

L 6 U 1321/18

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 6 U 546/14
Datum
21.02.2018
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 1321/18
Datum
21.03.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 21. Februar 2018 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung eines neuropathischen Reizsyndroms des Plexus brachialis links als Folge des Arbeitsunfalls vom 6. März 2007 sowie insbesondere deswegen die weitere Gewährung von Verletztengeld und Leistungen der Heilbehandlung.

Er wurde 1967 in der Nähe von D. geboren. Nach dem Besuch der Polytechnischen Oberschule absolvierte er eine Ausbildung als Betriebs Schlosser. Nach der Wiedervereinigung zog er nach B. und kurze Zeit später in den Bodenseeraum, wo er als Busmechaniker tätig war. Anschließend fertigte er als Freileitungsmechaniker Leitungen auf Hausdächern an. Ab 1994 stand er in einem Arbeitsverhältnis mit der S. Aluminium GmbH, bei der er zuletzt vollschichtig mit der Leitung des Wareneinganges betraut war. Seit Juni 2014 bezieht er von der D. Baden-Württemberg eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, anfangs in Höhe von monatlich 1.035,49 EUR.

Am 6. März 2007 fuhr er nach Arbeitsende um 16 Uhr mit einem Leichtkraftrad auf dem Betriebsgelände, um in die N. Straße einzubiegen. Hierbei kollidierte er mit dem Personenkraftwagen einer Arbeitskollegin, die rückwärts aus einem Parkplatz fuhr, und stürzte zu Boden. Nach der Erstversorgung im Krankenhaus S. wurde er in der Klinik für Unfall-, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie des Klinikums K. aufgenommen. Der Chefarzt Prof. Dr. R. diagnostizierte eine Fraktur des rechten Schienbeinschaftes im distalen Drittel mit einem zweitgradigen Weichteilschaden, einen Bruch des linken Schlüsselbeines im mittleren Drittel links, einen Bruch der vierten Rippe links ohne Verschiebung sowie Risswunden am Knie und der Ferse, jeweils rechts. Nach einem verzögerten Heilungsverlauf, insbesondere im Bereich der linken Schulter, nahm er Mitte April 2008 seine berufliche Tätigkeit wieder auf.

Im Auftrag der Beklagten erstattete Prof. Dr. W., Ärztlicher Direktor der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der B. Unfallklinik ein so genanntes "Erstes Rentengutachten". Nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 9. Mai 2008 ging er als wesentliche Unfallfolgen von einer knöchern konsolidierten Fraktur des linken Schlüsselbeines mit einer minimalen Stufenbildung ohne Verkürzung mit einer 8 cm unterhalb der Narbe bestehenden halbkreisförmigen Hypästhesie und einer diskreten Bewegungseinschränkung der linken Schulter aus. Zudem habe unfallbedingt ein verplumpter und in minimaler Rekurvation konsolidierter Bruch des rechten distalen Schienbeines mit einer geringen Bewegungseinschränkung im oberen und unteren Sprunggelenk sowie eine Minderung der Muskulatur am Ober- und Unterschenkel um 1,5 und 2 cm im Vergleich zu links bestanden. Ferner habe sich nach einer Meshgraft-Transplantation bei einer stattgehabten Hautnekrose eine Hypästhesie am Narbenareal des Innenknöchels gezeigt. Der Kläger sei voll arbeitsfähig. Im Rahmen seiner Tätigkeit an der Warenannahme zum Be- und Entladen sei bereits eine Umsetzung vorgenommen worden, sodass er nicht mehr schwer heben müsse. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätze er ab 16. April 2008 bis aktuell und auch künftig mit 10 vom Hundert (v. H.) ein.

Mit Bescheid vom 27. August 2008 lehnte die Beklagte ein Recht des Klägers auf Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 6. März 2007 ab. Als Unfallfolgen anerkannt wurden rechts eine geringe Bewegungseinschränkung im oberen und unteren Sprunggelenk mit belastungsabhängigen Beschwerden sowie eine Muskelminderung am Ober- und Unterschenkel nach einem knöchern verheilten Bruch des Schienbeines. Links habe der Unfall zu einer geringen Bewegungseinschränkung im Bereich der Schulter nach einer knöchern verheilten Fraktur des Schlüsselbeines geführt. Der Bruch der vierten Rippe links und die Rissquetschwunde an der rechten Ferse seien folgenlos verheilt.

Nachdem Dr. K., Chirurgin, die Anfang Januar 2009 erhobenen Befunde, welche seit Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit Mitte April 2008 unverändert vorlägen, demgegenüber mit einer MdE von 20 v. H. bewertete, hob die Beklagte mit Bescheid vom 18. März 2009 ihre vorangegangene Verwaltungsentscheidung teilweise auf und gewährte dem Kläger eine Rente als vorläufige Entschädigung nach einer MdE von 20 v. H. ab 14. April 2008.

