

L 1 U 1453/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 6 U 844/03
Datum
16.01.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 1 U 1453/08
Datum
29.09.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 16.01.2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob Gesundheitsstörungen des linken Handgelenks des Klägers Folge des Geschehens vom 05.11.2001 sind und ihm deswegen Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung zusteht.

Der 1974 geborene Kläger war als Auszubildender im Sanitär/Heizungsbetrieb der R. GmbH tätig. Am 05.11.2001 traten plötzlich Schmerzen am linken distalen Unterarm auf, als er an einem unter dem Dach eingeklemmten Edelstahlschlauch zog. Der Kläger suchte am Unfalltag die chirurgische Praxis Dr. W. und Dr. S. auf, wo eine Tendovaginitis des linken Unterarms diagnostiziert wurde (Telefax-Bericht an die Beklagte vom 08.01.2002), wobei der Kläger angegeben habe, seit einem Jahr rezidivierende Beschwerden bei Belastung im linken Unterarm zu haben.

Am 18.12.2001 diagnostizierte Dr. S. links eine physiologische Gelenksstellung des Handgelenks ohne Schwellung bei freier Beweglichkeit. Er beschrieb einen Druckschmerz des distalen Radioulnargelenks, verstärkt bei Umwendbewegungen, mit intakter DMS (Durchblutung, Motorik, Sensibilität) und unauffälligem Sehnenstatus. Unter der Diagnose einer Distorsion des Handgelenks (H-Arztbericht von Dr. S. vom 20.12.2001) veranlasste er eine Magnetresonanztomografie durch die Gemeinschaftspraxis Diagnostische Radiologie Dr. B. und Kollegen. Als Befund der Magnetresonanztomografie wurde beschrieben: minimale Flüssigkeit um das Ulna-Köpfchen. Leichtgradiges, fokales Knochenödem des Processus styloideus ulnae. Vertikale Ruptur des Diskus articularis. Keine Ruptur des ulnaren Bandapparates, regelrechte Darstellung der Handwurzel, des distalen Radius und der umgebenden Weichteile. Wahrscheinlich handele es sich um eine traumatische Ruptur des Diskus triangularis (Arztbrief der Gemeinschaftspraxis Diagnostische Radiologie vom 18.12.2001). Der Kläger wurde am 20.12.2001 im Marienhospital S. untersucht. Prof. Dr. G. fand keine äußerlichen Auffälligkeiten am linken Handgelenk. Aus den Fremdrontgenaufnahmen und dem kernspintomografischen Befund seien keine eindeutigen pathologischen Veränderungen zu erkennen. Klinisch sei am ehesten an eine Tendovaginitis stenosans im Bereich des V. Streckerfaches zu denken (Befundbericht von Prof. Dr. G. vom 16.01.2002). Bei der am 27.12.2001 durchgeführten Arthroskopie des linken Handgelenks wurde eine Diskusverletzung ausgeschlossen und eine Synovialzottenhypertrophie (entzündliche Veränderungen der Gelenkbinnenhaut) mäßigen Ausmaßes diagnostiziert (Operationsbericht des Marienhospitals Stuttgart vom 27.12.2001).

Mit Bescheid vom 18.04.2004 lehnte die Württembergische Bau-Berufsgenossenschaft, eine Rechtsvorgängerin der Beklagten (im Folgenden nur noch Beklagte), die Feststellung des Ereignisses vom 05.11.2001 als Arbeitsunfall und die Gewährung von Leistungen ab. Es habe sich am 05.11.2001 nicht um ein direktes Trauma durch äußere Gewalteinwirkung gehandelt, sondern bei einer willentlichen Kraftanstrengung seien Schmerzen aufgetreten. Bei der diagnostizierten Erkrankung handle es sich um ein anlagebedingtes Beschwerdebild, das bei einer betriebsüblichen Tätigkeit ohne eigentliches Unfallgeschehen aufgetreten sei.

