

L 3 U 4630/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 1 U 1651/11
Datum
19.10.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 U 4630/12
Datum
22.01.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 19. Oktober 2012 wird zurückgewiesen.

2. Die Beklagte erstattet auch die außergerichtlichen Kosten des Klägers im Berufungsverfahren.

Tatbestand:

Die beklagte Unfallkasse des Bundes wendet sich mit ihrer Berufung gegen eine Verurteilung zur Gewährung einer Verletztenrente wegen eines Unfalls. Der 1951 geborene und als Lokführer bzw. S-Bahn-Fahrer berufstätige Kläger nahm am 12.03.2010 als Blutspender an einer Aktion des Blutspendedienstes des Deutschen Roten Kreuzes (im Folgenden: DRK) teil. Am Folgetag bemerkte er ein Hämatom in der rechten Ellenbeuge. Wegen anhaltender Beschwerden am rechten Arm suchte er am 24.03.2010 den Chirurgen Dr. A. auf. Dieser teilte in dem D-Bericht von jenem Tage mit, bei dem Kläger beständen eine deutliche Schwellung und ein Hämatom des rechten Ellenbogens mit diffusem Druckschmerz bei stabilen Seitenbändern und fehlenden sensiblen Ausfällen am rechten Arm, es werde eine Oberarm-Articastschiene angelegt. Am selben Tag erstattet das DRK Unfallanzeige an die beklagte Unfallkasse des Bundes. Ab dem 02.04.2010 erachtete Dr. A. den Kläger wieder für arbeitsfähig und schloss die besondere Heilbehandlung ab. Wegen weiter bestehender Beschwerden suchte der Kläger auch in der Folgezeit Dr. A. und weitere Ärzte auf. Auf die Berichte des Radiologen B. vom 28.05.2010 und des Chirurgen Dr. C. vom 10.06.2010 wird Bezug genommen. Unter dem 05.07.2010 diagnostizierte Dr. C. eine Venenthrombose der Subkutanvene nach Punktion am rechten Unterarm als Gesundheitsstörung. Der Neurologe Dr. D. erachtete unter dem 27.06.2010 als Ursache der vom Kläger geltend gemachten und von ihm im Rahmen der Neurographie objektivierten Ausfallerscheinungen eine oberflächliche Venenthrombose mit dadurch affiziertem sensiblen Radialast für wahrscheinlich. Aufgrund des Ergebnisses einer Heilverfahrenkontrolle in der BG-Unfallklinik Ludwigschafen, Dr. E., am 27.07.2010, wonach die neurologische Untersuchung und aktuelle MRT-Aufnahmen Normalbefunde zeigten und daher - nur - ein folgenlos ausgeheiltes Hämatom am rechten Ellenbogen zu diagnostizieren sei, wobei der Kläger eine erhebliche Aggravationstendenz aufweise, stellte die Beklagte die unfallversicherungsrechtliche Heilbehandlung mit Schreiben an die Behandler, die anderen Kostenträger und den Kläger vom 10.08.2010 zum 02.04.2010 ein. Hiergegen legte der Kläger unter dem 25. und 26.08.2010 förmlich Widerspruch ein. Er legte den Arztbrief des Dr. D. vom 16.08.2010 (Affektion des N. [Nervus] medianus rechts, mit größter Wahrscheinlichkeit durch die Thrombose der V. [Vene] mediana antebrachii in unmittelbarer Nachbarschaft zum M. [Musculus] flexor carpi ausgelöst) vor. Ferner teilte er mit, er sei am 06.10.2010 am Arm operiert worden. Hierzu legte er den Bericht des Chirurgen F. (Praxiskollege von Dr. C.) von jenem Tage vor (operative Revision mit Resektion der thrombosierte Venenäste, einer langstreckigen Neurolyse des N. cutaneus antebrachii lateralis und einer Darstellung des R. [Ramus - Endast eines Nervs] profundus des N. radialis wegen einer Kompression und postentzündlichen Verklebung des Nervs infolge Thrombose und Thrombophlebitis zweier Äste der V. basilica am rechten Unterarm). Zur Feststellung von Art und Ausmaß der Unfallfolgen ließ die Beklagte den Kläger sodann durch den Chirurgen Dr. G. untersuchen und begutachten. Dieser führte in seinem Gutachten vom 03.12.2010 zusammenfassend aus, der Kläger habe im Rahmen seiner Blutspende einen Bluterguss nach Venenpunktion im Ellenbogenbereich erlitten. Insoweit bestünden - unter anderem - noch diffuse Restbeschwerden. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe zunächst bis zum 01.04.2010, außerdem vom 12.04.2010 bis zum 25.06.2010 und erneut ab dem 06.10.2010 für vier Wochen bestanden. Die unfallbedingte MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) bewerte er mit weniger als 5 v.H. Gestützt auf ihre Ermittlungen erkannte die Beklagte mit Bescheid vom 31.01.2010 eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit entsprechend dem Gutachten von Dr. G., zuletzt bis zum 02.11.2010, an. Durch weiteren Bescheid vom selben Tag erkannte sie ferner das Ereignis als Arbeitsunfall an und stellte als Unfallfolgen fest: "diffuse Restbeschwerden, vornehmlich im Bereich des rechten Handgelenks sowie des Daumens und des Mittelfingers, Narbenbildung im Bereich des rechten Unterarms zur Ellenbeuge und schwellungsbedingter unvollständiger Faustschluss bei Zustand nach operativer Entfernung der thrombosierte Vene im Blutergussbereich sowie Befreiung des oberflächlichen Hautnervs am 06.10.2010". Nicht als Unfallfolge anerkannt wurden eine "vorbestehende Dupuytren'sche Krankheit beider Hände, die bereits fünfmal operiert wurde (gutartige Erkrankung des Bindegewebes der Handinnenfläche - Palmaraponeurose), eine

