

L 6 U 2825/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 12 U 573/15
Datum
17.05.2017
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 2825/17
Datum
23.02.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 17. Mai 2017 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt die Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls, hilfsweise die Feststellung weiterer Unfallfolgen.

Die Klägerin ist 1973 geboren und wohnt im Inland. Im Jahre 2012 betrieb sie als Unternehmerin einen Backshop (Verkauf von Backwaren, Süßigkeiten und anderen Waren) mit mindestens drei Filialen und mehreren Beschäftigten. Sie war der beklagten B. (Beklagte) als freiwillig unfallversicherte Unternehmerin (Satzungsversicherung) beigetreten. Bei der A. war sie freiwillig gesetzlich krankenversichert ohne Anspruch auf Krankengeld. Die Klägerin ist Linkshänderin.

Sie stellte sich am Montag, dem 16. Juli 2012, kurz vor 13:00 Uhr bei der Durchgangsärztin R. vor und gab an, sie sei am Vortag (Sonntag, 15. Juli 2012) gegen 08:30 Uhr während der Arbeit in dem zu ihrem Unternehmen gehörenden Kühlhaus ausgerutscht und gefallen, habe sich mit dem rechten Handgelenk abgestützt und dabei ein Knacken gehört. Sie habe Schmerzen verspürt, sich mit einer Sportsalbe eingerieben und weiter gearbeitet. Ärztin R. diagnostizierte den Verdacht auf einen Einriss des TFCC (Triangulärer fibrokartilaginärer Komplex, Zwischengelenksscheibe zwischen Elle/Speiche und Handwurzel) lateral, ein Ganglion am Os lunatum (Mondbein) und ein Bone bruise des Processus styloideus (Ödem am Knochenfortsatz an Speiche oder Elle). Bis auf eine Schwellung des Handgelenks beständen keine klinischen Symptome. Der Durchgangsarztbericht wurde zunächst irrtümlicherweise der B. (BGN) zugeleitet und ging am 16. August 2012 bei der Beklagten ein.

Die Klägerin hatte bereits am 23. Juli 2012 bei der Beklagten betriebliche Unfallanzeige erstattet. Sie reichte den Behandlungsbericht des Universitätsklinikums H. vom 7. August 2012 zur Akte (nach Abnahme einer zeitweise angelegten Unterarmschiene keine Schwellung, Angabe eines Hauptschmerzes streckseitig, eine MRT-Untersuchung [Magnetresonanztomografie] vom 18. Juli 2012 habe ebenfalls den Verdacht auf eine TFCC-Läsion ergeben, eine Röntgenuntersuchung im Klinikum selbst habe eine ältere knöcherne Verletzung am Processus styloideus ulnae bei sonst fehlenden knöchernen Verletzungen ergeben). Der Bericht über die hier erwähnte MRT-Untersuchung bei Prof. Dr. G. vom 18. Juli 2012 gelangte - wiederum über die BGN - am 19. September 2012 zur Akte der Beklagten.

Die Klägerin war bis zum 14. September 2012 arbeitsunfähig erkrankt und bezog Verletzengeld im Auftrag der Beklagten. Am folgenden Tage nahm sie die Arbeit wieder auf.

In dem Zwischenbericht vom 22. Oktober 2012 teilte Durchgangsarzt Prof. Dr. S. der Beklagten mit, nach dem Unfall sei bei einer Handgelenksspiegelung am 14. August 2012 bei ansonsten unauffälligem intraartikulärem Befund lediglich - nebenbefundlich - eine degenerative Veränderung am Discus triangularis festgestellt worden. Ferner leide die Klägerin seit einem Jahr oder länger auch an einer Epicondylitis humeri radialis ("Tennisellenbogen") rechts. Es bestehe "im weiteren Sinne" eine komplexe Zerrung mit Teilriss des Kapselbandapparats, deswegen trage sie bei der Arbeit eine verstärkte Handgelenkmanschette. Bei persistierenden Beschwerden habe eine neurologische Untersuchung am 4. Oktober 2012 (der Bericht war beigelegt) einen Normalbefund ergeben. Nachdem die Klägerin, wie

ausgeführt, schon seit dem 15. September 2012 wieder arbeitsfähig war, wurde im Dezember die Behandlung zu Lasten der Beklagten beendet.

Nachdem sich die Klägerin ab dem 11. April 2013 wegen zunehmender Schmerzen bei dem Durchgangsarzt Dr. W. und sodann erneut bei Prof. Dr. S. vorgestellt hatte und die weitere konservative Therapie keinen Erfolg gehabt habe, ließ sie sich am 26. August 2013 in der V.-Klinik B. operieren. Bei dieser erneuten Arthroskopie ("Re-Art") wurden eine Teilresektion bzw. Glättung des TFCC und eine Resektion einer Synovialitis ulnocarpal durchgeführt. Die V.-Klinik rechnete diese Operation gegenüber der A. ab. Diese reichte die Rechnung im Oktober 2013 an die Beklagte weiter. Der Beratungsarzt Dr. K. führte hierzu aus, der Schaden am Handgelenk, insbesondere am TFCC, sei Folge des Unfalls, weswegen die Handgelenksspiegelung mit Debridement am 26. August 2013 zu Lasten des Arbeitsunfalls durchzuführen sei. Die Beklagte beglich daraufhin die Rechnung. Danach reichte die A. auch die AU-Bescheinigungen der Klägerin aus dem Herbst 2013, die ebenfalls zu Lasten der Krankenkasse ausgestellt worden waren, an die Beklagte weiter.

Am 10. Dezember 2013 teilte die Klägerin der Beklagten telefonisch mit, sie habe einen Morbus Sudeck (heute: Komplexes regionales Schmerzsyndrom [CRPS]) entwickelt. Sie reichte den Zwischenbericht von Prof. Dr. H., V.-Klinik B., vom 28. November 2013 ein, wonach bei klinisch geschwollener rechter Hand und angegebenen brennenden Schmerzen, vor allem bei Berührung, eine entsprechende Verdachtsdiagnose gestellt worden war. Nachdem eine neurologische Untersuchung bei Dr. B. einen weiterhin unauffälligen Befund ergeben hatte, teilte Prof. Dr. H. mit Arztbrief vom 16. Dezember 2013 ein "beginnendes CRPS" als gesicherte Diagnose dar und empfahl eine komplex-stationäre Behandlung in seinem Hause. Diese absolvierte die Klägerin vom 16. bis zum 23. Dezember 2013 in der V.-Klinik. Dort wurde zusätzlich ein Karpaltunnelsyndrom (CTS) ausgeschlossen. Bei der Entlassung zeigte sich die CRPS-Symptomatik deutlich gebessert bei rückläufigen Schmerzen sowie verbesserter Beweglichkeit mit zuletzt komplettem Faustschluss und voller Fingerstreckung. Am 21. Januar 2014 gab Prof. Dr. H. nach einer Nachuntersuchung als Diagnose einen Z. n. ("Zustand nach") CRPS an, die Klägerin arbeite seit dem 29. Dezember 2013 wieder, der brennende Schmerz sei verschwunden, aktuell beständen noch Bewegungs- und Belastungs- und gelegentlich Ruheschmerzen. Die Beweglichkeit sei weiterhin frei, die Kraft deutlich verstärkt. Die Behandlung zu Lasten der Beklagten sei abgeschlossen, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 v.H. oder mehr werde nicht verbleiben.

