L 9 U 120/18

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
S 30 U 158/12
Datum
20.06.2018
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 9 U 120/18
Datum
14.06.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 2 U 125/19 B
Datum
05.11.2019
Kategorie
Urteil
I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 20. Juni 2018 wird zurückgewiesen.

II. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Gewährung von Verletztengeld über den 7. Februar 2012 hinaus sowie einer Verletztenrente.

Der 1957 geborene Kläger ist Inhaber eines Heizungs- und Sanitärinstallationsbetriebes.

Er erlitt am 6. Oktober 2011 einen Arbeitsunfall. Nach seinen Angaben habe er sich den linken Arm gezerrt, als er beim Wechseln eines ca. 15 kg schweren Membranausdehnungsgefäßes eine Schraube gelöst habe und dabei das Gefäß nicht mehr habe halten können, sodass seine Hand mit dem Gefäß nach unten gerissen worden sei. Der am 10. Oktober 2011 aufgesuchte Hausarzt Dr. C. befundete einen Bluterguss am vorderen Ellenbogen und linken Unterarm. Die Beugung und Streckung seien endgradig schmerzhaft. Das Röntgenergebnis des linken Ellenbogens war ohne Befund. Der Hausarzt stellte als Erstdiagnose einen Sehnenabriss fest. Nach der Beurteilung der Kernspintomografie des linken Ellenbogengelenks vom 12. Oktober 2011 bestand der Eindruck einer fast kompletten Ruptur der Bizepssehne. Entsprechend bestehe ein Weichteilödem/-hämatom in bzw. nahe der Sehnenloge mit einem zusätzlichen Hämatom des distalen Musculus biceps. Vom 2. bis zum 18. November 2011 wurde der Kläger stationär in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen (BGU) behandelt. Bei der Operation mit Exploration und Wundversorgung der Bizepssehne am 3. November 2011 erwies sich die distale Bizepssehne links jedoch als intakt bei Verdacht auf eine stattgehabte alte Verletzung. Der postoperative Verlauf war verzögert. Nach einer oberflächlichen Wundrötung sei es bei regelrechter Wundheilung zu fortbestehenden Missempfindungen am gesamten Unterarm gekommen. Daraufhin wurde der Kläger am 14. November 2011 neurologisch von Dr. D., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, untersucht. Dieser stellte die vorläufige Diagnose einer leichtgradigen Nervenläsion (des sensiblen Ramus superficialis nervi radialis und des sensiblen Nervus medianus links) in Höhe des Ellenbogens ohne eindeutiges elektrophysiologisches Korrelat. Eine Spontanremission sei zu erwarten.

Aus dem Zwischenbericht des Durchgangsarztes E. über eine Nachuntersuchung am 19. Dezember 2011 geht hervor, dass der Kläger weiterhin über eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung von Sehnen des linken Ellenbogengelenks und ein Taubheitsgefühl des linken Handrückens klagte, welches gelegentlich in Oberarmaußenseite und Unterarm ausstrahle. Bei der chirurgischen Untersuchung erschien die Kraft für die Beugung zunächst deutlich vermindert. Als der Kläger darauf hingewiesen worden sei, dass dies nicht im Unfallzusammenhang stünde, habe sich eine verbesserte Kraftentfaltung bei der Flexion/Extension gezeigt.

Der Kläger stellte sich am 28. Dezember 2011 nochmals zur neurologischen Verlaufskontrolle in der BGU vor. Nach dem Abschlussbericht von Dr. F./Dr. G. habe sich neurologisch weder eine Parese noch eine trophische Störung gezeigt, aber Sensibilitätsstörungen im Bereich des linken Unterarmes. Die neurotechnischen Befunde hätten eine leichtgradige Läsion im Bereich des linken Unterarmes ergeben. Das EMG sei unauffällig gewesen. Die Genese der handschuhförmigen Sensibilitätsstörung sei nicht eindeutig zu erklären. Der Kläger habe über Kraftlosigkeit in der Hand geklagt. Bei der Überprüfung der Handkraft mittels Jamarmeter habe sich eine Handkraft links von 0 kg und rechts von 24 kg gezeigt. Der Befund im Schnellwechseltest sei davon allerdings abgewichen; hier habe der Kläger 30 kg erreicht. Die Befunde seien nicht objektivierbar. Die bei dem Kläger bestehende Sensibilitätsstörung hindere den Kläger nicht an einer Kraftaufnahme. Dies werde

