

L 9 U 3519/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 11 U 5554/10
Datum
30.06.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 3519/11
Datum
19.11.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts F. vom 30. Juni 2011 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten sind Leistungen wegen der Folgen eines Arbeitsunfalles streitig.

Der 1949 geborene Kläger bezieht wegen der Folgen eines Arbeitsunfalles vom 14.12.1988 eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 v. H. (Bescheid der Rechtsvorgängerin der Beklagten vom 26.01.2001) sowie wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls vom 28.06.2006 eine Verletztenrente nach einer MdE von 10 v.H. (Bescheid vom 17.01.2011). Er erlitt am 14.09.2009 im Rahmen seiner Tätigkeit als LKW-Fahrer (und Schlosser) für die Firma V. Straßenbau GmbH & Co. KG, E., einen weiteren Unfall, als er beim Aussteigen aus dem LKW-Führerhaus auf einen Stein getreten, dann umgeknickt und auf die linke Hand und Schulter gestürzt war. Der Durchgangsarzt Dr. B., W. am R., wo sich der Kläger noch am selben Tag vorgestellt hatte, stellte neben einer Schulterprellung links eine Schwellung und Druckschmerzen im Bereich der Handwurzel streckseitig und über der Tabatière sowie eine schmerzbedingt eingeschränkte Handgelenksbeweglichkeit fest. Dem Röntgenbild entnahm er einen knöchernen Bandariss an der Handwurzel links und den Verdacht auf eine Kahnbeinfraktur links. Am 22.10.2009 erfolgte eine CT des linken Handgelenkes. Der Radiologe Dr. B., Zentrum Radiologie 3-Ländereck, L., beschrieb einen Zustand nach Ruptur des SL-Bandes mit typischem Proximaltreten des Capitatus, eine Arthrose des radioscapoidalen Gelenkes und eine Palmarrotation des Lunatus. Diese Konfiguration entspreche klinisch einer karpalen Instabilität bzw. einem karpalen Kollaps. Ferner fand er ein kleines, knöchernes Corpus librum im Radiokarpalgelenk in dem erweiterten Spalt zwischen Scaphoid und Lunatum. Eine Fraktur der Carpalia sei nicht nachzuweisen gewesen. Er führte aus, dass der Kläger angegeben habe, im April im Rahmen seiner Arbeit eine Quetschung der Hand erlitten zu haben und jetzt am 14.09. einen Sturz auf die linke Hand beim Aussteigen aus einem LKW.

Dr. Brenneisen teilte auf Anfrage der Beklagten mit, dass der Kläger wegen der Problematik "Handgelenke" links erstmalig im Oktober 2009 in Behandlung gewesen sei.

Der Durchgangsarzt Dr. L., F., führte unter dem 02.11.2009 aus, dass allein die scapholunäre Dissoziation links unter Umständen auf das Unfallereignis vom 14.10.2009 zurückzuführen sei. Nachdem der Kläger schon im Frühjahr 2009 ein weiteres Unfallereignis gehabt habe, komme natürlich auch dieses Unfallereignis für die scapholunäre Dissoziation in Betracht. Weil auf der linken Seite schon eine deutliche Radiocarpalarthrose zwischen Radius und Scaphoid mittels CT-Untersuchung und Röntgenuntersuchung dokumentiert sei, handele es sich bei den vorliegenden Verletzungsfolgen aus seiner Sicht eher um Folgen eines länger zurückliegenden Unfallereignisses.

Die Beklagte zog ein Vorerkrankungsverzeichnis bei der IKK B.-W. und H. bei und gab ein Gutachten beim Handchirurgen Dr. L., F., in Auftrag. In dessen Zusammenhangsgutachten vom 06.03.2010 wurden die Diagnosen einer scapholunären Dissoziation links (ohne Zusammenhang mit dem Unfall vom 14.09.2009), ein karpaler Kollaps links (Folge der scapholunären Dissoziation), eine Radiocarpalarthrose links (Folge der scapholunären Dissoziation) sowie der Verdacht auf eine capitato-lunäre Arthrose links (Folge der scapholunären Dissoziation) gestellt. Hierdurch bestehe eine Minderung der Gebrauchsfähigkeit des linken Handgelenkes bzw. der linken Hand durch eine deutliche Bewegungseinschränkung des linken Handgelenkes und eine deutliche Kraftminderung der linken Hand. Außerdem bestünden radiologische Veränderungen und subjektive Beschwerden. Diese Veränderungen seien nicht auf das Unfallereignis vom 14.09.2009 zurückzuführen. Nur die Aktivierung der vorbestehenden Arthrose könne als Folge des Unfalles vom 14.09.2009