Lipomentfernung am linken Ellenbogen und eine Leistenbruchoperation am 19.05.2010). Einen Anspruch auf Rente bestehe nicht, da keine MdE von wenigstens 20 v.H. vorliege. Wegen der Ablehnung einer Verletztenrente erhob der Kläger mit anwaltlichem Schreiben vom 09.02.2011 (erneut) Widerspruch. Er leide unter permanenten Beschwerden und sei weiterhin behandlungsbedürftig. In der Folgezeit bat der Kläger mehrfach um eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme bzw. eine (bessere) Schmerztherapie, da er weiterhin an erheblichen Schmerzen leide. Eine solche wurde jedoch nicht gewährt. Unter dem 07.03.2011 teilte die Praxis Dr. C./F. mit, der Kläger klagte über "neu aufgetretene" Beschwerden im Bereich des rechten N. radialis, nämlich elektrisierende Missempfindungen bei Berührungen im distalen Verlauf handgelenksnah und bei Linksdrehungen oder Linksneigungen des Kopfes. Die Beklagte erließ den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 04.04.2011. Hiergegen hat der Kläger am 15.04.2011 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Er hat fortbestehende erhebliche Beschwerden, vor allem Schmerzen, vorgetragen. Hierzu hat er weitere Arztberichte vorgelegt, darunter das sozialmedizinische Gutachten des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen), Dr. Kittel, vom 26.08.2010 (das keine Aggravationszeichen beschreibt, aber eine erhebliche Schmerzempfindlichkeit attestiert). Das SG hat die Behandlungsberichte von Dr. C. und Dr. A. beigezogen und sodann den Neurologen und Psychiater Dr. H. mit einer Begutachtung des Klägers beauftragt. Dieser Sachverständige hat in seinem schriftlichen Gutachten vom 13.01.2012 ausgeführt, bei dem Kläger beständen eine Schädigung des N. cutaneus antebrachii medialis und lateralis (Endäste des [Nervengeflechts] Faciculus medialis) sowie neuropathische Schmerzen und schmerzhaftes Missempfindungen an der Beugeseite des rechten Unterarms im Sinne einer ausgeprägten Allodynie (gestörte Schmerzempfindung), ferner Narben in der Ellenbeuge und an der radialen Unterarmbeugeseite, außerdem ein deutlicher Druckschmerz im Narbenbereich. Die-se Gesundheitsstörungen seien mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Folge des Hämatoms infolge der Venenpunktion im Rahmen der Blutspende. Mittelbare Unfallfolgen hiervon seien auch die Thrombose und Thrombophlebitis der Subkutanvene am rechten Unterarm mit Throm-bektomie im Oktober 2010 und die operationsbedingten Narben. Die neuropathischen Schmerzen und Sensibilitätsstörungen seien durch die zunehmenden narbigen Veränderungen nach Throm-bektomie und Operation an der Supinatorloge (Supinatorlogen-Syndrom = Nerveneng-pass-Syndrom des N. radialis) zu erklären. Bei der Venenpunktion im Rahmen der Blutspende sei es zumindest zu einer leichten Mitverletzung der Arterie gekommen. Soweit elektroneurographisch keine relevante Schädigung zu objektivieren sei, spreche dies nicht gegen den klinischen Befund, weil die beim Kläger betroffenen langsam leitenden Schmerzfasern durch diese Untersuchung nicht zu erfassen seien. Die unfallbedingte MdE bewerte er für die Zeit ab dem 02.04.2010 mit 10 v. H., da nach den von Dr. D. im Juni 2010 und dem Arzt F. erhobenen Befunden und Krankheitsäußerungen seinerzeit nur eine Hypästhesie (Verminderung der Berührungs- und Drucksensibilität) am rechten Unterarm, jedoch noch keine Allodynie vorgelegen habe. Mit Wahrscheinlichkeit habe sich die Schädigung der Hautnerven zunehmend mit der Thrombose und der Thrombophlebitis der Subkutanvene entwickelt. Denn bei der Operation im Oktober 2010 habe der Chirurg F. postentzündliche Verklebungen und eine Kompression des N. cutaneus antebrachii lateralis beschrieben. Nach der Operation sei es zu einer Verschlimmerung der Unfallfolgen mit elektrisierenden Missempfindungen bei Berührung und einer Verstärkung der Schmerzzustände gekommen, wie sich aus dem Schreiben des Arztes F. vom März 2011 ergebe. Die von ihm - dem Sachverständigen - erhobenen Befunde und vom Kläger angegebenen Beschwerden seien jedenfalls mit Sicherheit seit der stationären Rehabilitation im Klinikzentrum Mühlengrund am 30.06.2011 objektivierbar. Zumindest seitdem bewerte er die unfallbedingte MdE mit 20 v.H ... Seinem Gutachten hat Dr. H. den Entlassbrief der