auch durch den Handkrafttest widerlegt. Eine MdE in rentenberechtigendem Ausmaß werde nicht verbleiben. Es bestehe bei dem weiterhin arbeitsunfähigen Kläger die Indikation zur Einleitung einer kurzen Arbeits- und Belastungserprobung mit einer arbeitstäglichen Zeit von zunächst vier Stunden. Das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren dauere noch drei Wochen an.

Die Beklagte zog die Akte der Deutschen Rentenversicherung Hessen bei. Daraus ergab sich, dass der Kläger seit dem 11. Februar 2010 eine volle Erwerbsminderungsrente bezieht. In der Anlage zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung hatte der Kläger folgende Gesundheitsstörungen angegeben: Fibromyalgie, massive Bandscheibenbeschwerden, Funktionsstörungen mehrerer Gelenke, Herzprobleme, KHK, Bluthochdruck, vasospastische Angina pectoris, erhöhtes Cholesterin. Im ärztlichen Gutachten der Deutschen Rentenversicherung Hessen vom 12. Juli 2010 zum Antrag des Klägers auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind als Diagnosen aufgeführt: vasospastische Angina pectoris, Somatisierungsstörung, Bluthochdruck, Gelenksverschleiß, Lumbago.

Die Beklagte sagte daraufhin einen zunächst für den 7. Februar 2012 geplanten Termin in der BGU zur Besprechung der weiteren Rehabilitation mit Schreiben vom 2. Februar 2012 ab und beendete das Heilverfahren mit diesem Tag.

Mit Bescheid vom 2. Februar 2012 erkannte die Beklagte eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit bis zum 28. Dezember 2011 an und gewährte Verletztengeld bis zu diesem Tag. Darüber hinaus lehnte die Beklagte die Anerkennung einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit ab. Abgesehen von der fehlenden Objektivierbarkeit der subjektiven Beschwerdeschilderung sei kein Unfallzusammenhang mehr gegeben. Motorische Störungen hätten bei der Vorstellung in der BGU am 28. Dezember 2011 nicht festgestellt werden können. Durch die berichtete Sensibilitätsstörung sei die Kraftaufnahme der linken Hand nicht behindert. Da ohnehin nur eine Leistungsfähigkeit von unter drei Stunden bestanden habe, sei die Belastungserprobung von zunächst vier Stunden nicht mehr als Arbeitsunfähigkeitszeit anzuerkennen.

Mit Bescheid vom 15. Februar 2012 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Verletztenrente ab, da keine MdE von mindestens 20 v. H. bestehe. Die Verletzung im Ellenbogenbereich links sei weitestgehend folgenlos verheilt. Gegen beide Bescheide legte der Kläger mit Schreiben vom 23. Februar 2012 Widerspruch ein.

Am 24. Februar 2012 stufte der Hausarzt Dr. C. den Kläger als arbeitsfähig ein. Zu diesem Zeitpunkt bestand noch eine muskuläre Verhärtung im Bereich des körperfernen Bizepsmuskels links. Eine MRT der Ellenbogenregion links vom 16. April 2012 zeigte die operierte Bizepssehne wieder als durchgehendes Band.