Die Klägerin teilte am 6. Februar 2014 mit, sie wolle sich gern einem anderen Arzt vorstellen, nachdem sie mit Prof. Dr. H. nicht mehr gut zurechtkommen sei, weil dieser sie trotz starker Schmerzen wieder "gesundgeschrieben" habe. Die Beklagte veranlasste daraufhin eine Heilverfahrenskontrolle bei Dr. K. in der BG-Klinik L. am 27. Februar und 6. März 2014. Die BG-Klinik (Dr. K. am 6. und Prof. Dr. K. am 7. März 2014) berichteten, es bestehe noch ein "Belastungs- und Bewegungsdefizit" nach TFCC-Komplexverletzung rechts, der Schmerz werde als dumpf brennend beschrieben und ziehe von den Fingern bis zum Ellenbogengelenk. Die rechte Hand sei mäßig geschwollen. Es zeige sich eine dezent livide Verfärbung des Handrückens, ferner könnten eine Veränderung der Hauttemperatur und ein abweichendes Nagelwachstum eruiert werden. Der Faustschluss sei verlangsamt und subjektiv unter Schmerzen demonstrierbar. Das Handgelenk sei frei. Die grobe Kraft betrage 4,5/5. Es sei eine mehrwöchige stationäre Schmerztherapie vonnöten.

Die Klägerin absolvierte diese stationäre Therapie vom 17. April bis 2. Mai 2014 in der BG-Klinik L. ... Prof. Dr. K. berichtete hierzu mit Schreiben vom 7. Mai 2014, die Beschwerden hätten sich - nur - leicht gebessert. Die rechte Hand neige zu Schwellungen, in den Fingern 4 und 5 würden Parästhesien angegeben, die Beweglichkeit des rechten Handgelenks sei mit einer Dorsal-/Plantarflexion von 30/0/30° (links 60/0/40°) stärker, die radiale und ulnare Abduktion sei mit 30/0/30° im Seitenvergleich nur leicht eingeschränkt. Die Finger seien frei beweglich. Die grobe Kraft der Hand betrage 4/5, Faustschluss und Fingerspreizen seien nur verlangsamt möglich. Zu diagnostizieren seien eine "mixed pain rechte Hand", eine teilremittierte mittelgradige depressive Episode und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Es sei eine ambulante schmerzmedikamentöse und physiotherapeutische Behandlung notwendig.

In der Folgezeit versorgte die Beklagte die Klägerin für ihre Back-Shops mit technischen Hilfsmitteln (Brotschneidemaschine, Reinigungsgeräte) und einer Hilfskraft (Reinigung).

Im Auftrag der Beklagten erstattete Prof. Dr. L., S.-Kliniken H., das Erste Rentengutachten vom 18. September 2014. Der Gutachter wertete die aktienkundigen Befunde aus und zog - erstmals - den Operationsbericht des Universitätsklinikums H. vom 14. August 2012 bei. Er führte aus, die Klägerin gebe noch eine diffuse Schmerzsymptomatik im rechten Ellenbogen und rechten Handgelenk an, zudem unter wechselnden Hypästhesien verschiedener Finger. Die Hand schwelle des öfteren an, vor allem nach körperlicher Belastung. Es bestehe eine Kraftminderung beim Faustschluss und der Unterarmdrehung. Die Dorsal-/Plantarflexion des rechten Handgelenks gab der Gutachter mit 35/0/30° sowie die radiale und ulnare Abduktion mit 30/0/20° an (S. 11 Gutachten). Die Klägerin habe angeführt, die anfangs mäßigen Beschwerden hätten sich nach der ersten Operation am 14. August 2012 gebessert, seit der zweiten (August 2013) sei eine dramatische Beschwerdeprogredienz eingetreten, in deren Verlauf auch der Verdacht auf ein CRPS diagnostiziert worden sei. Zusammenfassend sei auszuführen, dass die Klägerin bereits kurz nach dem Unfall nebenbefundlich auf eine seit einem Jahr bestehende Epicondylitis humeri hingewiesen habe. Dies habe sie nunmehr dahin ergänzt, dass sie bereits zwei Monate vor dem Unfall Kribbelparästhesien der Finger D4 und D5 verspürt habe. Ferner hätten die Berichte über beide Operationen, sowohl der aktuell beigezogene Bericht aus H. vom 14. August 2012 als auch der Bericht über die Re-Arthroskopie in der V.-Klinik (26. August 2013) eine degenerativ bedingte Läsion des TFCC beschrieben. In der weiteren Folge habe die Klägerin ein CRPS entwickelt, wobei die Beschwerden nicht neurologisch hätten erklärt werden können. Ein CRPS Grad 2 habe ausgeschlossen werden können. Aus den medizinischen Unterlagen, hier der A., ergebe sich, dass die Klägerin bereits sieben Jahre vor dem Unfallereignis eine Karpaldachspaltung beidseits mit schon damals bestehenden Kribbelparästhesien (allerdings der Finger D1 bis D3) habe durchführen lassen. Vor diesem Hintergrund seien die geschilderten Beschwerden nachvollziehbar, jedoch handle es sich nicht um Folgen des Unfalls vom 14. Juli 2012. Als Unfallfolge seien lediglich die zeitnah - in der ersten MRT-Untersuchung - nachgewiesenen Schäden (bone bruise des Processus styloideus auf Grund einer Distorsion des Radiocarpal- und Radio-Ulnargelenks rechts) anzuschuldigen. Die degenerative TFCC-Veränderung und die Synovialitis seien unfallunabhängig zu werten, ebenso der postoperativ (nach der zweiten OP) protrahierte Verlauf mit allenfalls bestehendem Verdacht auf ein CRPS. Die - unfallbedingte - MdE sei demnach auf unter 10 v.H. seit dem 2. Mai 2014 und auf Dauer zu schätzen.

Mit Bescheid vom 9. Oktober 2014 führte die Beklagte aus, die Klägerin habe wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. Juli 2012 keinen Anspruch auf Rente oder sonstige Leistungen der Berufsgenossenschaft. Der Unfall habe zu einem ausgeheilten Knochenmarksödem des Griffelfortsatzes am unteren Ende der Elle rechts sowie einer verheilten Zerrung des Handgelenks rechts geführt. Unfallunabhängig beständen ein "chronisches Schmerzsyndrom" und ein Tennisarm rechts, ein Zustand nach Karpaldachspaltung beidseits im Jahre 2004

sowie degenerative Veränderungen des Verbindungsbandes zwischen Elle und Speiche (TFCC-Band).