Gegen den Bescheid legte der Kläger Widerspruch ein. Er machte geltend, vor dem 5.11.01 habe er nicht Schmerzen in der linken Hand gehabt, sondern Schmerzen seien auf der rechten Seite aufgetreten. Insoweit handele es sich um ein Missverständnis. Dass bei der Arthroskopie im Marienhospital nichts gefunden worden sei, sei verwunderlich, denn Prof. Dr. L. in der Klinik für Handchirurgie, B., habe einen Abriss des triangulären fibrocartilaginären Komplexes ulnokarpal dorsal und eine erstgradige skapholunäre Dissoziation diagnostiziert. Er verwies auf den vorgelegten Entlassungsbericht von Prof. Dr. L. vom 03.05.2002 über die stationäre Behandlung vom 01.05. bis

03.05.2002 mit Arthroskopie am 02.05.2002 zur Refixation des triangulären fibrocartilaginären Komplexes. Daraufhin zog die Beklagte den Operationsbericht der Klinik für Handchirurgie B./S. vom 02.05.2002 bei und veranlasste ein Gutachten durch Prof. Dr. H ... In seinem Gutachten vom 05.09.2002 kam der Gutachter zu dem Ergebnis, der Kläger habe sich am 05.11.2001 eine Distorsion des linken Handgelenks zugezogen, die nach Ende der Arbeitsunfähigkeit vom 06.11. bis 25.11.2001 folgenlos ausgeheilt gewesen sei. Der geschilderte Unfallmechanismus mit Ziehen und Drücken ohne Fremdeinwirkung sei nicht geeignet, eine Verletzung des Discus articularis bzw. des triangulären fibrocartilaginären Komplexes zu verursachen. Unter Berücksichtigung der Spiegelungsbefunde vom 27.12.2001 einerseits und vom 02.05.2002 andererseits sei möglicherweise von einem Zweittrauma auszugehen. Der am 02.05.2002 festgestellte Abriss des triangulären fibrocartilaginären Komplexes sei als unfallunabhängig anzusehen. Mit Widerspruchsbescheid vom 24.01.2003 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Der Kläger hat hiergegen am 18.02.2003 Klage beim Sozialgericht Stuttgart erhoben.

Das Sozialgericht hat mit Beschluss vom 03.07.2003 die Krankenkasse des Klägers beigeladen und mit Beweisanordnung vom 25.02.2004 Dr. N. schriftlich als sachverständigen Zeugen gehört, der mitgeteilt hat, ein Vorgang zu einem Arbeitsunfall sei in der Praxis nicht vorhanden, der Kläger sei lediglich am 28.04.2001 einmal konsiliarisch in seiner Behandlung gewesen (Aussagen vom 15.03. und 01.10.2004). Im Termin zur Erörterung der Sach- und Rechtslage am 23.03.2005 hat der Kläger weitere Angaben gemacht und u.a. ausgeführt, er habe nach November 2001 definitiv keinen weiteren Unfall erlitten, sondern trotz unfallbedingter Beschwerden bis Mai 2002 weitergearbeitet.