Dr. H., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, diagnostizierte am 9. Mai 2012 eine "Nervenschädigung des N. radialis) medianus und ulnaris links nach Sehnenabriss der distalen Bizepssehne und Sehnennaht". Er sah keinen Hinweis auf eine somatoforme Störung. Er berichtete am 16. August 2012, dass er nach Stimulation des Nervus radialis wieder ein motorisches Summenaktionspotenzial über dem Musculus abductor pollicis longus links erhalten habe. Weiterhin sei kein sensibles Nervenaktionspotenzial des Nervus radialis superficialis ableitbar.

Die Beklagte wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 23. August 2012 zurück.

Der Kläger hat am 10. September 2012 beim Sozialgericht Darmstadt Klage erhoben.

Das Sozialgericht hat von Amts wegen ein Sachverständigengutachten bei Dr. J., Facharzt für Orthopädie, eingeholt. Dieser hat in seinem fachorthopädischen Gutachten vom 30. Juli 2013 ausgeführt, die klinische Untersuchung habe eine Druckempfindlichkeit der körperfernen Bizepssehne ergeben, deren Muskulatur eine seitendivergente Kontraktion aufgewiesen habe. Der Ellenbogen habe eine freie Beweglichkeit gezeigt. Hinsichtlich der Armumwendbewegungen hätten ebenfalls keine funktionellen relevanten Seitendifferenzen bestanden. Die Handstreckung bei der Handumwendbewegung sei aber schmerzhaft gewesen. Eine Kraftminderung habe sich nicht objektivieren lassen. Es hätten narbige Veränderungen der körperfernen Bizepssehne nach teilweiser Kontinuitätsunterbrechung bestanden. Allerdings hätten diese die von dem Kläger geklagten Beschwerden (Parästhesien, Minderempfindungen, Schmerzausstrahlungen und Beschwerden bei der Handumwendbewegung) nicht vollumfänglich erklären können. Es müsse von der anatomischen Rahmenbedingung einer degenerativen Vorschädigung ausgegangen werden. Der Sachverständige stellte als Unfallfolge auf orthopädischem Gebiet eine akute Zerrung des Armes im Sinne einer forcierten Streckung unter Beteiligung des Bizepsmuskels und geringfügiger Beteiligung der körperfernen Bizepssehne fest. Diese habe nach der ergänzenden Stellungnahme vom 18. Juni 2014 unter Berücksichtigung des prolongierten Heilungsverlaufes eine Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit bis zum 7. Februar 2012 bedingt. Die MdE bezüglich der Sehnenverletzung und unter Berücksichtigung der Schädigung des Bizepssehnenmuskels sei mit unter 10 v. H. anzusetzen. Dr. J. regte die Einholung eines neurologischen Gutachtens an.

Der Kläger legte einen weiteren Befundbericht des Neurologen Dr. H. vom 15. Juli 2014 vor. Danach lasse sich aufgrund der elektroneurographischen Befunde eine Läsion des Nervus radialis superficialis links objektivieren. Die übrigen Sensibilitätsstörungen an der Rückseite des Unterarms und der Hand sowie im Bereich der Beugeseite der Hand seien zwar elektroneurographisch nicht zu objektivieren, die Angaben seien jedoch konsistent.