Die Klägerin erhob Widerspruch. Sie habe von der Beklagten die vollautomatische Brotschneidemaschine und einen Putzwagen mit Auswringpresse bekommen. Sie habe keinen Tennisarm rechts, sondern links. Das TFCC-Band sei bei dem Unfall vom 14. Juli 2012 geschädigt worden, dies sei ärztlich bestätigt. Es bestehe ein - andauerndes - CRPS 1, weswegen die Schmerztherapie fortgeführt werden müsse.

Die Beklagte erließ den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 4. Februar 2015. Sie führte ergänzend aus, unabhängig von einer etwaigen Behandlung eines linksseitigen Tennisarms sei mehrfach dokumentiert, dass die Klägerin bereits vor dem Unfall gleiche Beschwerden am rechten Arm gehabt habe, was zumindest bis Juli 2013 beschrieben worden sei.

Hiergegen hat die Klägerin am 25. Februar 2015 Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben. Sie hat zunächst - lediglich - eine Verurteilung zur Gewährung einer Rente beantragt. In der mündlichen Verhandlung hat sie hilfsweise die - gerichtliche - Feststellung eines CRPS Grad 1 als Unfallfolge begehrt. Sie hat insbesondere vorgetragen, dass bereits unmittelbar nach dem Unfall auf Grund der klinischen und neurologischen Untersuchung der hochgradige Verdacht einer TFCC-Läsion geäußert worden sei. Ferner sei in der Folgezeit ein CRPS nicht nur verdachtsweise, sondern von der V.-Klinik ab dem 16. Dezember 2013 als gesichert angegeben worden sei, wobei unter anderem Dr. S. am 15. Dezember 2014 einen Ursachenzusammenhang zwischen dem CRPS und dem Unfall angenommen habe. Die Klägerin hat umfangreiche medizinische Unterlagen zur Akte gereicht, darunter den von ihr erwähnten Bericht von Dr. S. (S. 63 SG-Akte).

Das SG hat die behandelnden Ärzte der Klägerin schriftlich als sachverständige Zeugen vernommen. Prof. Dr. U. (für Prof. Dr. H.) von der V.-Klinik hat am 5. Juni 2015 mitgeteilt, der Unfall sei für das bone bruise und die Synovialitis und die daraufhin entwickelte Schmerzpersistenz mit einem CRPS verantwortlich. Dr. S. hat mit Schreiben vom 4. Juli 2015 mitgeteilt, er behandle sie seit 1993, ein Sulcus-ulnari-Syndrom sei erstmals 1994 links dokumentiert worden. In den Jahren danach habe es zahlreiche Behandlungen wegen des linken Arms und der Wirbelsäule gegeben. Beschwerden des rechten Ellenbogens seien ab dem Frühjahr 2011 angegeben worden. Es liege - zwar - eine erhebliche Disposition für Erkrankungen der Sehnen und Muskelansätze vor. Der Unfall stelle - aber - zumindest eine wesentliche Teilursache der jetzt noch andauernden Behandlung (wegen eines CRPS) dar. Die aktuelle MdE werde auf 40 v.H. geschätzt. Dr. W. hat am 22. Dezember 2015 bekundet, er habe die Klägerin im August 2007 wegen eines CTS rechts operiert, der Verlauf sei komplikationslos gewesen. Im Jahre 2008 seien Sehnen- und Karpaldachspaltungen im linken Handgelenk durchgeführt worden. Bei der ersten Vorstellung nach dem Unfall, am 11. April 2013, hätten am rechten Handgelenk keine Schwellung, eine stabile Bandführung, eine intakte Durchblutung, Motorik und Sensibilität (DMS), eine Extension/Flexion von 80/0/70° und eine Radial-/Ulnarabduktion von 30/0/40° vorgelegen. Dem Gutachten von Prof. Dr. L. sei sowohl in der Kausalität des Arbeitsunfalls als auch wegen der Höhe der MdE zuzustimmen.

Sodann hat das SG von Amts wegen das handchirurgische Zusammenhangsgutachten von Dr. B. vom 30. März 2016 erhoben. Die Sachverständige hat ausgeführt, bei der Klägerin sei es durch den Unfall zu einer Prellung des Handgelenks mit Knochenprellung (bone bruise) im Griffelfortsatz der Elle gekommen. Die auch jetzt noch (röntgenologisch) nachweisbare knöcherne Absprengung der Griffelfortsatzspitze (3 mm, abgerundet) müsse vor dem Unfall am 15. Juli 2012 geschehen sein, da sie bereits am 1. August 2012, also zwei Wochen danach, bildgebend als "alt" beschrieben worden sei. Dies erkläre auch, warum sie - bei völlig abgeschnittener Durchblutung - in dem MRT am 18. Juli 2012 nicht beschrieben worden sei. Der dort allerdings festgestellte Einriss im TFCC sei bei der Spiegelung in H. am 14. August 2012 als zentral und degenerativ beschrieben worden, was bedeute, dass er nicht unfallbedingt gewesen sei. Frische Unfallfolgen, die vier Wochen nach dem Unfall noch hätten gesehen werden müssen, seien nicht beschrieben worden. Die danach weiterhin beschriebenen Erkrankungen Epikondylitis humeri radialis und kleines Ganglion in Höhe Mondbein seien sicherlich unfallunabhängig. Schwieriger sei die Beurteilung des CRPS. Dieses sei am 26. November 2013 erstmals diagnostiziert worden, also eineinhalb Jahre nach dem Unfall und nach zwei Arthroskopien des Handgelenks. Ein CRPS könne nach jeglicher Verletzung, gerade auch Bagatellverletzungen, auftreten. Es könne daher zwischen den Auslösern Unfall und Operation kaum unterschieden werden. Dies sei aber relevant, da ein Schmerzsyndrom wegen der Knochenprellung als unfallbedingt einzustufen wäre, ein solches auf Grund der Arthroskopien dagegen nicht, weil diese wegen einer letztlich unfallunabhängigen Erkrankung, der TFCC-Läsion, durchgeführt worden seien. Nach Einschätzung der Sachverständigen komme damit dem Unfall eine zumindest gleichwertige Bedeutung zu. Die durch die Unfallfolgen bedingte MdE unter Berücksichtigung der objektiven Bewegungseinschränkungen, der wiederkehrenden Schwellungen und Schmerzen des rechten Arms und der Kraftminderung der rechten Hand seien auf 10 v.H. zu schätzen. Zwar wären auch diese allein auf Grund der Bewegungseinschränkungen zu hoch, jedoch flössen hier die über das normale Maß einer solchen Verletzung hinausgehenden Beschwerden durch das CRPS ein.