Rommel-Klinik, Bad Wildbad, vom 30.11.2011 über eine (weitere) stationäre Rehabilitation des Klägers vom 17. bis 30.11.2011 (Therapieresistentes, chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom am rechten Unterarm bei Z.n. [Zustand nach] Läsion des N. cutaneus antebrachii lateralis/medialis und des N. medialis, daneben Wirbelsäulensyndrome und orthopädische Schädigungen an den Hüftgelenken und der Schulter) beigelegt. Der Kläger hat im Nachgang den vorläufigen Entlassungsbericht des Klinikzentrums Mühlengrund über eine stationäre Rehabilitation vom 30.06. bis 28.07.2011 vorgelegt, den Dr. H. verwertet hatte, ferner die Arztbriefe des Städtischen Klinikums K., Prof. Dr. Spetzger, vom 15.08.2012 und seines behandelnden Neurologen Dr. Breuer vom 10.10.2012. Mit Urteil im schriftlichen Verfahren vom 19.10.2012 hat das SG der Klage stattgegeben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 31.01.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 04.04.2011 verurteilt, dem Kläger ab dem 30.06.2011 Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu gewähren. Zugleich hat es der Beklagten volle Kostenerstattung auferlegt. Zur Begründung hat das SG zunächst die rechtlichen Grundlage der Versicherung des Klägers als Blutspender (§ 2 Abs. 1 Nr. 13 lit. b Siebtes Buch Sozialgesetzbuch [SGB VII]), der Zuständigkeit der Beklagten und die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Verletztenrente dargelegt (§§ 26 Abs. 1, 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Ferner hat es die rechtlichen Grundlagen der Bewertung einer MdE dargelegt. In der Sache hat es ausgeführt, es stütze seine Überzeugung auf die wohlbegründeten, kompetenten und widerspruchsfreien Darlegungen Dr. H.s. Bei der Blutspende habe der Kläger höchstwahrscheinlich auch eine Arterienverletzung erlitten, sodass sich ein Hämatom ausgebildet habe. Dies habe in der Folgezeit eine Thrombose und Thrombophlebitis zweier Venenäste und dadurch eine Schädigung des N. cutaneus antebrachii lateralis und medialis in Form einer Nervenkompression und postentzündlichen Verklebungen verursacht. Dass elektroneurografisch keine Schädigungen hätten festgestellt werden können, spreche nicht gegen diesen klinischen Befund, weil die betroffenen langsam leitenden Schmerzfasern bzw. der sensible Nervenast so nicht zu erfassen seien. Wegen dieser Befunde sei im Oktober 2010 eine operative Revision mit Resektion der Venenäste und Neurolyse des geschädigten Nervs erforderlich gewesen. Als Folge der Nervenschädigungen und der operationsbedingten narbigen Veränderungen am rechten Unterarm hätten sich im weiteren Verlauf erhebliche neuropathische Schmerzen und Sensibilitätsstörungen im Sinne einer Allodynie entwickelt. Diese Gesundheitsstörungen habe die Beklagte in dem Bescheid vom 31.01.2011 auch im Wesentlichen als Unfallfolge anerkannt. Die hierdurch verursachte MdE sei mit 20 v.H. zu bewerten. Nach den Darlegungen Dr. H.s sei neben der reinen Nervenschädigung zu berücksichtigen, dass bei dem Kläger über das allgemeine Maß hinausgehende neuralgische Schmerzen und Sensibilitätsstörungen beständen. Diese habe zuletzt auch der behandelnde Neurologe Dr. Breuer bestätigt. Die von Dr. H. vorgeschlagene MdE entspreche unfallversicherungsrechtlichen Bewertungsgrundsätzen. Auch hinsichtlich des Zeitpunkts des Eintritts dieser Erwerbsminderung sei dem Gutachten zu folgen. Gegen diese Einschätzungen berufe sich die Beklagte ohne Erfolg auf das Gutachten von Dr. G ... Dieses überzeuge nicht, weil Dr. G. als Chirurg naturgemäß eine fachgerechte Einschätzung auf neurologischem Gebiet nicht vornehmen könne. Gegen dieses Urteil, ihr zugestellt am 29.10.2012, hat die Beklagte am 06.11.2011 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 19. Oktober 2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen. Der Kläger beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Er verteidigt das angegriffene Urteil. Auf Nachfrage des Senats hat Dr. H. unter dem 18.03.2013 einen elektroneurografischen Befund von Dr. Andres vorgelegt, den er im Rahmen der Begutachtung eingeholt und in seinem Gutachten verwertet, diesem aber nicht beigelegt hatte. Der Berichtstatter des Senats hat den Kläger persönlich angehört. Wegen seiner Angaben wird auf das Protokoll der nichtöffentlichen Sitzung vom 14.06.2013 verwiesen. Auf Nachfrage des Senats hat Dr. H. ergänzend Stellung genommen. Zum einen hat er allgemeine Ausführungen zum Aufbau des Nervensystems im fraglichen Bereich und zur Struktur und Funktion der dort verlaufenden Nerven gemacht. Darauf wird verwiesen. Zur Höhe der MdE hat er ausgeführt, bei einer vollständigen Schädigung des N. musculocutaneus werde - in den Erfahrungswerten - ein Wert von 25 v.H. vorgeschlagen. Dabei stehe der Ausfall der Beugemuskulatur im Ellenbogengelenk und die dadurch verursachten Beweglichkeitseinschränkungen im Vordergrund. Bei dem Kläger beständen keine motorischen Funktionsausfälle, was bei einer Schädigung reiner Nervenäste auch nicht zu erwarten sei. Bei einer Schädigung peripherer Nervenäste seien jedoch auch Schmerzen