Prof. Dr. K., Chefarzt der Abteilung für B. Rehabilitation und Prävention der B.-Unfallklinik T., diagnostizierte nach dem stationären Aufenthalt des Klägers vom 20. September bis 27. Oktober 2009 eine knöchern konsolidierte Fraktur des Schlüsselbeines links mit einer stattgehabten Metallentfernung am zweiten Tag, eine Teilschädigung des oberen Armplexus links mit Restbeschwerden, ein hinteres Tarsaltunnelsyndrom rechts, eine knöchern konsolidierte distale Fraktur des Schienbeines und einen Schmerzmittelentzug. Unfallunabhängig bestehe ein Sulcus ulnaris-Syndrom beidseits. Als Leiter der Warenannahme müsse er auf unebenem Untergrund gehen. Im Rahmen der schmerztherapeutischen Mitbehandlung sei insbesondere eine Schmerzmittelreduktion durchgeführt worden. Das Ibuprofen sei letztlich abgesetzt worden. Eine gravierende Veränderung in Bezug auf die Schmerz Wahrnehmung habe sich dadurch nicht ergeben. Zudem habe eine leichte Verbesserung des Gangbildes durch die Sohlenzurichtung der Schuhe erreicht werden können.

Ende 2009 teilte der Kläger der Beklagten mit, am Abend des 3. Dezember sei es zu Schmerzen in seinem rechten Sprunggelenk gekommen, als er von der Toilette aufgestanden sei. Zur Linderung habe er seinen rechten Fuß entlastet, indem er ihn hochgezogen habe. Hierbei sei er rückwärts auf den Toilettensitz gestürzt und habe sich eine Schenkelhalsfraktur zugezogen.

Im Auftrag der Beklagten erstattete Prof. Dr. W. ein so bezeichnetes "Zweites Rentengutachten". Nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 18. Dezember 2009 ging er von einer MdE von 20 v. H. aus. Nach einem im August 2009 erhobenen röntgenologischen Befund habe sich ein in anatomisch korrekter Stellung verheilte Bruch des körperfernen Schienbeines gezeigt. Eine unfallbedingte Mehrabnutzung im Bereich des rechten oberen Sprunggelenkes habe sich nicht gefunden.

Zur Anschlussheilbehandlung nach dem Sturz Anfang Dezember 2009 hielt sich der Kläger stationär vom 29. Dezember 2009 bis 26. Januar 2010 in der B.-Klinik, einer Fachklinik für Innere Medizin und Orthopädie, in Ü. auf. Dr. E., Chefarzt der Abteilung Orthopädie, diagnostizierte den Zustand nach einer Plattenosteosynthese bei pertrochantärer Femurfraktur rechts (ICD-10 S72.2), eine chronische Schmerzsymptomatik (ICD-10 R52.2), eine schmerzhafte Einschränkung der Beweglichkeit im rechten Sprunggelenk nach einer distalen Fraktur des Unterschenkels 2007 (ICD-10 T93.8) und den Zustand nach einer Fraktur des Schlüsselbeines links mit nachfolgend mehrfachen Operationen (ICD-10 S42.0). Seine berufliche Tätigkeit erfolge im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen. Sie gehe oft mit erhobenen Armen, mit häufigem Klettern und Steigen sowie Heben und Tragen von Lasten bis 20 kg einher. Im Rahmen einer Wareneingangskontrolle müsse er Lastkraftwagen wiegen, sie abladen und das Material in einem Computer erfassen. Er sei Kälte, Zugluft und Nässe ausgesetzt. An sonstigen Belastungen im Beruf habe er ständige Konzentration, große Verantwortung und Publikumsverkehr angegeben. Die Medikation bei der Entlassung habe aus Oxycodon, 20 mg (1-0-1), Ibuprofen, 400 mg (1-0-0) und Pantozol, 40 mg (1-0-0-) bestanden. In Bezug auf das Leistungsvermögen solle die Gang- und Standsicherheit beachtet sowie Zwangshaltungen vermieden werden. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 15 kg solle nicht erfolgen. Erschütterungen oder Vibrationen solle er nicht ausgesetzt sein. Tätigkeiten mit einer erhöhten Unfallgefahr seien zu unterlassen.

Mit Bescheid vom 17. Juni 2010 lehnte die Beklagte es ab, den häuslichen Unfall vom 3. Dezember 2009 als mittelbare Folge des Arbeitsunfalls vom 6. März 2007 anzuerkennen. Den von ihr beigezogenen Krankenblattunterlagen über die stationäre Behandlung im Krankenhaus S. sei zu entnehmen, dass beim Kläger am 4. Dezember 2009 um 0:48 Uhr eine Blutalkoholkonzentration von 1,4 ‰ vorgelegen habe. Angaben über einschließende Schmerzen im Bereich des rechten Sprunggelenkes als Sturzursache seien demgegenüber nicht aufgeführt. Diese seien erst während des Aufenthaltes gemacht worden. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 20. Oktober 2010 zurückgewiesen.