interpretiert werden. Denn schon auf den ersten Röntgenaufnahmen von Dr. B. sei sowohl die scapholunäre Dissoziation als auch die sekundäre Radiocarpalarthrose festzustellen gewesen. Desgleichen werde der karpale Kollaps schon in der CT-Untersuchung vom 22.10.2009 beschrieben und sei damit ein weiterer Beweis dafür, dass es sich bei den beschriebenen Folgen nicht um die Folgen des Unfalles vom 14.09.2009 handeln könne.

Die chirurgische Universitätsklinik im Universitätsklinikum F. teilte nach ambulanter Vorstellung des Klägers am 11.02.2010 (Schreiben vom 01.03.2010) mit, dass man ebenfalls eine operative Therapie für indiziert halte. Es könne festgestellt werden, dass die Handgelenksarthrose aufgrund ihres fortgeschrittenen Charakters mit Sicherheit nicht auf den Unfall vom 14.09.2009 zurückzuführen sei. Dieses Sturzereignis habe jedoch sicherlich zu einer Aktivierung der vorbestehenden Arthrose und zu einem Symptomatischwerden für den Patienten geführt. Dr. L. führte sodann unter der Diagnose einer schweren Radiocarpalarthrose und Intercarpalarthrose links am 22.02.2010 eine Handgelenksarthrodese links durch.

Mit Bescheid vom 03.05.2010 hat die Beklagte das Ereignis vom 14.09.2009 als Arbeitsunfall anerkannt. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit habe vom 14.09.2009 bis 12.02.2010 bestanden. Der Kläger habe sich bei dem Arbeitsunfall lediglich eine Schulterprellung links sowie eine Aktivierung der vorbestehenden Radiocarpalarthrose zugezogen. Die Prellung sei folgenlos verheilt, die Aktivierung der vorbestehenden Radiocarpalarthrose sei nicht mehr behandlungsbedürftig und rechtfertige keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr. Mit dem hiergegen erhobenen Widerspruch machte der Kläger geltend, dass seine Hand vor dem Unfall uneingeschränkt einsatzfähig gewesen sei. Die Hand sei nicht annähernd in dem Zustand, in dem sie vor dem Ereignis gewesen sei. Er leide unter Kraftverlust, eingeschränkter Beweglichkeit und Schmerzen bei bestimmten Bewegungen. Mit Widerspruchsbescheid vom 13.10.2010 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Sie hielt daran fest, dass ein Anspruch auf Rente und auch ein Anspruch auf sonstige Leistung aus der gesetzlichen Unfallversicherung ab dem 13.02.2010 nicht bestehen.

Hiergegen hat der Kläger am 28.10.2010 Klage zum Sozialgericht F. (SG) erhoben.

Der Kläger hat geltend gemacht, dass die Aktivierung der Arthrose nach wie vor bestehe. Erst durch den Unfall sei es zu dieser Aktivierung sowie einer Verschlimmerung der Arthrose gekommen. Es sei daher unverständlich, dass die Beklagte Leistungen über den 12.02.2010 hinaus verweigere. Er leide nach wie vor an der Aktivierung der Arthrose und der Verschlimmerung der schmerzhaften Bewegungseinschränkung des linken Handgelenkes. Der Unfall sei rechtlich wesentliche Ursache für die Aktivierung der Arthrose und der Verschlimmerung der Bewegungseinschränkung.

Die Beklagte ist der Klage entgegen getreten.