Auf Antrag der Klägerin hat das SG noch zwei aktuell behandelnde Ärzte schriftlich als Zeugen vernommen. Die Neurologin K. hat am 8. August 2016 bekundet, es bestehe - weiterhin - ein M. Sudeck, daneben eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und eine "reaktive Depression"; alle Erkrankungen seien auf den Unfall 2012 zurückzuführen. Der Allgemeinmediziner Dr. H. hat am 6. September 2016 mitgeteilt, am rechten Handgelenk beständen belastungsabhängige Schmerzen und eine chronische Schmerzkrankheit. Operationen hätten bislang keine Besserung erbracht, das anhängige Verfahren gegen die BG trage sicherlich auch zur Schmerzgenese bei. Einem erneuten operativen Eingriff, den die Klägerin plane, stehe er skeptisch gegenüber, eine Besserung sei, wenn überhaupt, nur durch eine multimodale Schmerztherapie zu erreichen. Letztlich hat Dr. P., Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum H., am 9. Januar 2017 berichtet, er habe sie am 7. September 2016 operiert. Dabei seien Resektionen des Ossikels distal und des Processus styloideus ulnae rechts sowie Denervationen des Handgelenks (Durchtrennung des N. interosseus posterior und anterior) durchgeführt worden. Bei den Nachkontrollen am 29. September und 24. Oktober 2016 habe sich eine Beschwerdepersistenz gezeigt.

Die Klägerin hat in der Folgezeit weitere Berichte über aktuelle Behandlungen vorgelegt, darunter über die stationäre Behandlung in der M.-Klinik B. vom 14. Januar bis zum 10. Februar 2017 (Verdacht auf CRPS der rechten Hand bei Z.n. Sturz vor fünf Jahren und bereits zweifacher Arthroskopie bei TFCC-Perforation; Z.n. Resektion des Griffelfortsatzes sowie Denervierung des rechten Handgelenks am 7. September 2016) sowie über die stationäre Behandlung in den M.-Kliniken vom 18. April bis 3. Mai 2017 (Chronisches Schmerz-syndrom III nach Gerbershagen bei CRPS Typ 2 am rechten Arm, Mittelfußschmerzen rechts, chronische Lumbalgie rechts und zervikaler Kopfschmerz linksbetont; daneben weitere Diagnosen sowie Hinweise auf eine schwere depressive Episode, für die Aufrechterhaltung des Beschwerdebildes seien die organischen Umstände, darunter das CRPS, nicht allein von Bedeutung, sondern auch weitere - im Einzelnen

genannte - psychosoziale Bedingungen; es sei daher eine multimodale Schmerztherapie vonnöten).

Mit Urteil vom 17. Mai 2017 auf Grund mündlicher Verhandlung, an der die Klägerin teilgenommen hat, hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klage sei mit Haupt- und Hilfsantrag unbegründet. Über die anerkannten und ausgeheilten Verletzungen ließen sich die fortbestehenden gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall zurückführen. Auf Grund der aktenkundigen Befunde, vor allem der intraoperativ erhobenen, habe die Sachverständige Dr. B. nachvollziehbar dargelegt, dass die Annahme einer unfallbedingten TFCC-Läsion widerlegt sei. Nicht anschließen könne es sich der Annahme der Sachverständigen, die Unfallfolgen hätten das CRPS an der rechten Hand in zumindest gleichwertiger Weise verursacht wie unfallunabhängige Erkrankungen. Wenn bereits am 14. August 2012 keine frischen Unfallfolgen mehr feststellbar gewesen seien, sei es nicht nachvollziehbar, ein über ein Jahr später erstdiagnostiziertes CRPS auf die längst verheilten Arbeitsunfallfolgen zurückzuführen.

Gegen dieses Urteil, das ihr am 20. Juni 2017 in vollständig abgefasster Form zugestellt worden war, hat die Klägerin am 20. Juli 2017 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) erhoben. Sie trägt ergänzend vor, sie leide in Folge des Arbeitsunfalls aktuell unter einer schweren Depression und könne daher kaum ihren Alltag bewältigen.

Sie beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 17. Mai 2017 aufzuheben, den Bescheid vom 9. Oktober 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 4. Februar 2015 teilweise aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. Juli 2012 eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 v.H. zu gewähren sowie ein komplexes regionales Schmerzsyndrom Typ II an der rechten Hand als Folge des Arbeitsunfalls vom 14. Juli 2012 festzustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angegriffene Urteil und ihre Entscheidungen.

Der Senat hat am 13. November 2017 Hinweise zur Sach- und Rechtslage gegeben und die Beteiligten unterrichtet, dass er ohne mündliche Verhandlung und ohne Hinzuziehung der ehrenamtlichen Richter über die Berufung der Klägerin entscheiden wolle. Die auf den 30. November 2017 gesetzte Frist für eine Stellungnahme hierzu hat der Senat auf Antrag der Klägerin bis zum 15. Dezember 2017 verlängert. Eine Stellungnahme ist nicht erfolgt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

II.

Der Senat konnte über die Berufung nach [§ 153 Abs. 4 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss entscheiden. Er hält die Berufung einstimmig für unbegründet. Der Rechtsstreit weist auch keine besonderen Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Die Beteiligten sind zu dieser Verfahrensweise gehört worden.

Die Berufung der Klägerin ist insgesamt nach [§ 143 SGG](#) statthaft. Beide Klageanträge unterliegen nicht der Zulassungsschranke des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#). Zum einen begehrt die Klägerin zwar Leistungen, dies aber für mehr als ein Jahr ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Zum anderen ist ihre Klage auf eine gerichtliche Feststellung und nicht auf eine Leistung der Beklagten gerichtet. Auch im Übrigen ist die Berufung zulässig, insbesondere hat sie die Klägerin form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) erhoben.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage mit ihrem Anfechtungs- und Leistungsantrag und dem ebenfalls kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsantrag zu Recht abgewiesen.