Bei der ambulanten Untersuchung durch Prof. Dr. S., Ärztlicher Direktor des Zentrums für B. Heilverfahren der B.-Unfallklinik T., am 26. Mai 2011 führte der Kläger an, als Leiter des Wareneinganges müsse er die ankommende und abgeladene Ladung kontrollieren. Er müsse viel gehen und teilweise auf die Ladeflächen der Lastkraftwagen klettern. Mit Erlaubnis seiner Arbeitgeberin dürfe er auf dem Betriebsgelände mit dem Fahrrad fahren.

Im weiteren Verlauf kam es beim Kläger zu erheblichen Schmerzen im Bereich der linken Schulter, weshalb mehrere Operationen folgten. Mit Bescheid vom 28. März 2012 wurden hingegen Leistungen der Heilbehandlung wegen neurologischer Beschwerden sowie eines Karpaltunnel- und Sulcus ulnaris-Syndroms links nicht mehr übernommen. Ein Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis von März 2007 und den Krankheiten bestehe nicht. Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch, woraufhin die Beklagte weitere Ermittlungen durchführte. Mit Schreiben vom 24. August 2012 teilte sie ihm ihre Absicht mit, als Abhilfeentscheidung den Verwaltungsakt vom 28. März 2012 aufzuheben. Zudem bat sie ihn um Auskunft, ob damit dem Widerspruch in vollem Umfang abgeholfen sei. Daraufhin nahm er seinen Rechtsbehelf zurück.

Nach der ambulanten Untersuchung des Klägers im Rahmen der Heilverfahrenskontrolle am 21. Juni 2013 ging Prof. Dr. S., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, unter Einbeziehung der Ausführungen der Dipl.-Psychologin B. nach einer testpsychologischen Untersuchung am selben Tag, davon aus, dass die geschilderten Beschwerden nach einer erneuten Operation am Armnervengeflecht links nicht nachvollziehbar und mit den objektiven Befunden nicht vereinbar seien. Behandlungsmaßnahmen seien wegen der Unfallfolgen nicht mehr erforderlich. Arbeitsunfähigkeit habe deswegen 2012 und im Folgejahr nicht mehr bestanden. Die objektiven Befunde zeigten, dass der linke Arm regelrecht benutzt werde.

Daraufhin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 24. Oktober 2013 die Gewährung von Leistungen der Heilbehandlung hinsichtlich der linken Schulter und des linken Armes ab. Der Anspruch auf Verletztengeld ende mit dem 27. Oktober 2013. Der Kläger meldete sich am 26. Oktober 2013 auf dem Diensthandy eines Mitarbeiters der Beklagten und hinterließ auf der Mailbox die Nachricht, mit der Verwaltungsentscheidung nicht einverstanden zu sein. Sein später erfolgter Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 30. Januar 2014 zurückgewiesen.

Hiergegen hat der Kläger am 14. Februar 2014 Klage beim Sozialgericht K. (SG) erhoben, welches die behandelnden Ärztinnen und Ärzte als

sachverständige Zeuginnen und Zeugen befragt sowie Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt hat. Dieser hat nach seiner ambulanten Untersuchung am 22. Dezember 2015, einschließlich einer ergänzenden Stellungnahme, unter Auswertung der Aktenlage ausgeführt, zusätzlich zu den anerkannten Unfallfolgen liege auf neurologischem Gebiet ein belastungsabhängiges neuropathisches Reizsyndrom des linken oberen Armnervengeflechtes, des Plexus brachialis, aufgrund der Kallusbildung nach der Fraktur des Schlüsselbeines vor. Eine derartige leichtgradige Läsion habe sich elektroneurographisch anhand der somatosensibel evozierten Potenziale nachweisen lassen. Unfallunabhängig liege eine Schädigung des Nervus ulnaris am linken Arm mit hierdurch bedingten Beschwerden vor, welche durch einen Engpass im Bereich des linken Ellenbogens verursacht würden. Darüber hinaus bestünden unfallunabhängig eine inzwischen generalisierte, depressiv gefärbte Schmerzkrankheit mit Einnahme hoher Opiatmengen und ein Alkoholabusus. Wegen dieser Krankheit sei er bereits 2002 arbeitsunfähig erkrankt gewesen. Bei seiner aktuellen gutachtlichen klinisch-neurologischen Untersuchung habe sich der Kläger deutlich vorgealtert, untergewichtig, tachykard und mit ausgeprägten vegetativen Stigmata gezeigt, welche an einen erhöhten Alkoholkonsum denken ließen. Im Rahmen des Medikamentenmonitorings habe er den Carbohydrat-defizientes Transferrin (CDT)-Wert bestimmt. Dieser sei erhöht, wenn über einen längeren Zeitraum täglich mehr als 60 bis 80 g Alkohol, was einer Flasche Wein entspreche, getrunken werde. Mit 8 % sei dieser beim Kläger ausgeprägt erhöht gewesen. Eine Interaktion mit anderen Erkrankungen oder Stoffwechselstörungen sei weitgehend auszuschließen, weil die Bestimmung mittels der Hochleistungsflüssigkeitschromatographie erfolgt sei. Aufgrund der dokumentierten Wundheilungsstörungen erscheine, soweit er dies fachfremd zu beurteilen vermöge, eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis August 2008 plausibel. Danach sei der Kläger wieder berufstätig gewesen. Zwar sei von ihm geltend gemacht worden, dass er seine Tätigkeit nur unter massivem Einsatz von Schmerzmitteln habe ausüben können. Nachdem es sich bei dem angegebenen Ibuprofen, 800 mg, allerdings um ein verschreibungspflichtiges Medikament handle, sei anhand der vorliegenden Arztbefunde nicht nachweisbar, dass zwischen August 2008 und Dezember 2009 eine exzessive Einnahme von Schmerzmitteln vorgenommen worden sei. Zum letzteren Zeitpunkt sei es aufgrund einer ausgeprägten Alkoholisierung, also unabhängig des Arbeitsunfalls von März 2007, zu einer Schenkelhalsfraktur gekommen. Während der sich anschließenden Behandlung sei erstmals ein Opiat eingesetzt worden, das in der Folgezeit zunehmend gesteigert worden sei. Ein Zusammenhang mit dem streitgegenständlichen Versicherungsfall sei nicht hinreichend wahrscheinlich zu machen. Nachdem der Kläger beschrieben habe, dass sich die Symptomatik nach der Plexusneurolyse zunächst für einige Zeit wesentlich gebessert habe, erachte er zwar die operativen neurochirurgischen Eingriffe 2012 als unfallbedingt. Die im weiteren Verlauf auftretende Schmerzexazerbation sei gleichwohl nicht mehr hinreichend den Unfallfolgen, sondern der Schmerzkrankheit zuzurechnen.