In dem von Amts wegen eingeholten Gutachten vom 03.06.2005 hat der Sachverständige Prof. Dr. S. die Schilderung des Geschehens durch den Kläger dokumentiert. Der Kläger habe angegeben, beim Durchziehen eines Rohres unter den Dachbalken von links nach rechts sei plötzlich etwas geschehen, er habe gemerkt, dass irgend etwas nicht stimme. Danach habe er weitergearbeitet, im weiteren Verlauf seien jedoch Schmerzen im Bereich des linken Handgelenke aufgetreten. Prof. Dr. S. hat ausgeführt, die Herbeiführung des Schadensbildes des linken Handgelenkes durch das Ereignis vom 05.11.2001, dessen Hergang nach den aktuellen Angaben des Klägers sich im Wesentlichen mit dem in den Akten dokumentierten Geschehensablauf decke, sei nach der geltenden, medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung nicht nachvollziehbar. Die Synovialhypertrophie sei mit hinreichender Wahrscheinlichkeit keine Unfallfolge. Eine dynamische Aufweitung der SL-Bandverbindung unter Stressbedingungen sei konstitutionell bedingt und habe keinen Krankheitswert. Bezogen auf die Faserknorpelscheibe (Discus articularis) und den zugehörigen triangulären fibrocartilaginären Bandkomplexes könne keine den Beweisgrad des Möglichen übersteigende Aussage getroffen werden. Dies betreffe schwerpunktmäßig die Frage, ob überhaupt ein Gesundheitsschaden vorliege und wenn ja, wann dieser Schaden aufgetreten sei, bzw. ob es sich um einen unfallbedingten oder unfallunabhängigen Schaden handele. Ginge man beim Ereignis vom November 2001 von einer wesentlichen Bedingung aus, wäre der aktuell verbliebene Gesundheitsschaden am linken Handgelenke jedoch mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von unter 10 v.H. einzustufen.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das Sozialgericht das Gutachten vom 05.03.2007 eingeholt. Darin hat der Sachverständige PD Dr. S. die erneute Schilderung des Klägers zum Unfallhergang wiedergegeben. PD Dr. S. hat das Ereignis mit einem ruckartigen Stoppen und Verdrehen der den Schlauch festhaltenden und schiebenden linken Hand als geeignet erachtet, einen Abriss des dreieckförmigen Faserknorpels herbeizuführen. Passend hierzu sei ein plötzlich reißen Schmerz mit nachfolgender Schwellung beschrieben worden. Die Magnetresonanztomografie des linken Handgelenks vom 18.12.2001 habe eine vertikale Ruptur der Peripherie des Diskus articularis ergeben. Bei der Arthroskopie am 27.12.2001 sei dieser Befund nicht bestätigt worden. Möglicherweise sei die diagnostizierte deutliche Synovialhypertrophie hierfür ursächlich gewesen, dass die Ruptur offenbar nicht erkannt worden sei. Bei anhaltender Beschwerdesymptomatik habe die Revisionsarthroskopie den eindeutigen ulnaren Abriss des Diskus ulnocarpalis ergeben. Solche Abrisse seien immer auf ein Trauma zurückzuführen, zentrale Läsionen hingegen seien in der Regel Folgen degenerativer Veränderungen. Die Läsion des skapholunären Bandes lasse sich nicht mit letzter Sicherheit auf das Geschehen vom November 2001 zurückführen, da diese Bandverbindungen am ehesten durch einen Sturz auf das ausgestreckte Handgelenk zerreißen. Möglicherweise könne eine minimale Läsion dieses Bandes auch beim Ereignis vom November 2001 eingetreten sein, wenn es durch gegenläufige Kraftanstrengungen auch zu einer komplexen Irritation der Handwurzelknochen untereinander mit Störung des regulären Ablaufs im Gefüge gekommen sei. Ein Beweis hierfür lasse sich nicht erbringen.

Die Beklagte hat die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. K. vom 25.06.2007 vorgelegt. Darin wird ausgeführt, für eine traumatische Veränderung spreche die vertikale Ruptur aus dem Befund der Magnetresonanztomografie, dagegen aber die fehlende Flüssigkeitsansammlung und fehlenden Hinweise auf knöcherne Begleitverletzungen. Bei der Arthroskopie vom 27.12.2001 sei eine Ruptur des Diskus articularis eindeutig ausgeschlossen, das SL-Band sei als intakt befundet worden. Ausdrücklich seien Instabilitäten des ulnocarpalen Handwurzelkomplexes oder Knorpelschäden ausgeschlossen worden. Dagegen erkläre die erkannte Synovialhypertrophie ohne akute Synovialitis als Ausdruck älterer chronischer entzündlicher Gelenkveränderungen die Beschwerdesymptomatik. Ein eindeutig traumatisches Geschehen liege nicht vor. Ein Abriss des triangulären fibrocartilaginären Komplexes sei anlässlich der arthroskopischen Voruntersuchung nicht nachgewiesen, jedoch sei anlässlich einer späteren Begutachtung durch Stressaufnahmen eine dynamische Ausweitung des Gelenkspaltes zwischen Mond- und Kahnbein nachgewiesen, woraus sich eine mögliche Erklärung für die arthroskopisch gesicherte chronische Synovialitis des Handgelenkes ergebe.