Allerdings sind beide Klageanträge zulässig. Ihr Rentenbegehren macht die Klägerin zu Recht mit einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) Var. 1, Abs. 4 SGG) geltend. Die hilfsweise erhobene Anfechtungs- und Feststellungsklage - gerichtet auf eine gerichtliche Feststellung - ist nach der Ausnahmeregelung in [§ 55 Abs. 1 Halbsatz 1](#) Var. 1 SGG statthaft, auch wenn es sich in der Sache noch nicht um die Feststellung eines Rechtsverhältnisses (vgl. dazu [§ 55 Abs. 1 Halbsatz 1 Nr. 1 SGG](#)) handelt, sondern um die Feststellung einzelner Elemente eines solchen Rechtsverhältnisses. Der Feststellungsklage steht auch nicht der Grundsatz der Subsidiarität (vgl. [§ 43 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung [VwGO]) entgegen, obwohl die Klägerin auch eine Verpflichtungsklage auf eine entsprechende behördliche Feststellung (vgl. [§ 102](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch [SGB VII]) erheben könnte. Vielmehr kann ein Versicherter zwischen einer behördlichen und einer gerichtlichen Feststellung wählen (Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl. 2017, § 55 Rz. 13c). Die Klägerin konnte auch die Leistungs- und die Feststellungsklage, auch im Verhältnis von Haupt- und Hilfsantrag, kombinieren, [§ 56 SGG](#). Und letztlich hat die Beklagte in den angegriffenen Bescheiden über beide Begehren entschieden, sodass jeweils ein angreifbarer Verwaltungsakt vorliegt und das nach [§ 78 Abs. 1 SGG](#) notwendige Vorverfahren durchgeführt worden ist. Die Ablehnung des Rentenanspruchs war dabei Gegenstand des Verfügungssatzes, und die Ablehnung der Anerkennung eines "bestehenden chronischen Schmerzsyndroms" als Unfallfolge war hinreichend deutlich in der Begründung enthalten.

Die Klage ist mit ihrem Haupt- wie auch mit ihrem Hilfsantrag unbegründet. Die Klägerin kann weder die Gewährung einer Verletztenrente verlangen noch die isolierte Feststellung eines CRPS als Unfallfolge.

Rechtsgrundlage für die begehrte Rentengewährung ist [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#). Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls - hier eines Arbeitsunfalls, vgl. [§§ 7 Abs. 1, 8 Abs. 1 SGB VII](#) - über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert

und erreichen die VomH.ertsätze 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 nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern (§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII).

Vor diesem Hintergrund müssen zunächst die behaupteten Gesundheitsschäden mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Dagegen ist für die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität, welche nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen sind, grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich vgl. hierzu und zum Folgenden Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, juris, Rz. 17). Hinreichende Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht, so dass auf diesen Grad der Wahrscheinlichkeit vernünftiger Weise die Entscheidung gestützt werden kann und ernste Zweifel ausscheiden. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Nicht ausreichend ist dabei allerdings die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 15. September 2011 - [B 2 U 25/10 R](#) -, juris, Rz. 14 m. w. N.).

Die MdE aus den so festgestellten unfallbedingten Gesundheitsschäden richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII). Um eine MdE und ihr Ausmaß beurteilen zu können, ist zunächst festzustellen, ob das aktuelle körperliche oder geistige Leistungsvermögen beeinträchtigt ist. In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang dadurch die Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens vermindert werden. Entscheidend ist, in welchem Ausmaß Versicherte durch die Folgen des Versicherungsfalls in ihrer Fähigkeit gehindert sind, zuvor offenstehende Arbeitsmöglichkeiten zu ergreifen (Schön-ber-ger/Mehr-tens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 123). Die Bemessung des Grades der MdE erfolgt als Tatsachenfeststellung des Gerichts, die dieses gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 - [B 2 U 5/10 R](#) -, juris, Rz. 16 m. w. N.) und hierbei die vorhandenen Beweismittel würdigt (BSG, Urteil vom 2. Mai 2001 - [B 2 U 24/00 R](#) -, juris). Die zur Bemessung der MdE in Rechtsprechung und Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind dabei zu beachten. Sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen ständigem Wandel (Urteil des Senats vom 9. März 2017 - [L 6 U 152/15](#) -, juris, Rz. 27).

Nach diesen Maßstäben bedingen die Folgen des von der Beklagten anerkannten Unfalls vom 15. Juli 2012 bei der Klägerin keine MdE von 20 v.H. oder mehr, wobei eine MdE um 10 v.H. mangels eines Stützrententatbestandes nicht ausreichen würde, einen Rentenanspruch zu begründen.

Die anerkannten Folgen des Unfalls - das durch die Prellung bedingte Knochenmarksödem des Griffelfortsatzes am unteren Ende der Elle rechts sowie die Zerrung des rechten Handgelenks, die bereits Ärztin R. bei der Erstvorstellung am 16. Juli 2012 als gesicherte Diagnosen angegeben hatte - sind ausgeheilt und haben über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus überhaupt keine funktionellen Einbußen mehr verursacht. Bei dieser Einschätzung stützt sich der Senat auf die aktenkundigen ärztlichen Unterlagen und die beiden vorhandenen Gutachten von Prof. Dr. L. vom 17. Juni 2014 und von Dr. B. vom 30. März 2016, wobei das erstgenannte Gutachten, das die Beklagte im Verwaltungsverfahren in Auftrag gegeben hatte, beweisrechtlich nach [§ 118 Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 418 Abs. 1](#) Zivilprozessordnung (ZPO) als öffentliche Urkunde verwertet werden kann, weil Prof. Dr. L. approbierter Arzt ist. Beide Sachverständige haben die Klägerin umfassend untersucht und das vorhandene, auch das bildgebende Material über die ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen seit dem Unfall ausgewertet. Beide sind zu dem Schluss gekommen, dass die genannten Unfallfolgen geringfügig waren und ärztlichen Erfahrungssätzen entsprechend, auch angesichts der zeitnah eingesetzten Behandlung, deutlich vor Ablauf von 26 Wochen ausgeheilt waren. Diese sachverständige Einschätzung deckt sich mit dem zeitlichen Ablauf. Die Klägerin war ab dem 15. September 2012, also ab etwa acht Wochen nach dem Unfall, wieder arbeitsfähig, nachdem bereits bei der ersten Operation, der Arthroskopie am 14. August 2012 in H. "bezüglich frischer Verletzungsfolgen" ein unauffälliger Befund beschrieben worden war.

Weitere Gesundheitsschäden, die über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus funktionelle Störungen verursacht haben, und die ihrerseits mit der rechtlich vorausgesetzten Wahrscheinlichkeit Folgen des Unfalls als wesentlicher Ursache sind, liegen nicht vor.

Dies gilt zunächst für die Absprengung eines kleinen, etwa 3 mm großen Knochenstücks von dem - auch bei dem Unfall betroffenen - Griffelfortsatz sowie für die Läsion des TFCC zwischen Handgelenk und Speiche/Elle.