Das SG hat Beweis erhoben durch das Einholen eines fachorthopädischen Gutachtens bei Prof. Dr. S., W ... In dessen Gutachten vom 07.01.2011 wird (u.a.) ein wegen einer ausgeprägten Radiocarpal- und Intercarpal-Arthrose mittels Plattenostheosynthese in Mittelstellung operativ versteiftes linkes Handgelenk, eine Kraftminderung und Muskelverschwächung linker Unterarm und Hand, subjektive Beschwerden im Bereich des linken Handgelenkes und eine folgenlos ausgeheilte Schulterprellung links festgestellt. Durch den Unfall vom 14.09.2009 sei es zu einer Aktivierung einer vorbestehenden Handgelenks- und Handwurzelarthrose mit Minderung der Gebrauchsfähigkeit des linken Handgelenkes und operativer Versteifung mit Kraftminderung gekommen. Außerdem bestünden subjektive, vom linken Handgelenk ausgehende Beschwerden. Eine unfallunabhängig vorbestehende bis zum fraglichen Unfallereignis stumme Handwurzelarthrose sei durch das Unfallereignis mit hinreichender Wahrscheinlichkeit aktiviert worden, was zu behandlungsbedürftigen Beschwerden mit Weichteilschwellung und Bewegungsschmerz geführt und schließlich zur operativen Versteifung des linken Handgelenkes gezwungen habe. Das Unfallereignis sei Teilursache für den Gesundheitsschaden mit anhaltender Beeinträchtigung. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit sei davon auszugehen, dass der Unfall vom 14.09.2009 zu Beschwerden durch Aktivierung einer unfallunabhängig vorbestehenden linkseitigen Handgelenks- und Handwurzelarthrose geführt habe. Es sei auch mit hinreichender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass nicht jedes alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit den Gesundheitsschaden hätte verursachen können, zu dem es nach dem 14.09.2009 gekommen sei. Bis zum 22.02.2010 betrage die MdE 15 %, danach 10 %. Dabei würden unfallchirurgische Erfahrungswerte zugrunde gelegt und anteilig ein unfallunabhängiger Vorschaden berücksichtigt, der beim ansetzbaren MdE-Satz hälftig berücksichtigt worden sei.

Unter Vorlage einer beratungsärztlichen Stellungnahme vom 13.03.2011 des Arztes für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. T. vom 13.03.2011 hat die Beklagte daran festgehalten, dass die Klage unbegründet sei. Dr. T. hat ausgeführt, dass es einen stummen Vorschaden nicht gebe, sondern ausschließlich eine vorbestehende klinisch stumme Schadensanlage. Die unstreitig vorbestehende klinisch stumme Handwurzel- und Handgelenksarthrose könne entgegen der Auffassung des Sachverständigen nicht aktiviert und somit auch entgegen der Auffassung von Dr. L. nicht richtungsweisend verschlimmert worden sein. Die Aktivierung einer Arthrose setze voraus, dass diese bereits zu einem frühen Zeitpunkt aktiv, also symptomatisch gewesen sei. Insofern könne Prof. Dr. S. nur soweit zugestimmt werden, dass eine vorbestehende, klinisch manifeste Arthrose, durch eine Traumatisierung aktiviert und richtungsweisend verschlimmert werden könne. Aufgrund der zum Unfallzeitpunkt bestehenden Ausprägung der Handgelenksarthrose müsse davon ausgegangen werden, dass die Schadensanlage zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles bereits so stark oder leicht ansprechbar gewesen sei, dass es zur Auslösung akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern diese Erscheinungen auch durch jedes andere Ereignis oder ganz ohne äußeres Ereignis ausgelöst worden wären. Mit Wahrscheinlichkeit habe der Kläger durch den Versicherungsfall lediglich eine Distorsion des linken Handgelenkes ohne strukturelle Veränderungen erlitten. Eine solche Verletzung sei erfahrungsgemäß nach spätestens 14 Tagen ausgeheilt. Die darüber hinaus bestehende Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit sei ausschließlich der anlässlich des angeschuldigten Ereignisses zu Tage getretenen Handgelenksarthrose anzulasten.

Hierauf hat Prof. Dr. S. auf Veranlassung des SG unter dem 03.04.2011 erwidert. Er hielt daran fest, dass es sich, wenn es nach einem erneuten Trauma zu einer therapieresistenten Arthroseaktivierung gekommen sei, welche zu operativen Handgelenksversteifung geführt habe, bei der Arthrose um einen Vorschaden handle und bei der Arthroseaktivierung um eine Verschlimmerung dieses Vorschadens. Entsprechend habe er argumentiert.