Das SG hat daraufhin am 21. Februar 2018 eine mündliche Verhandlung anberaumt und die Klage durch Urteil abgewiesen. Sie sei mangels Verwaltungsentscheidung unzulässig, soweit mit ihr die Feststellung eines neuropathischen Reizsyndroms des Plexus brachialis links als Folge des Arbeitsunfalls vom 6. März 2007 verfolgt worden sei. Im Übrigen sei sie zulässig, aber nach dem schlüssigen Gutachten des Sachverständigen nicht begründet.

Gegen die seiner Bevollmächtigten am 15. März 2018 zugestellte Entscheidung hat der Kläger am 12. April 2018 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt und zur Begründung im Wesentlichen vorgetragen, mit dem Abhilfebescheid vom 24. August 2012 sei die Ursächlichkeit zwischen dem Unfallereignis von März 2007 und seinem gesundheitlichen Zustand, der beinhaltet habe, dass der Ast des Plexus brachialis mit der Rückseite des Schlüsselbeines vernarbt und verklebt gewesen sei, festgestellt worden. Eine unmittelbare Folge könnten neuropathische Schmerzen sein. Er sei daher davon ausgegangen, dass diese Gesundheitsstörung bereits mit Bescheid vom 28. März 2012 als Unfallfolge anerkannt gewesen sei. Die Verwaltungsentscheidung vom 24. Oktober 2013 habe in ihrer Begründung allein auf die Folgen eines verheilten Bruches des Schlüsselbeines abgestellt, weshalb die getroffene Regelung wieder aufgehoben worden sei. Damit habe die Beklagte mit der angefochtenen Entscheidung einen Verwaltungsakt hierzu erlassen, der eine Sachprüfung ermögliche. Die Zunahme der Schmerzsymptomatik falle zeitlich unmittelbar mit dem im April 2012 erfolgten ersten neurochirurgischen Eingriff mit der Entfernung einer Narbe im Bereich des linken Plexus brachialis zusammen. In den folgenden zwei Jahren seien weitere erfolgt, einschließlich mehrerer Katheterinterventionen, welche auf die Narbenbildung am Plexus brachialis zurückzuführen seien, was mit Abhilfebescheid vom 24. August 2012 bereits unstrittig gestellt worden sei. Der Sachverständige habe bestätigt, dass sich die Schädigung des Armnervengeflechtes durch die verschiedenen Interventionen objektiv verschlechtert habe. Die Komplikationen infolge der Narbenbildung und Verklebung des Gewebes seien nicht nur auf das Unfallereignis zurückzuführen, sondern auch ursächlich für die Schmerzsymptomatik. Dies ergebe sich zudem aus dem Umstand, dass der Einsatz einer elektrischen Stimulationssonde in das Rückenmark im Frühjahr 2014 vorübergehend zu einer Verbesserung und einem Rückgang der Schmerzen geführt habe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 21. Februar 2018 und den Bescheid vom 24. Oktober 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Januar 2014 aufzuheben sowie die Beklagte zu verpflichten, ein neuropathisches Reizsyndrom des Plexus brachialis links als Folge des Arbeitsunfalls vom 6. März 2007 festzustellen, sie zu verurteilen, Verletztengeld über den 27. Oktober 2013 hinaus zu gewähren, sowie sie zu verpflichten, Leistungen der Heilbehandlung über den 26. Oktober 2013 hinaus zu bewilligen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, die Begehren des Klägers seien nicht begründet. Der Sachverständige habe ihre Auffassung im Ergebnis bestätigt. Gleichwohl gehe auch sie davon aus, dass mit der angefochtenen Verwaltungsentscheidung über ein neuropathisches Reizsyndrom des Plexus brachialis links als Folge des Arbeitsunfalls vom 6. März 2007 entschieden worden sei. Behördliche Willenserklärungen seien auszulegen und im Kontext zu sehen.