Mit Urteil vom 16.01.2008 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es einen unfallbedingten Zusammenhang des geltend gemachten abrissbedingten Schadens im linken Handgelenk verneint. Das Sozialgericht hat sich zur Begründung auf die gutachtliche Stellungnahmen aller am Verwaltungs- und Klageverfahren beteiligten Gutachter mit Ausnahme von PD Dr. S. berufen. Die noch weitergehenden Beschwerden im Bereich des linken Handgelenks seien Ausdruck eines nicht anerkennungsfähigen Vorschadens und das genannte Geschehen als sogenannte Gelegenheitsursache zu bewerten. Durch das Verwaltungshandeln der Beklagten sei der Kläger ebenso wenig wie die Beigeladene in ihrer Rechtsposition rechtswidrig beeinträchtigt.

Gegen das dem Kläger am 25.02.2008 zugestellte Urteil hat er am 25.03.2008 beim Landessozialgericht Berufung eingelegt. Das Sozialgericht habe sich auf die Gutachten von Prof. Dr. S. bzw. Dr. K. gestützt, die aber von bereits vor dem 05.11.01 bestehenden Beschwerden im Bereich des linken Handgelenks ausgegangen seien, was nicht zutreffe. Bei der von Dr. S. veranlassten Magnetresonanztomographie habe sich eine wahrscheinliche traumatische Ruptur des Discus triangularis ergeben. PD Dr. S. habe überzeugend dargelegt, warum diese in der Arthroskopie wegen der deutlichen Synovialhypertrophie nicht erkannt worden sei. Bei

fortbestehenden Schmerzen und nicht angesprochenen Behandlungsmaßnahmen sei dann bei der Operation durch die Klinik für Handchirurgie N./S. das wahre Ausmaß der Unfallschäden erkannt und zutreffend behandelt worden. Das Sozialgericht habe den von Dr. S. verursachten Behandlungsfehler und dann den Diagnosefehler bei der ersten Arthroskopie verkannt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 16.01.2008 und den Bescheid der Beklagten vom 18.04.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.01.2003 aufzuheben sowie festzustellen, dass die Gesundheitsstörungen Distorsion des linken Handgelenkes in Gestalt des Abrisses des triangulären fibrocartilaginären Komplexes des linken Handgelenkes ulnokarpal dorsal und erstgradige skapholunäre Dissoziation Folge des Arbeitsunfalls vom 05.11.2001 sind und die Beklagte zu verurteilen, Verletztenrente zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Ein Arbeitsunfall liege nicht vor. Selbst wenn von einem von außen einwirkenden Ereignis ausgegangen werden, fehle es am erlittenen Körperschaden. Die ersten Angaben des Klägers, seit ca. einem Jahr rezidivierende Beschwerden am linken Unterarm zu haben, und der Befund der im Dezember 2001 durchgeführten Arthroskopie seien Beweis dafür, dass er sich durch das Ereignis am 05.11.2001 keinen Körperschaden zugezogen habe.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Der Senat hat die Verwaltungsakte der Beklagten, der Beigeladenen und die Akten des Sozialgerichts beigezogen. Auf diese Unterlagen und die beim Senat angefallene Akte wird wegen weiterer Einzelheiten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig. Berufungsausschlussgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung des Klägers ist unbegründet. Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts ist rechtlich nicht zu beanstanden. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung der geltend gemachten Gesundheitsstörungen als Unfallfolge und auf Zahlung einer Verletztenrente.

Die Feststellungsklage ist gemäß [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) zulässig. An der Feststellung besteht auch ein berechtigtes Interesse, weil die Erkrankung geeignet ist, derzeitige und auch künftige Entschädigungsansprüche auszulösen.

Die Voraussetzungen für die begehrte Feststellung liegen jedoch nicht vor. Der Senat ist nicht von einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit des Zusammenhangs zwischen dem beim Kläger diagnostizierten Abriss des triangulären fibrocartilaginären Komplexes und der skapholunären Dissoziation mit dem als Arbeitsunfall geltend gemachten Ereignis vom 05.11.2001 überzeugt.

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2 , 3 , 6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit; [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls i. S. des [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis – dem Unfallereignis – geführt hat und das Unfallereignis einen Gesundheits(-erst-)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht (haftungsbegründende Kausalität) hat. Das Entstehen von längerandauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheits(-erst-)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (ständige Rechtsprechung, vgl. stellvertretend BSG, Urteile vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#), [B 2 U 40/05 R](#), [B 2 U 26/04 R](#)).