Mit Urteil vom 30.06.2011 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide verurteilt, Verletztengeld über den 12.02.2010 hinaus bis zum 13.03.2011 zu gewähren, soweit der Anspruch nicht durch das während dieses Zeitraums gezahlte Krankengeld

erfüllt sei, und als Verletztenrente eine Teilrente in Höhe von 10 v. H. der Vollrente zu gewähren. Zur Begründung hat es unter Berücksichtigung der vorliegenden Gutachten ausgeführt, dass das Unfallereignis zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung der Arthrose geführt habe.

Gegen das ihr am 28.07.2011 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 16.08.2011 Berufung zum Landessozialgericht (LSG) erhoben.

Die Beklagte hält daran fest, dass die wesentliche Ursache der Operation nicht der Arbeitsunfall gewesen sei, sondern die vorbestehende Arthrose. Durch die Handgelenksteilarthrodese hätten die Beschwerden, die durch das Aktivwerden der Arthrose entstanden seien, beseitigt werden können. Es bestünden lediglich noch die Folgen einer Versteifung. Die postoperative Behandlung, als auch die darauffolgende Arbeitsunfähigkeit stünden ebenso wenig in einem kausalen Zusammenhang, wie die durch die Versteifung verbliebene Gesundheitseinschränkung. Hierzu hat sie eine Stellungnahme des Facharztes für Chirurgie, Handchirurgie Dr. L. (Datum: 25.11.2008, eingegangen bei der Beklagten 22.08.2011) vorgelegt, worin dieser auf seinen Befund vom 29.10.2009 verwiesen hat, in dem er bereits darauf hingewiesen habe, dass es sich bei den vorliegenden Verletzungsfolgen aus seiner Sicht eher um Folgen eines länger zurückliegenden Unfallereignisses gehandelt habe. Bei vorbestehender scapholunärer Dissoziation und Radiocarpalarthrose links gehe er davon aus, dass nach der Verletzung vom 14.09.2009 eine "Behandlungs- und Arbeitsunfähigkeit" zu Lasten der BG nicht länger als sechs bis acht Wochen andauern sollte. Die Folgen des Arbeitsunfalles vom 14.09.2009 bewerte er mit einer MdE von 10 % (aktivierte Arthrose).

Dr. Schewe hat in der ebenfalls vorgelegten beratungsärztlichen Stellungnahme vom 03.09.2011 ausgeführt, dass die Indikation für die Operation die bestehende Arthrose gewesen sei. Die MdE-Einschätzung nach Versteifung sei für ihn nicht nachvollziehbar. Die Versteifung sei wegen der vorbestehenden unfallunabhängigen Arthrose erfolgt. Der Folgezustand nach Versteifung gehe im Ursprung auf die Arthrose zurück und nicht auf eine Unfallfolge.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts F. vom 30. Juni 2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Er bezieht sich zur Begründung auf das Gutachten von Prof. Dr. S ...

Der Senat hat Beweis erhoben durch das Einholen eines unfallchirurgischen Fachgutachtens bei Prof. Dr. R, Offenburg-Gengenbach.