Auf Nachfrage hat die D., bei welcher der Kläger gegen Krankheit gesetzlich versichert gewesen ist, mitgeteilt, er sei vom 9. Oktober 2012 bis 8. April 2014 durchgängig arbeitsunfähig erkrankt gewesen. "Verletztengeld" habe er vom 19. März bis 6. August 2012 in Höhe von kalendertäglich 71,74 EUR brutto und 63,63 EUR netto erhalten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen sowie die Verwaltungsakte der Beklagten (7 Bände) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143, § 144 Abs. 1 SGG](#)), aber unbegründet.

Gegenstand des Rechtsmittelverfahrens ist das Urteil des SG vom 21. Februar 2018, mit dem die als kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1, § 55 Abs. 1 Nr. 1, § 56 SGG](#)), kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1, § 56 SGG](#)) sowie kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) und 4, [§ 56 SGG](#)) erhobene Klage, mit welcher der Kläger unter Aufhebung des Bescheides vom 24. Oktober 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Januar 2014 ([§ 95 SGG](#)) die Feststellung eines neuropathischen Reizsyndroms des Plexus brachialis links als Folge des Arbeitsunfalls vom 6. März 2007 sowie insbesondere deswegen die weitere Gewährung von Verletztengeld und Leistungen der Heilbehandlung verfolgte, abgewiesen wurde. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist für diese Klagearten der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 12. Aufl. 2017, § 54 Rz. 34 und § 55 Rz. 21), welche am 21. März 2019 stattfand.

Die auf gerichtliche Feststellung eines neuropathischen Reizsyndroms des Plexus brachialis links als Folge des Arbeitsunfalls vom 6. März 2007 gerichtete Klage ist unzulässig und die Berufung insoweit unbegründet, da die Ausgangsbehörde mit dem Bescheid vom 24. Oktober 2013 hierüber nicht entschieden. Maßstab für die Auslegung behördlicher Erklärungen ist der Empfängerhorizont verständiger Beteiligter, die die Zusammenhänge berücksichtigen, welche die Behörde nach ihrem wirklichen Willen ([§ 133 BGB](#)) erkennbar in ihre Entscheidung einbezog (vgl. BSG, Urteil vom 29. Januar 2008 - B [5a/5 R 20/06 R](#) -, [BSGE 100, 1](#), (2) m. w. N.; Urteil des Senats vom 30. Juli 2015 - [L 6 U 3058/14](#) -, juris, Rz. 53). Danach liegen die Sachentscheidungsvoraussetzungen für die begehrte Feststellung nicht vor. Mit den Verfügungssätzen wurde nur geregelt, dass ein Recht auf Verletztengeld nach dem 27. Oktober 2013 nicht mehr eingeräumt und ein Anspruch auf Leistungen der Heilbehandlung künftig nicht mehr übernommen wird. Ein einer Regelung zugänglicher selbstständiger Verfügungssatz im Rahmen der Begründung (vgl. BSG, Urteil vom 23. April 2015 - [B 2 U 20/14 R](#) -, [BSGE 118, 267](#) (269 f.)) wurde demgegenüber nicht getroffen, was beide Beteiligte verkennen. Der Kläger ist, bezogen auf die gegen den Bescheid vom 24. Oktober 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Januar 2014 gerichtete Anfechtungsklage, folglich nicht klagebefugt im Sinne des [§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#). Es reicht zwar aus, dass eine Verletzung in eigenen Rechten möglich ist und Rechtsschutzsuchende die Beseitigung einer in ihre Rechtssphäre eingreifenden Verwaltungsmaßnahme anstreben, von der sie behaupten, sie sei nicht rechtmäßig (vgl. BSG, Urteil vom 5. Juli 2007 - B 9/9a SGB 2/06 R -, [SozR 4-3250 § 69 Nr. 5](#), Rz. 18). An der Klagebefugnis fehlt es demgegenüber, wenn eine Verletzung subjektiver Rechte nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteil vom 14. November 2002 - [B 13 RJ 19/01 R](#) -, [BSGE 90, 127](#) (130)), weil hinsichtlich des Klagebegehrens keine gerichtlich überprüfbare Verwaltungsentscheidung vorliegt (BSG, Urteil vom 21. September 2010 - [B 2 U 25/09 R](#) -, juris, Rz. 12). Solange der zuständige Verwaltungsträger nicht über einen Anspruch auf die Anerkennung dieser Gesundheitsstörung als Folge des streitgegenständlichen Versicherungsfalls entschieden hat, können Betroffene, außer bei rechtswidriger Untätigkeit der Behörde ([§ 88 SGG](#)), welche vorliegend nicht ersichtlich ist, kein berechtigtes Interesse an einer gerichtlichen Feststellung haben, wie das SG zutreffend annahm. Die Unzulässigkeit der Anfechtungsklage zieht die Unzulässigkeit der mit ihr kombinierten Feststellungsklage nach sich.