zu beurteilen. Bei dem Kläger beständen im Gebiet des N. cutaneus antebrachii lateralis neuropathische Schmerzen und starke Missempfindungen. Da diese auch an der Unterarmbeugeseite (medial) vorhanden seien, sei eine zusätzliche Schädigung des N. cutaneus antebrachii medialis anzunehmen. Elektroneurografisch habe (zwar) ein normales Potenzial dieses N. abgeleitet werden können. Das schließe aber eine Teilschädigung eines Astes dieses Hautnervs nicht aus. Der angegebene Schmerzcharakter (bohrend, brennend) sei charakteristisch für neuropathische Schmerzen. Ferner hätten schmerzhafte Missempfindungen (Dysästhesien) und eine Allodynie (Schmerzen bei Reizen, die normalerweise keinen Schmerz verursachen) an der Unterarmbeugeseite vorgelegen. Schmerzen könnten nicht genau quantifiziert werden. Es gebe keine zuverlässige Messmethode. Es gebe aber Gründe, die bei dem Kläger dafür sprächen. Es sei eine Nervenschädigung nachgewiesen. Die Schmerzen seien charakteristischer Art. Die Inanspruchnahme ärztlicher, auch stationärer Behandlung spreche für einen entsprechenden Leidensdruck. Hinweise auf eine Aggravation beständen nicht, da entsprechende Schmerzreaktionen bei Reizen an der rechten Unterarmbeugeseite auch bei Ablenkung vorhanden seien. Eine gewisse Unsicherheit, ob die Schmerzen tatsächlich im beschriebenen Ausmaß beständen, bleibe immer. Zur MdE hat Dr. H. ausgeführt, da hier die Schmerzbewertung im Vordergrund stehe, sei ein Vergleich mit den Erfahrungswerten für die sensible Schädigung des N. medianus, der den Großteil der Haut an der radialen Handfläche, Daumen-, Zeige-, Mittel- und halben Ringfinger versorge, angezeigt. Hierfür werde eine MdE von 20 v.H. angenommen. Bei einer vollständigen Läsion des N. cutaneus femoris lateralis, der ein etwa handflächengroßes Areal an der äußeren Oberschenkelvorderseite versorge, könne eine MdE von 10 v.H. angenommen werden. Diese Wert gölten - dort - für die "üblichen" sensiblen Ausfallerscheinungen. Bei dem Kläger beständen Sensibilitätsstörungen an der gesamten Beugeseite des rechten Unterarms, eines Gebiets, das in seiner Ausdehnung dem Gebiet des N. cutaneus femoris lateralis entspreche. Jedoch gingen neuropathische Schmerzen und Missempfindungen über das übliche Maß hinaus. Sie müssten in der Regel medikamentös behandelt werden. Bei solchen Schmerzen seien zusätzlich zu den Werten für die Nervenläsionen deutlich höhere MdE-Werte von 10 bis 50 v.H. anzunehmen. Er - der Sachverständige - habe beim Kläger einen um 10 v.H. höheren Wert, also 20 v.H., angenommen. Auf ausdrückliche Frage des Berichterstatters hat Dr. H. ferner unter Angabe von Gründen mitgeteilt, nach den vorhandenen ärztlichen Unterlagen seit dem Unfall müsse man annehmen, dass die neuropathischen Schmerzen und Sensibilitätsstörungen bei dem Kläger schon vor der Operation am 16.10.2010 vorhanden gewesen seien; inwieweit durch den Eingriff und die nachfolgende Narbenbildung eine weitere Verschlechterung eingetreten sei, könne man nicht sicher sagen. Jedenfalls habe die OP der Behandlung der Unfallfolgen gedient. Die Beklagte hat zu diesen ergänzenden Aussagen des Sachverständigen die beratungsärztliche Stellungnahme von Prof. Dr. I. vom 19.09.2013 vorgelegt. Dieser führt unter anderem aus, bei der ersten ärztlichen Untersuchung, die erst 12 Tage nach der Blutspende stattgefunden habe, seien keine sensiblen Ausfälle dokumentiert worden. Auch die neurologischen Untersuchungen in der Folgezeit hätten im Wesentlichen keine Auffälligkeiten ergeben. Dr. E. habe eine erhebliche Aggravationstendenz beschrieben. Am 04.08.2010 bei Dr. D. habe der Kläger die Symptomatik als rückläufig bezeichnet, aber noch stärkste Schmerzen angegeben. Die Ausführungen von Dr. C. vom 06.10.2010 zu den Ursachen der bei der OP festgestellten Kompression seien neurobiologisch-wissenschaftlich nicht zu begründen. Auch bei der Begutachtung durch Dr. G. am 19.11.2010 seien keine Sensibilitätsstörungen angegeben worden. Erst der Arzt F. habe am 01.03.2011 von "neu aufgetretenen" Beschwerden berichtet. Es sei auch zu beachten, dass nach den Angaben des Klägers die Ausbreitung der Schmerzen im Verlauf variere. Auch bestimmte Untersuchungen (Hoffmann-Tinnel-Zeichen, das