Prof Dr. R hat in seinem zusammen mit Oberarzt Dr. Merk erstellten Gutachten vom 07.04.2012 ausgeführt, dass es durch den Unfall zu einer schmerzhaften Schwellung und Bewegungseinschränkung des linken Handgelenkes gekommen sei, eine frische knöcherne Verletzung sei anhand der Röntgen- und CT-Aufnahmen nicht festgestellt worden, eine weiterführende Untersuchung in Form einer Kernspintomografie sei unterblieben. Grund dafür sei gewesen, dass bei der Röntgen- und CT-Diagnostik eine schwere Arthrose des linken Handgelenkes mit einer Gefügestörung der Handwurzel und Zerreißung des Bandapparates zwischen Mond- und Kahnbein festgestellt worden sei. Weil diese schwere Schädigung die beschriebenen Schmerzen, die Schwellung und die Bewegungseinschränkung plausibel erklärt habe, sei keine weitere Diagnostik zur Feststellung frischer Unfallschäden veranlasst worden. Sowohl von Herrn Dr. L. als auch von Prof. Dr. S. sei der Zustand als aktivierte Arthrose und als Folge des Unfalles gewertet worden. Um die beschriebenen Schäden am linken Handgelenk verstehen zu können, müsse der natürliche Verlauf einer Bandzerreißung zwischen Mond- und Kahnbein erklärt werden: Die Bandverbindung zwischen Mond- und Kahnbein sei eine zentrale Bandverbindung in der Handwurzel. Zu Verletzungen dieser Bandverbindung komme es beispielsweise bei Brüchen des körperfernen Endes der Speiche mit Gelenkbeteiligung, aber auch bei schweren Verstauchungen und Verdrehungen des Handgelenkes. Die Zerreißung des Bandapparates zwischen Mond- und Kahnbein werde grundsätzlich als Folge eines Unfalles angesehen. Bei vollständiger Zerreißung des Bandapparates komme es durch den Druck der Handwurzel zu einer Verkipfung des Kahnbeines nach der Beugeseite, was zu einer allmählichen Gelenkschädigung zwischen Kahnbein und Gelenkfläche der Speiche führe, gleichzeitig komme es zu einer Verkipfung des Mondbeines mit allmählicher Gelenkschädigung zwischen Mondbein und Kopfbein, im weiteren Verlauf komme es zu einem Einpressen des Kopfbeines aus der zweiten Gelenkreihe in die entstehende Lücke zwischen Mondbein und Kahnbein, wodurch die gesamte Handwurzel verkürzt werde (sogenannter karpaler Kollaps). Es handele sich dabei um einen regelhaften Verlauf, der sich bei dieser Bandschädigung grundsätzlich im Verlauf von mehreren Jahren vollziehe. Eine solche schwere Bandverletzung werde anfänglich oft bagatellisiert und ignoriert, weil sie nicht erkannt worden sei. Nach einem oft jahrelangen klinisch stummen Verlauf treten Schmerzen durch die fortgeschrittene Gelenkzerstörung auf. Eine aktivierte Arthrose bezeichne einen akuten Reizzustand oder Entzündungszustand auf dem Boden einer Arthrose, der in der Regel durch vermehrte Belastung entstehe, nicht jedoch typischerweise durch eine Verletzung verursacht werde. Insofern sei diese Diagnose unscharf, weil sie die eigentliche Verletzung nicht benenne. Bei einem Sturz aus dem Stand müsse man bei fehlenden knöchernen Verletzungen und bei fehlendem Nachweis einer frischen Bandverletzung von einer Verstauchung oder Prellung des linken Handgelenkes ausgehen. Unfallunabhängig bestehe eine fortgeschrittene Arthrose des linken Handgelenkes nach Zerreißung des Bandapparates zwischen Mond- und Kahnbein. Die persistierenden Beschwerden über einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen hinaus seien mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die unfallunabhängige Handgelenksarthrose zurückzuführen. Die unfallunabhängige Arthrose sei in ihrer Bedeutung und Tragweite für die festgestellten Gesundheitsstörungen verantwortlich. Die Handgelenksverstauchung stelle im Hinblick auf die klinische Manifestation der Arthrose keine besondere in ihrer Art unersetzliche äußere Einwirkung dar. Jede stärkere Belastung im Alltag hätte ebenso zu den Beschwerden führen können. Wie bereits ausgeführt, sei diese späte Manifestation als Folge dieser speziellen Bandverletzung sogar typisch, sie werde oft ausgelöst durch Alltagsbelastung oder auch durch Bagatelverletzungen. Aufgrund der Unfallfolgen bestehe keine MdE, weil der Unfall nur eine Gelegenheitsursache darstelle. Er schließe sich Dr. L. an, wonach aufgrund der Verletzung vom 14.09.2009 eine Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit zu Lasten der BG nicht länger als sechs bis acht Wochen angedauert habe. Die Verstauchung habe für diesen Zeitraum zu einer Einschränkung der Armfunktion mit einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung des Handgelenkes geführt. Obwohl die rechtliche Situation nach Auffassung des Sachverständigen eindeutig sei, solle von Seiten der BG geprüft werden, ob aufgrund der entstandenen sozialen Härte eine Entschädigung möglich sei.