Der Senat lässt offen, ob es sich bei dem Geschehen vom 05.11.2001 um einen Arbeitsunfall handelt, wie das SG in seiner Entscheidung ausgeführt hat. Denn jedenfalls ist die haftungsausfüllende Kausalität zwischen dem angeschuldigten Geschehen und den geltend gemachten Gesundheitsstörungen nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu bejahen.

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. stellvertretend BSG vom 12.04.2005 a.a.O., RdNr. 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 Adä-quanztheorie (vgl. dazu nur Heinrichs in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 65. Aufl. 2006, Vorb. v § 249 RdNr. 57 ff m. w. N. sowie zu den Unterschieden [BSGE 63, 277](#), 280 = SozR 2200 § 548 Nr. 91) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Aus-gangsbasis. 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 Ursa-chen 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 Ur-sache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Be-deutung, 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 vor-handenen 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, [a.a.O.](#)).

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 [a.a.O.](#) m.w.H.). 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.). Nach diesen Grundsätzen liegt zur Überzeugung des Senats eine unfallbedingte Kausalität für die geltend gemachte Gesundheitsstörungen nicht vor.

Einen Riss des triangulären fibrocartilaginären Komplexes am 05.11.2001 ist zur Überzeugung des Senats nicht wahrscheinlich.

Dr. S., nach Vortrag des Klägers seine Mitarbeiterin Dr. B., diagnostizierte am Unfalltag keine typische unfallbedingte Erkrankung, sondern eine Tendovaginitis am linken Unterarm. Auch der von Dr. S. am 18.12.2001 erhobene klinische Befund ergab keine Auffälligkeiten. Er fand links eine physiologische Gelenksstellung des Handgelenks, keine Schwellung bei freier Beweglichkeit und unauffälligem Sehnenstatus sowie intakter "DMS". Lediglich ein Druckschmerz des distalen Radioulnargelenks mit Verstärkung bei Umwendbewegungen war angegeben worden. Die in der radiologischen Praxis Dr. B. und Kollegen gestellte Verdachtsdiagnose hat der Sachverständige Prof. Dr. S. nicht bestätigt. Nach seiner eigenen Auswertung der Magnetresonanztomographie vom Dezember 2001 unter Heranziehung des Chefarztes der röntgenologischen Abteilung des Krankenhauses Dr. R. ergibt sich aus den Aufnahmen kein eindeutig krankhafter Befund. Dies entspricht auch der Einschätzung des behandelnden Arztes Prof. Dr. G., der den Kläger am 20.12.2001 ambulant untersuchte und hierbei auch die mitgebrachten Kernspintomographief Aufnahmen und Röntgenbilder berücksichtigte. Auch er fand keine eindeutigen Pathologika nach Auswertung der Bilder (Arztbrief von Prof. Dr. G. vom 16.01.2002). Übereinstimmend mit der Einschätzung dieser Ärzte hat auch die diagnostische Handgelenksarthroskopie am 27.12.2001 keinen Befund über eine traumatisch bedingte Erkrankung im linken Handgelenk erbracht. Die bei der Spiegelung durchgeführte Inspektion des Discus triangularis (Faserknorpelscheibe, nach Prof. Dr. S. synonym auch für Discus ulnaris oder Discus articularis) hat einen Riss des Discus eindeutig ausgeschlossen, ein solcher war nicht zu sehen. Zu der zwischen Ellenköpfchen und angrenzendem Handwurzelknochen gelegenen Faserknorpelscheibe steht der nachfolgende Bandkomplex des triangulären fibrocartilaginären Komplexes in enger topografischer und funktioneller Beziehung, wie Prof. Dr. S. dargelegt hat. Die bei der Arthroskopie mit dem Tasthaken vorgenommene Untersuchung ergab einen in allen Abschnitten federnden Discus. Das Anheben des Discus gelang nicht. Die Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. S., bei der Arthroskopie habe sich kein Schaden an den Bändern sowie der Faserknorpelscheibe ergeben, ist für den Senat daher überzeugend. Der Einwand von PD Dr. S., der im Mai 2002 diagnostizierte Riss der Bandstruktur sei im Dezember 2001 wegen der den Befund verschleiernenden Synovialhypertrophie nicht erkannt worden, ist hingegen nicht überzeugend. Der Operateur bei der Arthroskopie im Dezember 2001 hatte sich nicht darauf beschränkt, die Gelenkverhältnisse in Augenschein zu nehmen, sondern hatte auch mit dem Tasthaken Stabilitätskontrollen durchgeführt, ebenso wie der Operateur der Arthroskopie im Mai 2002. Dieser hat seine Diagnose des Abrisses des ulnokarpalen Komplexes darauf gestützt, dass " sich bei Druck mit dem Tasthaken (der Komplex) massiv vorwölbt, er ist nicht gut gespannt, kein Trampolineffekt, er steigt nach ulnokarpal sehr stark an, so das alles für einen Abriss ... spricht" (Operationsbericht von Dr. P. vom 02.05.2002). Dieser mit dem Tasthaken erhobene Befund weicht von dem nach gleicher Methode erhobenen Befund der Arthroskopie vom Dezember 2001 deutlich ab, wobei von PD Dr. S. für den Senat nicht nachvollziehbar erläutert hat, inwieweit die im Mai 2002 nicht mehr zu diagnostizierende Synovialhypertrophie auch den Tasthaken-Befund hätte beeinträchtigen können.