Die Berufung ist mangels Begründetheit der Klage ebenfalls unbegründet, soweit der Kläger die in der mündlichen Verhandlung beim LSG konkretisierte Bewilligung von Verletztengeld über den 27. Oktober 2013 hinaus und die Gewährung von Leistungen der Heilbehandlung auch nach dem 26. Oktober 2013 erstrebte. Der Bescheid vom 24. Oktober 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Januar 2014 ist rechtmäßig und verletzt ihn nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)), da ihm diese Rechte nicht einzuräumen sind.

Als Rechtsgrundlage für die vom Kläger beanspruchte weitere Bewilligung von Verletztengeld kommt, da die Voraussetzungen für einen Anspruch auf das so genannte "Übergangs-Verletztengeld" nach [§ 45 Abs. 2](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) ersichtlich nicht vorliegen (vgl. Ricke, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: September 2015, [§ 45 SGB VII](#), Rz. 7 ff.), einzig [§ 45 Abs. 1 SGB VII](#) in Betracht. Danach wird Verletztengeld erbracht, wenn Versicherte infolge eines Versicherungsfalls arbeitsunfähig sind oder wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können und unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder die dort aufgeführten Sozialleistungen hatten. Gemäß [§ 46 Abs. 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, welche die Versicherten an der Ausübung einer ganztägigen Erwerbstätigkeit hindern. Die Zahlung von Verletztengeld endet nach [§ 46 Abs. 3 Satz 1 SGB VII](#) mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit oder der Hinderung an einer ganztägigen Erwerbstätigkeit durch eine Heilbehandlungsmaßnahme (Nr. 1) oder mit dem Tag, der dem Tag vorausgeht, an dem ein Anspruch auf Übergangsgeld besteht (Nr. 2). Wenn mit dem Wiedereintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht zu rechnen ist und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erbringen sind, endet das Verletztengeld gemäß [§ 46 Abs. 3 Satz 2 SGB VII](#) mit dem Tag, an dem die Heilbehandlung so weit abgeschlossen ist, dass die Versicherten eine zumutbare, zur Verfügung stehende Berufs- oder Erwerbstätigkeit aufnehmen können (Nr. 1), mit Beginn der in [§ 50 Abs. 1 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten Leistungen, es sei denn, dass diese Leistungen mit dem Versicherungsfall im Zusammenhang stehen (Nr. 2), im Übrigen mit Ablauf der 78. Woche, gerechnet vom Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an, jedoch nicht vor dem Ende der stationären Behandlung (Nr. 3).

Nach dem 27. Oktober 2013 ist infolge des von der Beklagten mit Bescheid vom 27. August 2008 bindend ([§ 77 SGG](#)) anerkannten Arbeitsunfalls vom 6. März 2007 keine eine Rechtsfolge auslösende Arbeitsunfähigkeit eingetreten. Der Zusammenhang besteht anknüpfend an die Rechtsprechung zu diesem Begriff in der gesetzlichen Krankenversicherung nur, wenn Versicherte aufgrund der Folgen eines Versicherungsfalls nicht in der Lage sind, ihrer zuletzt ausgeübten oder einer gleich oder ähnlich gearteten Tätigkeit nachzugehen (vgl. zur ständigen Rechtsprechung in der gesetzlichen Krankenversicherung: BSG, Urteile vom 30. Mai 1967 - [3 RK 15/65](#) -, [BSGE 26, 288](#), 9. Dezember 1986 - [8 RK 12/85](#) -, [BSGE 61, 66](#) und 8. Februar 2000 - [B 1 KR 11/99 R](#) -, [BSGE 85, 271](#) (273); zur Übernahme dieses Begriffs in die gesetzliche Unfallversicherung: BSG, Urteile vom 29. November 1972 - [8/2 RU 123/71](#) -, [BSGE 35, 65](#), 4. Dezember 1991 - [2 RU 76/90](#) -, [SozR 3-2200 § 560 Nr. 1](#) und 13. August 2002 - [B 2 U 30/01 R](#) -, [SozR 3-2700 § 46 Nr. 1](#)). Arbeitsunfähigkeit ist danach gegeben, wenn Versicherte ihre zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls konkret ausgeübte Tätigkeit wegen Krankheit nicht weiter verrichten können (vgl. hierzu und zum Folgenden: BSG, Urteil vom 30. Oktober 2007 - [B 2 U 31/06 R](#) -, [SozR 4-2700 § 46 Nr. 3](#), Rz. 12). Dass sie möglicherweise eine andere Tätigkeit trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung noch ausüben können, ist unerheblich. Geben sie nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit die zuletzt innegehabte Arbeitsstelle beziehungsweise bei selbstständiger Tätigkeit ihre Arbeitstätigkeit auf, ändert sich