Hierzu haben die Beteiligten nochmals Stellung genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die beigezogene Akte der Beklagten sowie auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäß eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig. Berufungsausschließungsgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung der Beklagten ist auch begründet. Zu Unrecht hat das SG die Bescheide aufgehoben und die Beklagte zur Gewährung von Verletztengeld und Rente nach einer MdE um 10 v.H. der Vollrente verurteilt.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vH 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. Gemäß [§ 72 Abs. 1 SGB VII](#) wird die Rente von dem Tag an gezahlt, der auf den Tag folgt, an dem entweder der Anspruch auf Verletztengeld endet oder der Versicherungsfall eingetreten ist, wenn kein Anspruch auf Verletztengeld entstanden ist.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2004, [B 2 U 14/03 R](#) in [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)): Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber 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. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und 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 im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind 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.

Voraussetzung für die Berücksichtigung einer Gesundheitsstörung bzw. Funktionseinschränkung bei der Bemessung der MdE ist u. a. ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis bzw. dem dadurch eingetretenen Gesundheitserstschaden und der fortdauernden Gesundheitsstörung (sog. haftungsausfüllende Kausalität). Dabei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, zu denen - neben der versicherten Tätigkeit - der Gesundheitserstschaden und die eingetretenen fortdauernden Gesundheitsstörungen gehören, mit einem der Gewissheit nahekommenden Grad der Wahrscheinlichkeit erwiesen sein. Für die Bejahung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Gesundheitserstschaden und den fortdauernden Gesundheitsstörungen gilt in der gesetzlichen Unfallversicherung die Kausalitätstheorie der "wesentlichen Bedingung". Diese hat zur Ausgangsbasis die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob das Ereignis nicht hinweg gedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiehe (conditio sine qua non). Auf Grund 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 anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen. Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens abgeleitet werden (vgl. die zusammenfassende Darstellung der Kausalitätstheorie der wesentlichen Bedingung im Urteil des BSG vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#) = [BSGE 96, 196](#)-209 und in *Juris*).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze steht dem Kläger wegen der Folgen des von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfalles keine Rente zu.

Hierzu stellt der Senat zunächst fest, dass der Kläger im Rahmen der versicherten Tätigkeit als Kraftfahrer und Schlosser für die Firma V. Straßenbau GmbH + Co. GmbH beim Aussteigen aus dem LKW gestürzt war und dass hierauf bei dem 2,5 Stunden nach dem Unfall konsultierten Durchgangsarzt Dr. B. - neben einer zwischenzeitlich unstrittig ausgeheilten Schulterprellung links - als Gesundheitsschaden eine Schwellung und Druckschmerzen im Bereich der Handwurzel streckseitig und über der Tabatière (Daumenseite der Handwurzel) festgestellt wurden. Ferner bestanden bei regelrechter Durchblutung und regelrechtem Gefühl der Finger eine schmerzhaft eingeschränkte Handgelenksbeweglichkeit. Äußere Verletzungszeichen waren weder im Bereich der linken Schulter noch im Bereich der linken Hand festgestellt worden. Der von Dr. B. aufgrund des veranlassten Röntgenbildes diagnostizierte knöcherne Ausriss im Bereich der streckseitigen Handwurzel hat sich insoweit in der Folge nicht bestätigen lassen (Gutachten von Prof. Dr. R v. 07.04.2012, Bl. 47 f. der Senatsakten). Eine entsprechende Diagnose ist in der Folge auch weder von Dr. L. (Bericht vom 02.09.2009, Bl. 15 Akten der Beklagten und Gutachten vom 06.03.2010, Bl. 55 ff. Akten der Beklagten) noch von Dr. Boos (Bericht über CT des linken Handgelenkes vom 22.10.2009, Bl. 17 Akten der Beklagten) gestellt worden. Unter Auswertung vorgelegter Röntgen- und CT-Aufnahmen findet sich auch im Bericht der Universitätsklinik F. vom 01.03.2010 kein dementsprechender Befund (Bl. 68 Akten der Beklagten). Darüber hinaus sind auf den Unfall zurückzuführende knöcherne Veränderungen ebenso wenig nachweisbar wie frische Bandverletzungen. Zwischen den gehörten Behandlern und Gutachtern ist unstrittig, dass durch die Röntgenaufnahmen vom Unfalltag und aufgrund des nachfolgenden Verlaufes, insbesondere der Computertomographie vom 22.10.2009 und den bei Dr. L. angefertigten Röntgenbildern (29.10.2009) vorbestehende Veränderungen im Sinne einer linksseitigen Handwurzelgelenkstörung und arthrotische Veränderungen im Bereich des Handgelenks und der Handwurzel