Auch erlaubt der im Dezember 2001 erhobene Befund der entzündlichen Veränderungen der Gelenkbinnenhaut keine Rückschlüsse auf eine traumatisch bedingte Bandverletzung. Nach Prof. Dr. S. entwickeln sich solche Veränderungen nicht innerhalb weniger Wochen, sondern erst im Verlauf von Monaten oder Jahren. Ein ursächlicher Bezug zu dem Ereignis vom 05.11.2001 kann deshalb mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, einen solchen Zusammenhang hat auch PD Dr. S. nicht hergestellt. Hiermit in Einklang stünden auch die von der Praxis Dr. Stauder dokumentierten Angaben des Klägers über bereits seit einem Jahr vor dem Unfall bestehende Handgelenksschmerzen links, was vom Kläger aber bestritten wird.

Prof. Dr. S. hat für den Senat insoweit auch überzeugend darauf hingewiesen, dass nach dem intraoperativen Befund vom Mai 2002 nicht mit hinreichender Sicherheit ein traumatisch bedingter Gesundheitsschaden zu erkennen ist. Der Operateur beschreibt, dass die Bandverbindung zwischen dem Mond- und Kahnbein (SL-Band) erstgradig eingerissen sei. Eine Instabilität habe nicht bestanden. Bei der Arthroskopie im Dezember 2001 wurde dagegen das SL-Band als intakt erscheinend beschrieben, ebenso bestand eine unauffällige Lunatumunterfläche sowie ein unauffälliger ulno-carpaler Komplex. Nach Prof. Dr. S. ist dem Arthroskopiebefund vom Mai 2002 nicht mit der notwendigen Sicherheit zu entnehmen, ob tatsächlich eine Gefügestörung bzw. ein Defektschaden des SL-Bandes vorgelegen hat. Den Röntgenaufnahmen mit Stressaufnahme des Handgelenks (Moneimsche Aufnahmen) war eine dynamische Ausweitung des Gelenks zu entnehmen, bei Ruhe bzw. in der Entlastungsstellung des Handgelenks ergab sich aber ein Normalbefund. Dieser im wesentlichen seitenidentisch ausgeprägte Befund stellt nach Prof. Dr. S. eine konstitutionell bedingte Veränderung ohne wesentlichen Krankheitswert dar. Eine erstgradige skapholunäre Dissoziation als Gesundheitsstörung ist nicht mit hinreichender Sicherheit nachgewiesen.

Ein wesentlicher Zusammenhang eines etwaigen sich im Nachhinein entwickelnden Schadens des Bandkomplexes scheidet zur Überzeugung des Senats jedoch ebenfalls aus.