Zu der Absprengung hat Dr. B. ausgeführt, sie habe bereits vor dem Unfall vom 15. Juli 2012 vorgelegen, zu derselben Einschätzung war Prof. Dr. L. gekommen. Auch dieser Einschätzung folgt der Senat. Dr. B. weist zu Recht darauf hin, dass die Absprengung bereits bei der ersten Röntgenuntersuchung in der Universitätsklinik H. am 1. August 2012, also nur zwei Wochen nach dem Unfall, als "älter" beschrieben worden und schon dort nicht als Unfallfolge eingeordnet worden war. Bestätigt wird diese damalige Einschätzung dadurch, dass die Durchblutung des abgesprengten Abschnitts bereits abgeschnitten gewesen sein muss, weswegen dieses Artefakt z.B. in der MRT-Untersuchung bei Dr. G. am 18. Juli 2012 - also nur drei Tage nach dem Unfall - nicht mehr zu sehen war, was aber bei einer frischen Absprengung zu erwarten war.

Die Läsion des TFCC dagegen war zeitnah zu dem Unfall diagnostiziert worden, allerdings lange Zeit nicht als gesicherte Diagnose. Bereits Ärztin R. hatte bei der ersten Untersuchung am 16. Juli 2012 eine entsprechende Verdachtsdiagnose gestellt. Und auch Dr. G. hatte dann auf Grund der MRT-Untersuchung vom 18. Juli 2012 den "hochgradigen Verdacht" auf Einriss des TFCC von lateral geäußert. Bei der Handgelenksspiegelung in H. am 14. August 2012 war dann zwar eine gesicherte Diagnose gestellt worden, jedoch nur eine degenerative Veränderung am Discus triangularis (Bericht von Prof. Dr. S. vom 22. Oktober 2012). Dagegen hatte wiederum Dr. G. noch ein Jahr später, bei der MRT-Untersuchung am 25. Juli 2013, nur den Verdacht einer vollständigen TFCC-Läsion gestellt. Gesichert wurde diese konkrete Diagnose nach Aktenlage dann erstmals auf Grund der zweiten Operation, der Arthroskopie in den V.-Kliniken B. am 26. August 2013 (Bericht Prof. Dr. H.). Auch wenn diese Schädigung demnach vorgelegen haben kann, so ist sie doch nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Bei beiden Operationen, bereits bei der ersten Spiegelung der Hand in H. am 14. August 2012, waren die Veränderungen am Discus als degenerativ beschrieben worden. Keiner der behandelnden Ärzte hat später eine traumatische Verursachung erwogen, und unabhängig davon könnte eine solche TFCC-Läsion, selbst wenn sei am Ende traumatisch bedingt gewesen wäre, nicht mehr

mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgeführt werden, wenn diese Diagnose erst fast dreizehn Monate später gesichert werden konnte und die Klägerin zwischenzeitlich arbeitsfähig war.

Auch das CRPS, das die Klägerin mit ihrem Hilfsantrag auch ausdrücklich als Unfallfolge aufführt, ist nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen.

Das komplexe regionale Schmerzsyndrom (CRPS) ist beschrieben als psychogenes Schmerzsyndrom, bei dem körperlich verursachte Schmerzen vorliegen, die jedoch vom Ausmaß her deutlich stärker empfunden werden als das zu erwartende übliche Maß (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 229 ff.). Es entsteht unmittelbar oder mittelbar nach einem Trauma und ist in seinem Schweregrad unabhängig vom Ausmaß der Primärverletzung. Auch Bagatellverletzungen können es auslösen. Es entsteht innerhalb von Tagen bis Monaten, kann jedoch auch mit großer zeitlicher Verzögerung auftreten (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 231). Anders als nach gegenwärtigem wissenschaftlichem Erkenntnisstand (wie z.B. bei der Fibromyalgie) handelt es sich aber um ein Syndrom, dass körperlich zumindest teilweise begründbar ist (a.a.O., S. 232 f.). Für ein CRPS vom Typ 2 (alte Bezeichnung: Kausalgie) ist dies definitionsgemäß so, weil hier nachweisbare Nervenschäden vorliegen müssen. Aber auch ein CRPS Typ 1 (ehemals Morbus Sudeck), bei dem keine Nervenschädigungen vorliegen, kann in Grenzen körperlich nachgewiesen werden. An Symptomen treten Ruhe- und Belastungsschmerzen, Sensibilitätsstörungen, Ödeme, Temperaturveränderungen, Haut- und Haarwuchsänderungen, Muskel-, Knochen- und Gelenkveränderungen und z.B. livide Verfärbungen der Haut auf. Diese Symptome zeigen eine Tendenz zur distalen Generalisierung unabhängig vom Ort und der Art des auslösenden Traumas. Es besteht eine Mitbeteiligung von Gelenk- und Weichteilstrukturen mit zusätzlicher Einschränkung der Beweglichkeit. Das CRPS läuft in seinem klassischen Fall in drei Phasen ab. Die akute Phase (Hyperämie), die dem Entzündungsstadium entspricht, ist identisch mit Umbauvorgängen in wachsenden Knochen. Hier sind ein brennender Dauerschmerz, eine erhöhte Durchblutung, Rötung, Ödeme sowie eine vermehrte Schweißbildung festzustellen, es besteht eine eingeschränkte Beweglichkeit. Nach zwei bis drei Wochen ist eine gelenknahe Entkalkung festzustellen. Zwei bis vier Monate nach dem Trauma kann sich das zweite Stadium, eine Dystrophie, entwickeln, wobei die akute Entzündung in eine chronische übergeht und die Gelenkbeweglichkeit dauerhaft eingeschränkt ist. Hier wird ein persistierender Schmerz beschrieben, eine kühle und glänzende sowie livide Haut sowie brüchige Nägel, eine Haarwuchsminderung und eine Ödembildung. Im Laufe von acht Monaten bis zu zweieinhalb Jahren endet die Krankheit entweder in einer deutlich verzögerten Heilung oder in einer Defektheilung, der Endatrophie, dem dritten Stadium. Dort liegt ein Schwund aller Gewebsteile vor. Die Beweglichkeit kann bis zur Einsteifung eingeschränkt sein. Röntgenologisch zeigt sich eine hochgradige Kalksalzminderung im Bereich des betroffenen Skelettabschnitts.

Der Senat geht davon aus, dass eine solche Erkrankung bei der Klägerin vorliegt bzw. zeitweise vorgelegen hat. Eine entsprechende Verdachtsdiagnose hatte erstmals Prof. Dr. H., V.-Klinik B., in seinem Bericht vom 28. November 2013 gestellt, also etwa drei Monate nach der zweiten Operation, die in seiner Klinik durchgeführt worden war. Hier bestanden bei der Klägerin klinisch eine geschwollene rechte Hand und angegebene brennende Schmerzen, vor allem bei Berührung. Auch in der Folgezeit wurde bei der Klägerin bei fortbestehenden Schmerzen diese Diagnose als Verdacht geäußert. Gesichert hat diese Diagnose Prof. Dr. H. dann erstmals in seinem Bericht vom 16. Dezember 2013, in dem er ein "beginnendes CRPS" angegeben hatte. Bei der Entlassung aus der komplex-stationären Behandlung in der V.-Klinik am 23. Dezember 2013 hatte sich der Zustand der Klägerin dann soweit verbessert, dass Prof. Dr. H. bei der Nachuntersuchung am 21. Januar 2014 lediglich noch einen Z. n. ("Zustand nach") CRPS angegeben hat. Ob bei der Klägerin auch in den Jahren danach eine Schmerzerkrankung in Form eines CRPS vorlag, wie mehrere Ärzte angegeben haben, wobei dann auch Symptome späterer Stadien wie Überwärmungen, Hautverfärbungen und Veränderungen im Haarwachstum festgestellt worden sind, lässt der Senat allerdings offen. Bereits das erstmals Ende 2013 aufgetretene bzw. gesicherte CRPS ist nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen, sodass dies erst recht für ein späteres Neuauftreten dieser Erkrankung gilt.