nachgewiesen sind. So stehen die von Dr. L. beschriebene scapholunäre Dissoziation links, ein karpaler Kollaps links (Folge dieser scapholunären Dissoziation) und eine Radiocarpalarthrose links (ebenfalls Folge der scapholunären Dissoziation) nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall vom 14.09.2009, wovon Prof. Dr. S. (Bl. 35ff. SG-Akten) und Prof. Dr. R übereinstimmend ausgegangen sind. Diese Veränderungen lagen vielmehr schon vor dem Unfall in dem beschriebenen Ausmaß vor. Entsprechend haben sich zudem Prof. Dr. Stark, Oberarzt Dr. Zajonc und Dr. I. im Bericht des Universitätsklinikums F. vom 01.03.2010 geäußert, die unter Berücksichtigung von Röntgenbildern vom April 2007 (die aber vom Unfalltag stammen sollen und falsch datiert sein könnten) und Kontrollaufnahmen sechs Wochen nach dem Unfall sowie im Vergleich zu aktuell angefertigten Bildern einen übereinstimmenden Befund festgestellt und ausgeführt haben, dass die Handgelenksarthrose aufgrund ihres fortgeschrittenen Charakters mit Sicherheit nicht auf den Unfall vom 14.09.2009 zurückzuführen ist.

Die nunmehr bestehende knöchern fest verheilte Handgelenksarthrodese mit ihren Folgen der Versteifung, einer Kraftminderung und Muskelminderung am linken Unterarm und an der linken Hand sowie den bestehenden Beschwerden (Gutachten Prof. Dr. S.) sind nicht rechtlich wesentlich durch den Sturz auf das Handgelenk verursacht worden. Die Notwendigkeit einer solchen Behandlung (Versteifungsoperation) beruhte im Wesentlichen auf der Schadensanlage und nicht auf dem Sturz auf das Handgelenk. Der Senat vermag mit Prof. Dr. R schon nicht zu erkennen, inwieweit es durch das Unfallgeschehen konkret zu einer Aktivierung der Arthrose gekommen sein soll. Der vom Senat gehörte Sachverständige weist zu Recht darauf hin, dass mit "Aktivierung einer Arthrose" eine eigentliche Verletzung nicht benannt worden ist. Denn abgesehen davon, dass unter einer aktivierten Arthrose grundsätzlich ein akuter Reiz- oder Entzündungszustand verstanden wird, der nicht typischerweise durch eine Verletzung, sondern in der Regel durch eine vermehrte Belastung entsteht, fehlt es am Nachweis einer durch den Unfall verursachten strukturellen Schädigung im Bereich des Handgelenkes, wie oben bereits ausgeführt wurde. Dass dem Unfallhergang eine wesentliche Bedeutung bei der Verursachung und vor allem dem Fortbestehen der Beschwerden, die letztlich zu dem operativen Eingreifen Anlass gegeben haben, zukommt, ist im Hinblick auf fehlende äußere Verletzungszeichen, eines fehlenden Nachweises von knöchernen Verletzungen und des fehlenden Nachweises von frischen Bandverletzungen, worauf Prof. Dr. R zu Recht hingewiesen hat, nicht nachgewiesen. Damit stellt die Handgelenksverstauchung auch keine besondere, in ihrer Eigenart unersetzliche äußere Einwirkung dar, worauf Prof. Dr. R aufgrund der ausgeprägten Vorschädigung überzeugend hingewiesen hat. Aufgrund der fehlenden äußeren Verletzungszeichen (D-Arzt-Bericht Dr. Brenneisen vom 15.09.2009) vermag sich der Senat auch nicht davon zu überzeugen, dass es bei dem Sturz auf Hand und Schulter aus dem Stehen zu einer besonderen, in ihrer Art unersetzlichen äußeren Einwirkung gekommen war. Vielmehr hätte es auch bei jeder anderen alltäglichen, wenn auch stärkeren Belastung, wie Dr. R ausgeführt hat, zu entsprechenden Beschwerden kommen können. Insoweit hat er überzeugend unter Schilderung des über Jahre andauernden Prozesses der Folgen der SL-Bandruptur dargelegt, dass die späte Manifestation der Folgen dieser speziellen Bandverletzung hierfür gerade typisch ist. Ist aber der Vorschaden so leicht ansprechbar, dass es hierfür keiner in ihrer Eigenart unersetzlichen äußeren Einwirkung bedurfte, können die fortdauernden Beschwerden nicht mehr rechtlich wesentlich auf den versicherten Sturz zurückgeführt werden. Deshalb können auch die noch heute bestehenden Folgen, insbesondere die nach der durchgeführten Handgelenksarthrodese bestehenden Einschränkungen, nicht mehr wesentlich dem Unfallgeschehen zugerechnet werden, weshalb das Urteil des SG aufzuheben war.