Beklopfen des angegebenen Bezirks) hätten erst im Verlauf des Jahres 2011 zu Schmerzreizen geführt. () Prof. Dr. I. hat abschließend ausgeführt, er gehe davon aus, dass hier ein Hervorbringen von Schmerzen aus psychischen Gründen bestehe, die wesentliche Ursache für diese Entwicklung sei eine Kränkung wegen der unverschuldeten Schädigung bei einer altruistischen Handlung und das darauf folgende Begehren auf Anerkennung einer Entschädigung. In einem solchen Fall sei ein Kausalzusammenhang zu verneinen. Erkenne man die vom Kläger geschilderten Schmerzen gleichwohl als Unfallfolge an, so wären sie mit einer MdE von 20 v.H. angemessen bewertet. Die Beklagte hat sich mit Schriftsatz vom 11.10.2013, der Kläger hat sich unter dem 11.11.2013 mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Entscheidungsgründe:

1. Der Senat entscheidet über die Berufung der Beklagten im Einvernehmen mit den Beteiligten nach [§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung. 2. Die Berufung ist statthaft und auch sonst zulässig ([§§ 143 f.](#), [151 Abs. 1 SGG](#)), aber nicht begründet. Das SG hat im Ergebnis zu Recht der Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) Var. 1, Abs. 4 SGG) des Klägers stattgegeben und die Beklagte dem Grunde nach ([§ 130 Abs. 1 SGG](#)) verurteilt, dem Kläger Verletztenrente nach [§ 56 Abs. 1 SGB VII](#) zu gewähren. Die rechtlichen Voraussetzungen des Versicherungsschutzes des Klägers bei der Beklagten und die Anforderungen an einen Anspruch auf eine Verletztenrente, insbesondere an die Bestimmung der dafür relevanten MdE, nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 SGB VII hat das SG in dem angegriffenen Urteil zutreffend dargelegt, darauf wird, um Wiederholungen zu vermeiden, verwiesen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend ist lediglich auszuführen: a) Der Senat ist in dem Maße, wie es [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) vorschreibt, davon überzeugt, dass sich bei dem Kläger auf Grund der bei der Blutspende am 12.03.2010 erfolgten Venenpunktion ein Hämatom (Erstschaden; zum Erstschaden bei fremdnütziger Blut-, Organ- bzw. Gewebespende vgl. BSG, Urteil vom 15.05.2012 - [B 2 U 16/11 R](#), Juris) ausgebildet hat, in dessen Folge sich eine Venenthrombose entwickelt hat. Als weitere Folge hiervon sowie der nachfolgenden Behandlungen, insbesondere der Operation am 06.10.2010, sind Nervenverletzungen aufgetreten, die zu den vom Kläger vorgebrachten Schmerzen im Sinne eines neuropathischen Schmerzsyndroms geführt haben. Für die Annahmen, dass der genannte Erstschaden sowie die Folgeschäden und damit die geklagten Schmerzen vorhanden sind, ist eine volle richterliche Überzeugung im Sinne eines Vollbeweises notwendig, also eine an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit, die aber gewisse Zweifel nicht ausschließt (im Folgenden aa). Dass die Blutspende die wesentliche Ursache für den Erstschaden und dieser wesentliche Ursache für die Folgeschäden bzw. letztere wesentlich durch die nachfolgenden Operationen bedingt sind, muss dagegen nur im Sinne einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (vgl. Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl. 2012, § 128 Rn. 3c), wobei dieser Kausalzusammenhang auch wertende Elemente im Sinne einer normativen Zurechnung enthält (im Folgenden bb). Beide Nachweise sieht der Senat als geführt an. aa) Bei dem Kläger liegen Verletzungen der sensiblen Endäste der Hautnerven im rechten Arm, nämlich der N. cutaneus antebrachii lateralis und medialis im Bereich der Ellenbeuge und eine Schädigung des N. medianus sowie in der Folge ein neuropathisches Schmerzsyndrom vor. Für den Nachweis von Schmerzen, insbesondere chronischer Schmerzen, sind besondere Anforderungen notwendig. Objektive Messmethoden zur Quantifizierung des Schmerzes fehlen. Ein Gutachter vermag daher nur durch eine umfassende und umfangreiche Befragung und durch die Beobachtung eine nachvollziehbare und zutreffende Beurteilung abzugeben, wobei Aussagen zur Konsistenz und Plausibilität der geklagten Schmerzen und der dadurch hervorgerufenen Beeinträchtigungen im Vordergrund stehen (vgl. im Einzelnen Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 216 ff, 218). Relevante Indizien sind z. B. (vgl. im Einzelnen a.a.O., S. 219) eine Diskrepanz zwischen Beschwerdeschilderung (einschließlich Selbsteinschätzung in Fragebögen) und körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation, wechselhafte, unpräzise und ausweichende Schilderung der Beschwerden und des Krankheitsverlaufes, Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und fremdanamnesticen Informationen (einschließlich Aktenlage), eine fehlende Modulierbarkeit