allerdings der rechtliche Maßstab insofern, als für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr die konkreten Verhältnisse an diesem Arbeitsplatz maßgebend sind, sondern nunmehr abstrakt auf die Art der zuletzt ausgeübten Beschäftigung abzustellen ist. Versicherte dürfen dann auf gleich oder ähnlich geartete Tätigkeiten verwiesen werden, wobei aber der Kreis möglicher Verweisungstätigkeit entsprechend der Funktion des Kranken- oder Verletztengrades eng zu ziehen ist. Handelt es sich bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit um einen anerkannten Ausbildungsberuf, so scheidet eine Verweisung auf eine außerhalb dieses Berufes liegende Beschäftigung aus. Eine Verweisungstätigkeit innerhalb des Ausbildungsberufes muss, was die Art der Verrichtung, die körperlichen und geistigen Anforderungen, die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten sowie die Höhe der Entlohnung angeht, mit der bisher verrichteten Arbeit im Wesentlichen übereinstimmen, sodass Versicherte sie ohne größere Umstellung und Einarbeitung ausführen können. Dieselben Bedingungen gelten bei ungelerten Arbeiten, nur dass hier das Spektrum der zumutbaren Tätigkeiten deshalb größer ist, weil die Verweisung nicht durch die engen Grenzen eines Ausbildungsberufes eingeschränkt ist.

Der Kläger übte zwar zum streitgegenständlichen Beginn der Leistung am 28. Oktober 2013 für seine Arbeitgeberin keine Beschäftigung als Leiter des Wareneinganges ([§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#)) mehr aus, da er seit mehr als einem Jahr erneut arbeitsunfähig erkrankt war, was der Senat der Auskunft der D. im Berufungsverfahren entnimmt. Das Arbeitsverhältnis bestand gleichwohl fort, weshalb weiterhin maßgeblich ist, ob er seine zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles konkret ausgeübte Tätigkeit wegen der Unfallfolgen weiter verrichten konnte. Seine berufliche Tätigkeit, deren Inhalt der Senat seinen Angaben gegenüber Prof. Dr. W. im Rahmen der gutachtlichen Untersuchung im Mai 2008 und Dr. E. anlässlich der Ende 2009 begonnenen Anschlussheilbehandlung entnimmt, erfolgte im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen. Sie ging oft mit erhobenen Armen sowie häufigem Klettern und Steigen einher. Im Rahmen einer Wareneingangskontrolle musste er Lastkraftwagen wiegen, sie abladen und das Material in einem Computer erfassen. Schwer heben musste er nach einer Umsetzung indes nicht mehr. Er war Kälte, Zugluft und Nässe ausgesetzt.

Dieser Tätigkeit konnte der Kläger ab 28. Oktober 2013 unfallbedingt nachgehen. Die knöchern konsolidierte Fraktur des linken Schlüsselbeines mit einer minimalen Stufenbildung ohne Verkürzung mit einer 8 cm unterhalb der Narbe bestehenden halbkreisförmigen Hypästhesie und einer diskreten Bewegungseinschränkung der linken Schulter, der verplumpte und in minimaler Rekurvation konsolidierte Bruch des rechten distalen Schienbeines mit einer geringen Bewegungseinschränkung im oberen und unteren Sprunggelenk, die Minderung der Muskulatur am Ober- und Unterschenkel um 1,5 und 2 cm im Vergleich zu links sowie die nach einer Meshgraft-Transplantation bei einer stattgehabten Hautnekrose aufgetretene Hypästhesie am Narbenareal des Innenknöchels ermöglichten es dem Kläger, bereits im Mai 2008 wieder vollschichtig zu arbeiten, wie Prof. Dr. W. damals schlüssig erhob. Der Bruch der vierten Rippe links ohne Verschiebung sowie die Risswunden am Knie und der Ferse, jeweils rechts, waren zu diesem Zeitpunkt bereits ausgeheilt.