Bei der Klägerin lag damals nur ein CRPS Typ 1 vor, neurologische Schäden bestanden nicht. Bereits bei der neurologischen Untersuchung bei Prof. Dr. H. am 4. Oktober 2012 war ein Normalbefund erhoben worden, insbesondere konnten Läsionen des N. medianus oder des N. ulnaris ausgeschlossen werden. Zu den gleichen Ergebnissen ist dann ein Jahr später - nach der zweiten Operation in B. - auch Dr. B. bei seiner Untersuchung am 10. Dezember 2013 gekommen. Er konnte weder klinisch noch elektroneurographisch irgendwelche Störungen der Nervenstruktur oder der Signalverarbeitung feststellen. Er hat daher auch eine neurologische Erkrankung als Ursache der Beschwerden der Klägerin verneint und ausdrücklich ein CRPS Typ 2 ausgeschlossen. Dass keine nervliche Schädigung bestand, zeigt sich auch darin, dass die Beschwerden der Klägerin auch nach der Operation bei Dr. P. vom 7. September 2016, bei der eine Denervation durchgeführt worden ist, nicht zurückgegangen sind, wie schon der Hausarzt Dr. H. am 6. September 2016 befürchtet hatte.

Dieses CRPS Typ 1 der Klägerin beruht bzw. beruhte zunächst nicht direkt (unmittelbar) auf dem Unfall vom 15. Juli 2012. Mindestens genauso wahrscheinlich ist eine Verursachung durch die beiden arthroskopischen Operationen, vor allem durch die zweite Operation am 26. August 2013 in der V.-Klinik B. ... Hierauf deutet bereits der zeitliche Ablauf. Ein CRPS war erstmals - und zunächst nur verdachtsweise - durch Prof. Dr. H. am 28. November 2013 diagnostiziert worden, also fast eineinhalb Jahre nach dem Unfall und immerhin noch drei Monate nach der zweiten Operation. Zuvor war eine solche Erkrankung nicht einmal erwogen worden. Auch die Symptomatik stellte sich jetzt anders dar, nunmehr beschrieb die Klägerin den Schmerz als brennendes Gefühl am Unterarm, während zuletzt vor der Operation nur ein Druckschmerz (vgl. Bericht von Dr. W. vom 11. April 2013) oder ein "pelziges Gefühl und ein Einschlafen" aller Finger rechts (so die Anamnese bei Prof. Dr. H. am 4. Oktober 2012) angegeben worden war. Ferner waren vor der zweiten Arthroskopie keine körperlichen Veränderungen (Haarwachstum, Hautverfärbungen) und auch keine Schwellungen oder sonstigen Entzündungszeichen an der Hand festgestellt worden. Auf dieser Basis sind dann auch beide Gutachter zu der Einschätzung gekommen, dass der Unfall jedenfalls nicht die wesentliche Ursache für das CRPS war. Dies ergibt sich letztlich auch aus den Ausführungen der Gerichtssachverständigen Dr. B. ... Diese hat zwar ausgeführt, aus ihrer Sicht könne hier zwischen den in Betracht kommenden Auslösern, nämlich dem Unfall und den Operationen - wobei im Vordergrund die zweite Operation am 26. August 2013 stand - nicht unterschieden werden. Aber dies reicht - entgegen der rechtlichen Einschätzung der Sachverständigen - nicht aus, um den Unfall als wesentliche Ursache einzustufen. Dies hat deutlich auch Prof. Dr. L. in seinem Gutachten vom 18. September 2014 ausgeführt. Er hat als Ausgangspunkt der Schmerzen die Läsion des TFCC angenommen, was nachvollziehbar ist, nachdem andere organische Schädigungen am Handgelenk der Klägerin nicht mehr vorlagen, als sich das CRPS entwickelte. Da diese Schädigung - wie ausgeführt - degenerativ und nicht traumatisch bedingt war, kommt ein Ursachenzusammenhang zwischen dem CRPS und dem Unfall nicht in Betracht. In diese Richtung deuten auch Prof. Dr. L. Hinweise, dass die Klägerin bereits einige Monate vor dem Unfall über Beeinträchtigungen der Hand, die zwar noch keine Schmerzen waren, sondern

Kribbelparästhesien, geklagt hatte. Dies deutet ebenfalls auf eine vorbestehende Schädigung hin. Prof. Dr. L. hat zudem auf den großen zeitlichen Abstand von mehr als einem Jahr zwischen dem Unfall und dem Beginn der Symptomatik (Dezember 2013) hingewiesen. Prof. Dr. L. hat zwar in seinem Gutachten keine Alternativursache für das CRPS ausdrücklich benannt, sondern lediglich auf die seit Jahren bestehenden Beschwerden auch am rechten Arm hingewiesen, die als "Tennisellenbogen" beschrieben worden waren und die in einem sogar operativ behandelten Carpalunnelsyndrom bestanden hatten. Dass aber nach dem zeitlichen Ablauf und nach den vorhandenen Befunden auch die Operationen als Ursache in Betracht kommen, hat dann Dr. B. herausgearbeitet. Vor diesem Hintergrund besteht keine überwiegende Wahrscheinlichkeit, dass schon der Unfall das CRPS verursacht hat.

Auch dann, wenn in diesem Sinne das CRPS unmittelbar durch die Operation in der V.-Klinik verursacht worden sein sollte, so kann es nicht als mittelbare Unfallfolge zu einer Haftung der Beklagten führen.