Das Sozialgericht hat von Amts wegen ein weiteres Sachverständigengutachten bei Dr. K., Facharzt für Neurologie, eingeholt. Dieser hat in seinem neurologischen Gutachten vom 10. Juli 2015 ausgeführt, bei der körperlichen Untersuchung des Klägers hätten sich zahlreiche Befunde gezeigt, die organisch nicht zu erklären seien. So sei die Kraftentwicklung des linken Arms sehr inkonstant gewesen und immer dann besser geworden, wenn dieselbe Funktion gleichzeitig auch auf der Gegenseite geprüft worden sei. Schon aufgrund des klinisch-neurologischen Befundes sei es unwahrscheinlich, dass eine organische Kraftminderung des linken Armes vorliege. Auch in der elektromyografischen Untersuchung ergäben sich keine Hinweise auf eine relevante motorische Nervenschädigung. Man sehe alte neurogene Veränderungen im Daumenballenmuskel links, die aber in derselben Form auch auf der rechten Seite nachzuweisen seien (erhöhte Potenzialamplitude), ferner finde man links grenzwertig hohe Potenziale im Bereich des Musculus brachioradialis. Die hohen Potenziale könnten Hinweis auf eine leichte abgelaufene Schädigung sein, eine aktuelle Funktionsstörung erkläre der Befund sicher nicht. Auch die Gefühlsstörung sei sicher in dem angegebenen Ausmaß nicht organisch bedingt, selbst wenn man eine Schädigung des Nervus radialis superficialis im Anschluss an die Operation und möglicherweise auch eine Schädigung des sensiblen Nervus cutaneus antebrachii lateralis annehmen würde. Ganz sicher nicht als Unfallfolge erklärbar sei die bei der Untersuchung angegebene komplette Taubheit der

linken Hand. Es gelinge im Ergebnis nicht, hinsichtlich der angegebenen Sensibilitätsstörung und Kraftminderung einen Unfallzusammenhang nachzuweisen. Es ergäben sich vielmehr viele Hinweise darauf, dass es sich um eine psychogene Störung (unbewusste dissoziative Störung oder um Aggravation oder eine bewusste Simulation) handele, die ganz sicher nicht durch ein Trauma im Bereich des Ellenbogens zu erklären sei. Selbst wenn eine Schädigung der genannten Hautnerven (Nervus radialis superficialis und des sensiblen Nervus cutaneus antebrachii lateralis) zu beweisen wäre, wäre die dadurch bedingte MdE mit unter 10 v. H. einzuschätzen. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit und unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit seien alleine durch die Unfallfolgen auf chirurgischem Fachgebiet bedingt.

Der Kläger hat gegen das Gutachten von Dr. K. eingewandt, durch den Arbeitsunfall sei ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) verursacht worden. Dazu hat er einen weiteren Befundbericht des Neurologen Dr. L. vom 24. September 2015 vorgelegt, aus dem als Diagnose ein CRPS hervorgeht.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 3. Januar 2016 hat Dr. K. auf zahlreiche Argumente hingewiesen, die gegen ein unfallbedingtes CRPS sprächen. So seien einige Diagnosekriterien eines CRPS bei der Untersuchung nicht erfüllt gewesen. Die Befunde bei der Kraftprüfung seien inkonsistent gewesen. Auch der zeitliche Ablauf mit einem Auftreten bzw. Wiederaufflammen vier Jahre nach dem Trauma sei mit der Diagnose eines unfallbedingten CRPS nicht zu vereinbaren. Darüber hinaus spräche das vorliegende Ausbreitungsmuster gegen ein CRPS.

Auf Antrag des Klägers hat das Sozialgericht ein weiteres neurologisches Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) bei PD Dr. M., Chefarzt der Abteilung für Neurologie der Klinik Niedersachsen in Bad Nenndorf, eingeholt. In seinem fachärztlichen neurologischen Gutachten vom 3. Februar 2017 führt auch er aus, dass sich deutliche Hinweise auf nicht oder nicht in dem geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben hätten. Es fände sich keine Kongruenz der subjektiven anamnestischen Leidensbeschreibung, des subjektiv ausgestalteten Erlebens und der subjektiv wahrgenommenen Funktions- und Fähigkeitsstörung mit den objektivierbaren klinischen Befunden. Es fänden sich Anhaltspunkte für erhebliche Inkonsistenzen, eine negative Antwortverzerrung und negative Symptomverzerrung mit appelativer Betonung subjektiv erlebter Beschwerden und Symptome. Weder die Beschwerdewahrnehmung noch die Beschwerdeschilderung seien authentisch. Nach dem Gutachten liege durch den Arbeitsunfall lediglich eine ganz blande Gefühlsstörung in Bezug auf den Nervus radialis superficialis und den Nervus cutanaeus antebrachii lateralis vor. Insoweit sei eine geringe sensible Nervenverletzung plausibel. Zu erwarten wäre eine Besserung im Verlauf. Deutlich werde eine nicht unfallbedingte, schwer somatoform geprägte Ausgestaltung, die sicher nicht organisch bedingt sei und die im Verlauf der fünf Jahre in den Vordergrund getreten sei. Ein sekundärer Krankheitsgewinn sei deutlich erkennbar. Es würden aus neurologischer Sicht keine relevanten geistigen oder seelischen Funktionsbeeinträchtigungen durch die festgestellten Unfallfolgen verursacht. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sei aus neurologischer Sicht plausibel für sechs Wochen und die Behandlungsbedürftigkeit für sechs Monate nach dem Unfall. Es bestünde Übereinstimmung mit den gutachterlichen Ausführungen von Dr. J.