der beklagten Schmerzen, eine Diskrepanz zwischen geschilderten Funktionsbeeinträchtigungen und zu erwerbenden Aktivitäten des täglichen Lebens, ein Fehlen angemessener Therapiemaßnahmen und/oder Eigenaktivitäten zur Schmerzlinderung trotz ausgeprägt beschriebener Beschwerden, fehlende sachliche Diskussion möglicher Verweistätigkeiten bei Begutachtungen zur beruflichen Leistungsfähigkeit, ein Rückzug von unangenehmen Tätigkeiten (z. B. Beruf, Haushalt), jedoch nicht von den angenehmen Dingen des Lebens (z. B. Hobbies, Vereine, Haustiere, Urlaubsreisen) oder trotz eines Rückzugs von aktiven Tätigkeiten das Beibehalten von Führungs- und Kontrollfunktionen (z. B. Überwachung der Haushaltsarbeit von Angehörigen, deren Steuerung des Einkaufsverhaltens). Nach diesen Anforderungen ist der Senat von den Feststellungen und Schlussfolgerungen Dr. H.s überzeugt. Der Sachverständige hat seine Annahmen nachvollziehbar begründet und auf zahlreiche Indizien hingewiesen, die für die Existenz der behaupteten Schmerzen sprechen und die belegen, dass es sich hierbei um neuropathische Schmerzen handelt, die durch Verletzungen der genannten Nerven verursacht worden sind. Bereits in seinem Gutachten vom 13.01.2012 hat er ausgeführt, dass eine Nervenschädigung insgesamt feststehe. Der Senat geht davon aus, dass sich Dr. H. mit diesem Hinweis auf eine Verletzung des N. medianus, denn - nur - eine solche ist auch elektroneurografisch gesichert worden, z.B. von Dr. D., der ausweislich seines Berichts vom 16.08.2010 am N. medianus eine deutliche Verzögerung der distalen motorischen Latenz rechts festgestellt hatte, wenn auch keine Auffälligkeiten im sensiblen Bereich, also bei der Nervenleitgeschwindigkeit. Ferner hat Dr. H. mitgeteilt, dass eine ausgeprägte Allodynie vorliege, also Schmerzen zu verifizieren gewesen seien bei Reizen, die normalerweise keine Schmerzen auslösen könnten. Die für ihn relevanten weiteren Indizien hat er dann in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 23.07.2013 aufgeführt (S. 3): Die Schmerzen des Klägers seien charakteristisch für eine Nervenschädigung. Es sei von einem erheblichen Leidensdruck auszugehen, der sich in der regelmäßigen Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, auch stationär, zeige. Die Schmerzen hätten auch in abgelenkten Situationen ausgelöst werden können, was nach Dr. H.s nachvollziehbarer Ansicht gegen eine signifikante Aggravation spricht. Weitere belastbare Hinweise ergeben sich aus den zahlreichen anderen ärztlichen Unterlagen. Vor allem haben die behandelnden Ärzte durchgängig das vom Kläger geklagte Schmerzsyndrom geglaubt, als neuropathisch eingestuft und behandelt. Überzeugend in dieser Hinsicht ist vor allem der Entlassungsbericht der Rommel-Klinik vom 30.11.2011, Dres. Jäger, Prodanovic. Auch dort wurde ein therapieresistentes neuropathisches Schmerzsyndrom diagnostiziert, ebenso gingen diese Ärzte von einer Läsion des N. cutaneus antebrachii lateralis und medialis und sogar außerdem des N. medianus aus; nur das von ihnen ebenfalls angenommene Quantensyndrom konnte Dr. H. nicht bestätigen. Die Rommel-Klinik hatte ebenfalls die auch von Dr. H. beschriebene besondere Schmerzempfindlichkeit des Klägers gesehen, nach ihren Untersuchungen ("Schmerzempfindungsskala SES") lag die affektive Schmerzempfindung bei überdurchschnittlichen 62 Punkten, und die nach dem Test "QLIP" ermittelte schmerzbedingte Einschränkung der Lebensqualität war hoch (12 von 43 Punkten, wobei 0 für eine maximale Beeinträchtigung stehe). In dem weiteren Bericht ist ausgeführt, es liege "eindeutig" ein neuropathisches Schmerzsyndrom vor, das schmerzmedikamentös zu behandeln sei. Diese Schmerztherapie führt der Kläger auch durch, was ebenfalls für einen merklichen Leidensdruck spricht. Dies entnimmt der Senat, auch wenn Dr. H. keine Wirkspiegelbestimmung durchführen konnte, den Ausführungen Dr. Breuers in dem Arztbrief vom 10.10.2012, der die medikamentöse Behandlung inzwischen auf eine höhere Dosis Gabapentin umgestellt hat; dies hatte die Rommel-Klinik empfohlen und auch ausgeführt, bei weiterer Erfolglosigkeit sei eine opioide Schmerzmedikation angezeigt. Zuletzt ist darauf hinzuweisen, dass auch keine Anhaltspunkte für eine Beschwerdeverstärkung wegen des mit der Krankheit verbundenen sekundären Gewinns vorhanden sind. So hat der Kläger zwar seine Berufstätigkeit aufgegeben, er hat aber wegen der Krankheit bislang keine Rente erlangt, sondern lediglich eine vorgezogene Altersrente in Anspruch genommen. Und er hat nach seinen unwiderlegten Angaben auch die angenehmen