Der Auffassung von Prof. Dr. S. war nicht zu folgen. Er erkennt, worauf Prof. Dr. R zu Recht hinweist, dass er unzutreffend von einer Verschlimmerung eines Vorschadens ausgeht. Eine Verschlimmerung liegt begrifflich nur dann vor, wenn eine Krankheit im Rechtssinne vorbestehend war. Dies setzt einen klinisch manifesten, mit objektivierbaren Veränderungen verbundenen Krankheitszustand voraus (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl., S. 34). Von Prof. Dr. S. wird jedoch nicht behauptet, dass die festgestellten Veränderungen an der linken Hand vor dem Unfallereignis zu Beschwerden geführt haben. Solche vorbestehenden Beschwerden lassen sich auch weder den vorliegenden Befundberichten noch dem beigezogenen Vorerkrankungsverzeichnis entnehmen. Der Kläger selbst gibt an, vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen zu sein (Gutachten Prof. Dr. S., Bl. 30 SG-Akten). Unter Berücksichtigung dessen kann daher nicht mit einer richtungsweisenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Schadens argumentiert werden, die zudem anteilmäßig zu bewerten sei.

Dem Kläger steht damit auch kein Verletztengeld über den 12.02.2010 hinaus zu. Gemäß [§ 45 Abs. 1 SGB VII](#) wird Verletztengeld erbracht, wenn Versicherte infolge des Versicherungsfalles arbeitsunfähig sind oder wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können und unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld, nicht nur darlehensweise gewährtes Arbeitslosengeld II oder nicht nur Leistungen für Erstausrüstungen für Bekleidung bei Schwangerschaft und Geburt nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder Mutterschaftsgeld hatten. Gemäß [§ 46 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) wird Verletztengeld von dem Tag an gezahlt, ab dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird oder mit dem Tag des Beginns einer Heilbehandlungsmaßnahme, die den Versicherten an der Ausübung einer ganztägigen Erwerbstätigkeit hindert. Eine Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit wegen der Folgen des Arbeitsunfalles, also der isoliert zu betrachtenden und zu berücksichtigenden Handgelenksverstauchung, wird von den Sachverständigen für längstens sechs bis acht Wochen angegeben (Dr. L. in der mit Berufungsbegründung vorgelegten Stellungnahme, Bl. 13 der Senatsakten; Prof. Dr. R, Bl. 53 f. der Senatsakten). Der Senat sieht angesichts des fehlenden Nachweises von durch den Sturz eingetretenen Verletzungen keine Veranlassung, an dieser Einschätzung zu zweifeln. Nachdem die Beklagte den Anspruch bereits über acht Wochen hinaus - bis zum 12.02.2010 - anerkannt und erfüllt hat, besteht daher auch kein weitergehender Anspruch des Klägers.

Unabhängig davon, ob tatsächlich von einer sozialen Härte auszugehen ist, sieht das Gesetz eine Entschädigung wegen einer solchen nicht vor. Insoweit führt die diesbezügliche Anregung von Prof. Dr. R zu keinem anderen Ergebnis, weshalb auf die Berufung der Beklagten das Urteil des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen war.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved
2013-11-22