Zusätzlich zu diesen bereits von der Beklagten berücksichtigten Unfallfolgen trat zwar auf neurologischem Gebiet ein belastungsabhängiges neuropathisches Reizsyndrom des Plexus brachialis aufgrund der Kallusbildung nach der Fraktur des Schlüsselbeines auf, welches sich elektroneurographisch anhand der somatosensibel evozierten Potenziale nachweisen ließ, wie der Sachverständige Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. schlüssig feststellte. Es ist indes nur leichtgradig und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Klägers, wie er weiter nachvollziehbar darlegte. Unfallunabhängig kam es zu einer Schädigung des Nervus ulnaris am linken Arm mit hierdurch bedingten Beschwerden, welche durch einen Engpass im Bereich des linken Ellenbogens verursacht wurde. Darüber hinaus bestanden ebenfalls unfallunabhängig eine inzwischen generalisierte, depressiv gefärbte Schmerzkrankheit mit Einnahme hoher Opiatmengen und ein Alkoholabusus. Wegen Letzterem war er bereits 2002 arbeitsunfähig erkrankt. Bei seiner aktuellen gutachtlichen klinisch-neurologischen Untersuchung wurde über die Bestimmung des CDT-Wertes mittels der Hochleistungsflüssigkeitschromatographie erneut ein ausgeprägt erhöhter Alkoholkonsum objektiviert. Soweit der Kläger geltend machte, dass er seine Tätigkeit ab Mitte 2008 nur unter massivem Einsatz von Schmerzmitteln ausüben konnte, ist dies nicht belegt. Nachdem es sich bei dem von ihm angegebenen Ibuprofen, 800 mg, um ein verschreibungspflichtiges Medikament handelt, ist anhand der vorliegenden Arztbefunde nicht nachgewiesen, dass insbesondere zwischen August 2008 und Dezember 2009 eine exzessive Einnahme von Schmerzmitteln vorgenommen wurde. Im Rahmen der schmerztherapeutischen Mitbehandlung durch Prof. Dr. K. im Herbst 2009 erfolgte eine Schmerzmittelreduktion. Das eingesetzte niedriger dosierte Ibuprofen wurde sogar abgesetzt. Eine gravierende Veränderung in Bezug auf die Schmerzwahrnehmung ergab sich hierdurch im Übrigen nicht. Anfang Dezember 2009 kam es aufgrund einer ausgeprägten Alkoholisierung, also unabhängig des Arbeitsunfalls von März 2007, zu einer Schenkelhalsfraktur. Während der sich anschließenden Behandlung wurde mit Oxycodon, 20 mg (1-0-1), erstmals ein Opiat eingesetzt, das in der Folgezeit zunehmend gesteigert wurde. Ein Zusammenhang mit dem streitgegenständlichen Versicherungsfall ist nach den überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. nicht hinreichend wahrscheinlich. Selbst wenn aufgrund der Beschreibung des Klägers, dass sich die Symptomatik nach der stattgehabten Plexusneurolyse zunächst für einige Zeit wesentlich besserte, die operativen neurochirurgischen Eingriffe 2012 als unfallbedingt anzusehen sind, trat keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit ein. Die im weiteren Verlauf auftretende Schmerzexazerbation ist nicht mehr den Unfallfolgen, sondern der unfallunabhängigen Schmerzkrankheit zuzurechnen, wie Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. einleuchtend herausarbeitete. Damit in Einklang stehen die Erhebungen von Prof. Dr. S. im Juni 2013, wonach die vom Kläger geschilderten Beschwerden nach einer erneuten Operation am Armnervengeflecht links nicht nachvollziehbar und mit den objektiven Befunden, die einen regelrechten Einsatz des rechten Armes untermauerten, nicht vereinbar waren. Eine auf die Folgen des Versicherungsfalles von März 2007 zurückzuführende Arbeitsunfähigkeit bestand aus seiner medizinischen Sicht 2012 und im Folgejahr nicht mehr.

Der Kläger hat wegen des streitgegenständlichen Arbeitsunfalls vom 6. März 2007 über den 26. Oktober 2013 hinaus zudem keinen Anspruch auf Leistungen der Heilbehandlung.

Nach [§ 26 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) haben Versicherte nach Maßgabe der folgenden Vorschriften und unter Beachtung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) Anspruch auf Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, auf ergänzende Leistungen, auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sowie auf Geldleistungen. Gemäß [§ 26 Abs. 2 Nr. 4 SGB VII](#) hat die Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig ergänzende Leistungen zur Heilbehandlung und zu den Leistungen zur Teilhabe zu erbringen. Zum Umfang der Heilbehandlung zählt unter anderem nach [§ 27 Abs. 1 Nr. 2](#), [§ 28 SGB VII](#) die ärztliche Behandlung. Leistungen zur Heilbehandlung müssen infolge des Eintritts des Versicherungsfalles ([§§ 7 ff. SGB VII](#)) erforderlich werden. Dies ergibt sich schon aus der Überschrift des Dritten Kapitels des Siebten Buches Sozialgesetzbuch, in dem [§ 27 SGB VII](#) enthalten ist. Voraussetzung ist somit, dass die versicherte Einwirkung einen Gesundheitsschaden objektiv und rechtlich wesentlich verursacht hat, weswegen eine Heilbehandlung erforderlich wurde. Die Unfallfolgen erforderten nach den vorstehenden Ausführungen ab Oktober 2013 gleichsam keine

Behandlungsmaßnahmen mehr, wie Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. und Prof. Dr. S. aus medizinischer Sicht übereinstimmend und überzeugend aufzeigten.

Nach alledem war die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-04-02