Gesundheitsschäden sind auch dann noch - mittelbare - Folgen eines Arbeitsunfalls, wenn sie in Folge der Durchführung einer Heilbehandlung oder der zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalls angeordneten Untersuchung eingetreten sind ([§ 11 Abs. 1 Nr. 1](#) Var. 1, Nr. 3 SGB VII). Wie sich aus dem systematischen Zusammenhang der Regelungen in [§ 11 SGB VII](#) ergibt, erfassen die beiden genannten Varianten dieser Norm, auch die Heilbehandlung, nur solche Maßnahmen, die der Unfallversicherungsträger angeordnet hat bzw. hat anordnen lassen und die einen - anderen - Versicherungsfall betreffen. Heilbehandlungen anderer Krankheiten, die ihrerseits nicht durch einen Versicherungsfall hervorgerufen worden sind, werden dagegen nicht erfasst (vgl. Rapp, in LPK-SGB VII, 2. Aufl. 2007, § 11 Rn. 1 f.). Solche Heilbehandlungen sind ggfs. dem Krankenversicherungsträger zuzurechnen, allerdings ist der Patient bei ihnen unter Umständen nach [§ 2 Abs. 1 Nr. 15](#) lit. a SGB VII unfallversichert. Allerdings ist im Rahmen des [§ 11 Abs. 1 SGB VII](#) nur eine Zurechnung der Behandlung oder der Untersuchung an den Unfallversicherungsträger notwendig. Insbesondere muss die nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII](#) notwendige Anordnung nicht dieser selbst erteilt haben. Es reicht vielmehr aus, wenn eine andere, von dem Unfallversicherungsträger autorisierte Stelle, die Anordnung getroffen hat. Hierzu gehört unter anderem der Durchgangsarzt (Rapp, a.a.O., Rn. 8). Durch [§ 11 Abs. 1 SGB VII](#) werden Gesundheitsschäden, die durch die Erfüllung der in ihr umschriebenen Tatbestände wesentlich verursacht wurden, dem Versicherungsfall auch dann zugerechnet, wenn sie nicht spezifisch durch den Gesundheitsschaden des Versicherungsfalls wesentlich verursacht wurden (BSG, Urteil vom 5. Juli 2011 - 2 B U 17/10 R -, Juris, Rz. 33 m.w.N.). Anders als § 555 der früher geltenden Reichsversicherungsordnung (RVO) setzt [§ 11 Abs. 1 SGB VII](#) nicht mehr voraus, dass bei der Heilbehandlungsmaßnahme oder der Untersuchung ein Unfall vorliegt, sodass auch Gesundheitsstörungen ohne neues Unfallereignis erfasst werden. Aber die gesetzliche Zurechnung nach [§ 11 SGB VII](#), die an die Stelle einer fehlenden Zurechnung kraft Wesentlichkeit tritt, setzt voraus, dass die Erfüllung des jeweiligen Tatbestandes des [§ 11 SGB VII](#) durch das (behauptete oder anerkannte) Unfallereignis notwendig bedingt war. In einem früheren, auch von der Klä-gerin eingeführten Urteil noch zu § 555 RVO hat das BSG (Urteil vom 5. August 1993 - [2 RU 34/92](#) -, Juris, Rz. 17) ausgeführt, dass eine mittelbare Verursachung voraussetzt, dass der ärztliche Eingriff dazu gedient hat, Art, Umfang und Ausmaß von Unfallfolgen festzustellen. Erleidet demnach ein Verletzter bei einem ärztlichen Eingriff zur Klärung des Ausmaßes der durch einen Arbeitsunfall verursachten Folgen Gesundheitsstörungen, so sind diese als mittelbare Unfallfolgen zu entschädigen, auch wenn dieser Eingriff objektiv zur Feststellung weiterer Unfallfolgen nicht geführt hat. Ob die ärztliche Handlung diesen Zweck hatte oder nicht, ergibt sich aus der Handlungstendenz des Arztes und den sie bestätigenden objektiven Umständen des Falles. Diese Handlungstendenz ist aus der Sicht eines objektiven Erklärungsempfängers - nach den allgemein geltenden Auslegungsgrundsätzen aus [§§ 133, 157](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zu ermitteln (BSG, a.a.O., Rz. 19). Auf die Sicht des Versicherten ist deshalb abzustellen, weil dieser unter Umständen davon ausgeht, zur Duldung der ärztlichen Untersuchung oder Behandlung verpflichtet zu sein, wenn diese im Rahmen der Aufklärung oder Heilung der Folgen eines Arbeitsunfalls durchgeführt wird (vgl. [§§ 62, 63, 65 Abs. 2](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch [SGB I]). In einer solchen Situation kann der Versicherte nicht das Risiko tragen, dass etwaige Gesundheitsschäden durch die Untersuchung oder Behandlung nicht als Versicherungsfall anerkannt werden.

Die Operation in der V.-Klinik am 26. August 2013 erfüllt die Voraussetzungen des [§ 11 Abs. 1 SGB VII](#) nicht. Dies ergibt sich zunächst aus den äußeren Umständen. Die Klinik hat diese Operation zunächst gegenüber der Krankenversicherung der Klägerin, der A., abgerechnet, obwohl ihr der Arbeitsunfall bekannt war. Dass am Ende die Beklagte die Rechnung beglichen hat, beruhte auf der Einschätzung des Beratungsarztes der Beklagten, Dr. K., dass der Schaden am Handgelenk Unfallfolge sei. Dass die Klinik selbst aber gar nicht zur Behandlung oder Untersuchung von Unfallfolgen gehandelt hat, ergibt sich auch aus den von ihr ebenfalls zu Lasten der A. ausgestellten AU-Bescheinigungen aus dieser Zeit. Medizinisch liegen keine Umstände vor, die darauf schließen ließen, dass die V.-Klinik mit der zweiten Arthroskopie Unfallfolgen feststellen oder behandeln wollte. Auch die Gerichtssachverständige Dr. B. hat in ihrem Gutachten, gestützt z.B. auf den Operationsbericht von Assistenzarzt Hariri vom 26. August 2013, überzeugend herausgearbeitet, dass die Operation in erster Linie die degenerative, also nicht unfallabhängige TFCC-Läsion betroffen hatte. Dass Dr. B. selbst nicht ausschließen wollte, dass das CRPS durch die unfallbedingte Prellung des Griffelfortsatzes verursacht worden sein könnte, ändert im Rahmen der Anwendung des [§ 11 Abs. 1 SGB VII](#) nichts an der Einschätzung der behandelnden Ärzte selbst.

Wenn demnach keine bleibenden Unfallfolgen zurückgeblieben sind, hat der Unfall auch nicht zu einer rentenberechtigenden MdE geführt. Dafür spricht weiter, dass die Klägerin zeitnah nach dem Unfall, ab dem 15. September 2012, wieder arbeitsfähig war.

Auch mit ihrem Hilfsantrag hat die Klägerin keinen Erfolg. Das von ihr ausdrücklich als Unfallfolge geltend gemachte CRPS Typ 2 liegt mangels nachweisbarer neurologischer Schäden nicht vor. Und sofern als minus in diesem Hilfsantrag auch die Feststellung eines CRPS Typ 1 enthalten sein sollte, so kann dieses - wie ausgeführt - weder direkt noch mittelbar auf den Arbeitsunfall vom 15. Juli 2012 zurückgeführt werden.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-08-10