ II unterstellen wollte, so ist dieses nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Sturz der Klägerin am 13.09.1999 zurückzuführen. Hiervon ist der Senat aufgrund der Ausführungen von Prof. Dr. Dr. Dru. in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 12.01.2006 überzeugt. Danach ist das CRPS durch eine Fülle von sensiblen, autonomen motorischen, osteometabolischen und psychischen Störungen gekennzeichnet.

Nach den neuen Kriterien der International Association for the Study of Pain kann die Diagnose CRPS im klinischen Bereich gestellt werden, wenn 1. mindestens jeweils eines der nachgenannten Symptome in mindestens zwei Kategorien sich bei der Untersuchung des Patienten zeigt und 2. darüber hinaus mindestens jeweils eines der nachgenannten klinischen Symptome in mindestens drei Kategorien beim Patienten aus der Krankheitsgeschichte erhebbar ist.

Dabei sind folgende Kategorien der Symptome des CRPS aufgestellt worden:

Sensible Störungen Spontanschmerz, mechanische, thermische u. tief-somatische Hyperalgesie,

Vaskuläre Störungen Vasodilatation/-konstriktion, Haupttemperaturunterschiede, Veränderungen des Hautkolorits,

Ödeme, Schweißsekretionsstörungen Ödeme/Schwellungen, Hyper-/Hypohidrosis,

Motorische Störungen Paresen, Dystonie, Tremor, Koordinationsstörungen

Trophische Störungen Nagel-/Haarveränderungen, Hautatrophie, Gelenkversteifungen, Weichteilveränderungen.

Danach kann die Diagnose eines CRPS nicht allein aufgrund der Angabe von Schmerzen gestellt werden, sondern es finden sich - so überzeugend Prof. Dr. Dr. Dru. - weitere Symptome wie beispielsweise ein haltungs- und belastungsabhängiges dorsalbetontes Ödem bei fast allen Patienten zu Beginn der Erkrankung und eine Mitbeteiligung von Gelenk- und Weichteilstrukturen ist nahezu obligat. Außerdem liegen Störungen des autonomen Nervensystems in der Regel vor. Derartige Symptome sind mit Ausnahme der von der Klägerin geklagten Schmerzen und, Paraesthesien nach der Aktenlage bei den wiederholten Untersuchungen zu keinem Zeitpunkt beschrieben worden. So wurden am 13.09.1999 lediglich Druckschmerz und Bewegungsschmerz am rechten Handgelenk angegeben, am 20.09.1999 ein Druckschmerz in der Hohlhand, am 24.09.1999 ein Druckschmerz über dem Handgelenk mit Bewegungsschmerzen und Ausstrahlung in die Finger. Dr. D. hat anlässlich seiner Untersuchung am 05.10.1999 zwar berichtet, dass die Beschwerdeschilderung an das Vorliegen einer sympathischen Reflexdystrophie (das CRPS wurde früher als sympathische Reflexdystrophie bezeichnet) denken lasse, ohne dass aber bisher dafür objektivierbare Symptome bestünden. Auch im Schreiben vom 13.11.1999, das die Untersuchung am 04.11.1999 beschreibt, hat Dr. D. darauf hingewiesen, dass sich keine objektivierbaren Symptome einer sympathischen Reflexdystrophie nachweisen ließen. Auch hat Dr. H. im neurologischen Befundbericht vom 20.04.2000 (Untersuchung 15.04.2000) berichtet, dass an der rechten Hand trophische Störungen nicht vorgelegen hätten. Weiter hat Dr. H. im Befundbericht vom 04.08.2000 (Untersuchung 01.08.2000) darauf hingewiesen, dass die Hauttemperatur seitengleich gewesen sei, keine signifikante Temperaturdifferenz zwischen rechter und linker Hand bestanden habe und Hinweise auf vegetative Störungen der rechten Hand nicht vorgelegen hätten. Schließlich hat auch Dr. G. im Gutachten vom 31.07.2000 ausgeführt, dass bei der Klägerin keine knöchernen Läsionen nachweisbar gewesen seien, kernspintomographisch und radiologisch keine Veränderungen vorgelegen hätten, eine wesentliche seitendifferente Schwellneigung und eine Verfärbung oder ein Temperaturunterschied ebenfalls nicht vorhanden gewesen seien. Auch sei die Beschwellung der Hand nicht seitendifferent gewesen. Schließlich ist er dann zu dem Ergebnis gekommen, dass kein wesentlicher objektivierbarer Nachweis einer sympathischen Reflexdystrophie vorliege.

Der Hinweis der Klägerin, beim CRPS komme es bei beiden Typen zum Auftreten eines meistens als brennend beschriebenen, schlecht abgrenzbaren Schmerzes innerhalb der ersten Stunden nach der Verletzung, stützt das Begehren der Klägerin nicht, denn weder im Durchgangsarztbericht vom 14.09.1999 noch in den Nachschauberichten vom 20.09. und 27.09.1999 wird von einem Brennschmerz berichtet.

Im Ergebnis verneint der Senat somit die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs der auch heute noch vorliegenden Beschwerden an der rechten Hand mit dem Unfallereignis. Möglicherweise kam es nach dem Unfall zu einer Druckschädigung im Bereich des Ellbogens. Hierfür können - so die Darlegungen von Prof. Dr. Dru. - schon geringe Belastungen wie beispielsweise das Aufstützen des Ellbogens auf den Tisch beim längeren Telefonieren ausreichen.

Das von der Klägerin beantragte Gutachten nach [§ 109 SGG](#) lehnt der Senat ab. Nach [§ 109 Abs. 2 SGG](#) kann das Gericht einen Antrag ablehnen, wenn durch die Zulassung die Erledigung des Rechtsstreits verzögert werden würde und der Antrag nach der freien Überzeugung des Gerichts aus grober Nachlässigkeit nicht früher vorgebracht worden ist. Letzteres ist der Fall, nachdem die Klägerin die vom Senat mit Schreiben vom 22.02.2006 gesetzte Frist zur Benennung eines Gutachters bis zum 30.03.2006 nicht eingehalten hat, ein Kostenvorschuss nicht eingegangen ist und die unterschriebene Kostenverpflichtungserklärung nicht vorgelegt worden ist. Das Schreiben der ÖRAG Rechtsschutz ist nicht ausreichend. Außerdem ist der Rechtsstreit unmittelbar nach Verstreichen der Frist zur mündlichen Verhandlung terminiert worden, sodass die Einholung des Gutachtens die Erledigung des Rechtsstreits verzögern würde.

Bei dieser Sach- und Rechtslage ist die Berufung - soweit sie über das Teilanerkennnis hinausgeht - zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und berücksichtigt, dass das Teilanerkennnis der Beklagten eher deklaratorische Bedeutung hat und deshalb eine Kostenübernahme durch die Beklagte nicht in Betracht kommt.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2006-07-10