Der im Arthroskopiebefund vom Mai 2002 beschriebene SL-Bandeinriss ist aus den dargelegten Gründen von Prof. Dr. S. jedenfalls

überzeugend als konstitutionell bedingte, schicksalhaft aufgetretene Veränderung einzustufen. Ein Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist auf Grund der Vorbefunde nicht herzustellen. Auch PD Dr. S. hat einen unfallbedingten Zusammenhang mangels geeigneten Unfallablaufs insoweit verneint.

Auch der vom Operateur 2002 im Ergebnis nur vermutete Abriss der Bandstruktur kann nach Prof. Dr. S. nicht mit letzter Sicherheit dem intraoperativen Befund entnommen werden, auch nicht, ob es sich um einen traumatischen Gewebe-/Gefügeschaden oder eine konstitutionelle Normvariante handelt. Bei der aktuellen Untersuchung durch Prof. Dr. S. fand sich keine auffällige Funktionseinschränkung. Die tendenziell diskret bis leichtgradig eingeschränkten Bewegungsradien des linken Handgelenks lagen nach Prof. S. noch grenzgradig im Toleranzbereich der zu erwartenden Seitendifferenz bei Rechtshändigkeit. Die röntgenologisch nachgewiesenen Sklerosezonen am linken Ellenköpfchen sind aus Sicht von Prof. Dr. S. keine eindeutigen Hinweise auf eine traumatisch bedingte Schädigung der vor dem Ellenköpfchen gelegenen Faserknorpelscheibe und des zugehörigen Bandkomplexes. In den Voraufnahmen des Klinikums B./S. vom 19.07.2002 ist ein vergleichbarer Befund nicht abgebildet. Damit ist von Prof. Dr. S. überzeugend dargelegt, dass ein Gesundheitsschaden hinsichtlich des triangulären fibrocartilaginären Komplexes nicht mit hinreichender Sicherheit festgestellt werden kann. Für den Fall, dass von einem Gesundheitsschaden auszugehen ist, ist nach den Ausführungen von Prof. Dr. S. jedenfalls für den Senat nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit geklärt, dass dieser unfallbedingt und nicht in der Folge eines konstitutionsbedingten respektive schicksalsmäßigen Leidens eingetreten ist. Da ein solcher Schaden zu einem unfallnahen Zeitpunkt nicht nachgewiesen ist, die konstitutionelle Aufweitung des Gelenkspaltes zwischen Mond- und Kahnbein auf den unfallnah gefertigten Röntgenaufnahmen zu erkennen ist, spricht mehr dafür als dagegen, dass ein unterstellter, nach dem Unfall aufgetretener Gesundheitsschaden allein unfallunabhängig entstanden ist. Inwieweit die beim Kläger aufgetretenen Beschwerden vorübergehend durch eine unfallbedingte Distorsion verursacht oder einer vorübergehenden, nicht richtunggebenden Verschlimmerung der anlagebedingten Veränderungen des linken Handwurzelgelenks zuzuordnen sind, kann dahinstehen, da dies nicht Streitgegenstand ist.

Ein Anspruch auf Verletztenrente besteht nicht. 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.

Die etwaigen fortbestehenden, über sechs Monate andauernden Beschwerden sind nach Prof. Dr. S. jedenfalls unfallunabhängig. Eine unfallbedingte, rentenberechtigende MdE besteht daher nicht.

Im Rechtsstreit zwischen Versicherten und Versicherungsträger ist keine notwendige Beiladung eines anderen Leistungsträgers erforderlich (vgl. BSG Urteil vom 25.07.1995 - [10 RKg 13/93](#) - veröffentlicht in Juris; BSG [SozR 2200 § 182 Nr. 104](#); Keller/Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl., § 75 Rdnr. 10). Die insoweit unzutreffend durch das SG als notwendige erfolgte Beiladung hat der Senat als einfache fortgeführt (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, § 75 Rn. 16c). Da die Beigeladene an ihrem zunächst gestellten Erstattungsantrag zuletzt nicht mehr festgehalten hat, musste der Senat nicht darüber entscheiden, ob dieser sich noch im Rahmen der Sachanträge der Hauptbeteiligten hält.

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

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-10-08