Aktivitäten aufgegeben, vor allem seine Hobbies wie Radfahren und Wandern, Konzertbesuche und Urlaub. Gegen diese Einschätzung spricht nicht, dass bei den elektroneurografischen Untersuchungen des Klägers, vor allem bei der entsprechenden Untersuchung bei Dr. Andres, die Dr. H. in Auftrag gegeben hatte und deren Ergebnisse in der Berufungsinstanz nachgereicht worden sind, ein klinischer Nachweis für eine Schädigung gerade des N. cutaneus antebrachii lateralis und medialis nicht geführt werden konnte (wohl aber, wie ausgeführt, eine Schädigung des N. medianus auch elektro-neurografisch nachgewiesen ist). Diesen Umstand hat Dr. H. dahin erklärt, dass Schädigungen der langsam leitenden, äußeren (sensiblen) Fasern der betroffenen Hautnerven elektroneurografisch nicht dargestellt werden könnten. Dem folgt der Senat. Diese medizinische Aussage hat auch Beratungsarzt Prof. Dr. I. unter dem 19.09.2013 nicht bestritten. Bestätigt wird sie durch den behandelnden Orthopäden des Klägers, Dr. Breuer, der in seinem Arztbrief vom 10.10.2012 ebenfalls darauf hingewiesen hat, dass die sensiblen Endäste einer elektrophysiologischen Diagnostik nicht zugänglich sind. Diese Einschätzungen des Gerichtssachverständigen und der behandelnden Ärzte des Klägers konnte die Beklagte nicht in ausreichendem Maße erschüttern. Das im Verwaltungsverfahren eingeholte Gutachten von Dr. H. hatte im Wesentlichen eine körperliche Untersuchung zum Gegenstand. Die vom Kläger schon dort mitgeteilten Schmerzen wurden nur am Rande gewürdigt und dann als "diffuse Restbeschwerden" in den Diagnosevorschlag aufgenommen. Vor diesem Hintergrund ist Dr. H.s spätere Ausführung, das Gutachten Dr. G. habe die schon vorhandenen Schmerzen unzutreffenderweise nicht als neuropathisches Schmerzsyndrom erkannt, nachvollziehbar, zumal eine spezifische neurologische Untersuchung oder eine Schmerzdiagnostik nach den zitierten Anforderungen dort nicht stattgefunden hatte. Ferner kann der Senat nicht den Einwänden Prof. Dr. I.s vom 19.09.2013 folgen. Dieser bestreitet nicht insgesamt das Vorhandensein der Schmerzen, sondern geht von einer psychischen Verursachung im Sinne einer Überhöhung aus und verweist in diesem Zusammenhang auf einige Indizien: So trifft es zwar zu, dass ein sicherer Läsionsort nicht festgestellt werden konnte. Dies beruht auch darauf, dass die betroffenen Nervenendäste nicht entsprechend untersucht werden können. Ferner verweist Prof. Dr. I. darauf, dass die Angaben des Klägers zur Stärke und vor allem zur Lokalisation der Schmerzen geschwankt haben. Dies mag zutreffen, und womöglich ist es auch so, dass der Kläger zeitweise unplausible Angaben gemacht hat (z. B. die Auslösung von Schmerzen durch Neigung des Kopfes). Insgesamt aber waren seine Angaben noch konsistent: er hat überwiegend von brennenden bzw. stechenden Schmerzen im Bereich zwischen Hand (Mittelfinger) und Ellenbeuge berichtet. Kleinere Schwankungen bei der (empfundenen) Lokalisation mögen typisch für ein Schmerzsyndrom sein, sie dürften hier auch darauf beruhen, dass die Schmerzen durch die Behandlungen, insbesondere durch die Operation am 06.10.2010, verändert worden sind. Prof. Dr. I.s Vorwurf letztlich, Dr. H. habe nur spekuliert, weil er - nur - die Angaben des Klägers interpretiere, überzeugt deshalb nicht, weil eine Schmerzdiagnostik - wie ausgeführt - überwiegend auf den Angaben des Patienten beruhen muss, und trifft auch nicht zu, weil Dr. H. seine Einschätzung im weitestmöglichen Maße auch auf objektive Umstände gestützt hat. bb) Die Verletzung der genannten (Haut-)Nerven und das neuropathische Schmerzsyndrom des Klägers sind auch mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Folgen des Unfalls. Dr. H. hat in seinem Gutachten einen solchen Ursachenzusammenhang angenommen. Gestützt auf die Angaben des D-Arztes Dr. A. unmittelbar nach dem Unfall, vor allem zur Größe des Hämatoms, und des Operateurs F. am 06.10.2010, es sei eine Kompression und Verklebung des N. cutaneus antebrachii lateralis rechts durch Thrombose und Thrombophlebitis zweier Venenäste festgestellt worden, hat Dr. H. ausgeführt, mit Wahrscheinlichkeit sei bei der Blutspende auch die Arterie verletzt worden, das Hämatom und die im Anschluss an die Punktion entstandene Venenthrombose hätten Druck auf den Nerv aufgebaut und diesen so geschädigt. Dies erscheint nachvollziehbar. Die Grundlagen seiner Einschätzungen stehen fest, die Venenthrombose z. B. hatte der Operateur F. am 06.10.2010 festgestellt. Dr. H.s Annahme, dass ein so großes Hämatom wie beim Kläger und auch die durch die Thrombose verursachte Versteifung und vor allem Verdickung der Vene relevante Nervendruckschäden verursachen können, ist überzeugend. Ferner hat Dr. H. die zunehmenden narbigen Veränderungen nach den

Operationen als Ursache für die Nervenschädigung angesehen. Auch dies ist nachvollziehbar. Die erhebliche Narbenbildung konnte er selbst feststellen. Dass solche Verdickungen Druckschäden an den Endästen der unmittelbar unter der Haut verlaufenden Nerven verursachen können, ist ebenfalls verständlich. Der Senat lässt offen, ob und ggfs. mit welchem Anteil auch die nachfolgenden Behandlungen, insbesondere die Operation am 06.10.2010 und die anschließende Narbenbildung, das Schmerzsyndrom verursacht haben. Auch wenn nicht nur die Folgen der Punktion der Vene eine Ursache waren und selbst wenn die Behandlungen einen überwiegenden Ursachenbeitrag darstellen sollten, wäre der Kausalzusammenhang nicht unterbrochen. Nach [§ 11 Abs. 1 Nr. SGB VII](#) sind - mittelbare - Folgen eines Versicherungsfalles auch Gesundheitsschäden infolge einer Heilbehandlung, wobei hier nur eine Heilbehandlung an unmittelbaren Folgen des Unfalls gemeint ist, dies allerdings unabhängig davon, ob solche unmittelbaren Folgen überhaupt vorlagen oder nur angenommen wurden (vgl. BSG, Urteil vom 15.05.2012 - [B 2 U 31/11 R](#), Juris; Schmitt, a.a.O., § 11 Rn. 6 ff.). Diesen Anforderungen genügt die Operation am 06.10.2010. Die Praxis C./F. war als Durchgangsarzt mit der besonderen Heilbehandlung des Klägers wegen der Folgen des Unfalls betraut. Die Operation diente dazu, die genauen Ursachen für die vom Kläger seit der Blutspende bzw. dem Abklingen des Hämatoms geklagten Schmerzen zu finden und diese Schmerzen zu behandeln. Dies hat Dr. H. in seiner ergänzenden Stellungnahme - auch wenn er den überwiegenden Ursachenanteil in der Punktion sieht - ausgeführt. Insoweit deckt er sich mit Dr. G., der in seinem Gutachten vom 03.12.2010 ausgeführt hatte, die Operation sei mit Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls. Entgegen der Ansicht der Beklagten sind weder das beim Kläger vorbestehende Carpal tunnel syndrome noch die Dupuytren'sche Erkrankung Ursache der Beschwerdesymptomatik. Denn die denkbaren Folgen beider Erkrankungen sind anders. Allenfalls das Carpal tunnel syndrome könnte Nerven schädigen, jedoch wäre dann - wie beim Kläger - der Bereich zwischen Ellenbogen und Hand nicht betroffen. Im Übrigen hat Dr. I. diesen Punkt nicht mehr weiter verfolgt. b) Dieses neuropathische Schmerzsyndrom ist mit einer MdE von 20 v.H. zutreffend bewertet. Dr. H. hat diesen Wert in seiner Stellungnahme vom 23.07.2013 überzeugend begründet. Insbesondere hat er Vergleichswerte anderer Nervenschädigungen herangezogen. Dass er sich auf die Erfahrungswerte für eine Läsion des N. cutaneus femoris lateralis gestützt hat, überzeugt, nachdem die versorgten Hautbereiche bei beiden sensiblen Nerven ähnlich groß sind. Auch die Erhöhung des daraus an sich folgenden Wertes von 10 v.H. auf 20 v.H. ist vertretbar. Ein neuropathisches Schmerzsyndrom ist kein üblicherweise mit einer somatischen Schädigung verbundener Schmerz mehr (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 204). Es ist anerkannt, dass - wenn eine isolierte Bewertung der MdE durch eine Schmerzerkrankung notwendig ist - auch hohe Werte vorliegen können. Prof. Dr. I. hat insoweit von 20 bis 50 v.H. gesprochen. Auch eine MdE von 100 v.H. ist nicht ausgeschlossen (a.a.O., S. 222). Vor diesem Hintergrund kann hier eine MdE von 20 v.H. noch bejaht werden, auch wenn Dr. H. dies in seiner ergänzenden Stellungnahme als großzügig bezeichnet hat. Die Schmerzen des Klägers sind erheblich. Insbesondere hat auch Prof. Dr. I. diesen Wert - vorausgesetzt, die Schmerzerkrankung sei anzuerkennen - für angemessen erachtet. c) Der Rentenanspruch des Klägers beginnt auch mit dem 30.06.2011, wie es das SG entschieden hat. Ob ein noch früherer Zeitpunkt in Frage kommt (vgl. [§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#)), muss hier offen bleiben, nachdem der Kläger keine Berufung eingelegt hat. Ein späterer Zeitpunkt scheidet jedenfalls aus. Dr. H. hat hierzu ausgeführt, die rentenberechtigende MdE könne erst mit dem Aufenthalt des Klägers in der Rommel-Klinik - sicher - angenommen werden. Dies ist gut vertretbar, nachdem auch dort - eindeutig - ein neuropathisches Schmerzsyndrom diagnostiziert worden war. Der Termin liegt auch mindestens 26 Wochen nach dem Versicherungsfall ([§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)), selbst wenn man auf die Operation am 06.10.2010 abstellt.

3. Die Entscheidung über die Kosten des Berufungsverfahrens beruht auf [§ 193 SGG](#).

4. Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-01-31