Die Beteiligten haben am 20. Juni 2018 einen Teilvergleich dahingehend geschlossen, dass die Beklagte eine arbeitsunfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit bis zum 7. Februar 2012 anerkennt und diesbezüglich Verletztengeld nachgezahlt wird.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 20. Juni 2018 abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, der Rechtsstreit sei teilweise durch den geschlossenen Teilvergleich erledigt. Im Übrigen sei die Klage zulässig, aber nicht begründet. Zwar liege mit dem Unfall vom 6. Oktober 2011 ein Versicherungsfall in Form eines Arbeitsunfalls nach § 8 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) als Grundvoraussetzung der geltend gemachten Ansprüche auf Heilbehandlung, Verletztengeld und Verletztenrente gegen die Beklagte unstreitig vor. Allerdings sei die seitens der Beklagten als Folge des Arbeitsunfalls vom 3. Februar 2011 anerkannte Verletzung im Ellenbogenbereich links - auch unter Berücksichtigung einer möglicherweise eingetretenen Schädigung des sensiblen Nervus radialis superficialis links und des sensiblen Nervus cutaneus antebrachii lateralis - bis zum 7. Februar 2012 im Wesentlichen folgenlos ausgeheilt und begründe weder einen Anspruch auf weitere Heilbehandlungsleistungen nach § 26 Abs. 1 SGB VII oder auf weiteres Verletztengeld nach § 46 SGB VII über den 7. Februar 2012 hinaus noch auf Verletztenrente nach § 56 SGB VII. Nach § 26 Abs. 1 Satz 1 SGB VII hätten Versicherte, bei denen ein Versicherungsfall gegeben sei, dem Grunde nach Anspruch auf Heilbehandlung. Insoweit habe der Unfallversicherungsträger mit allen geeigneten Mitteln u. a. den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern (§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII). Verletztengeld werde nach § 45 Abs. 1 SGB VII u. a. erbracht, wenn Versicherte infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig seien und unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit Arbeitseinkommen gehabt hätten. Nach § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII hätten Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert sei, Anspruch auf eine Rente. Dabei richte sich die Minderung der Erwerbsfähigkeit 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). Versicherungsfälle seien Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (§ 7 Abs. 1 SGB VII). Während Unfallereignis und Gesundheitsschaden mit dem Vollbeweis bewiesen werden müssten, genüge für die haftungsbegründende Kausalität zwischen Unfallereignis und Gesundheitserstschaden (Anerkennung als Unfallfolge) ebenso wie für die haftungsausfüllende Kausalität zwischen Gesundheitserstschaden und länger andauernden Unfallfolgen nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung (vgl. hierzu: BSG, Urteile vom 10. Juni 1955 - 10 RV 390/54 - und vom 14. Juli 1955 - 8 RV 177/54 -; seither ständige Rspr.) ein Ursachenzusammenhang. Für dessen Anerkennung sei zwar noch nicht die bloße Möglichkeit, aber schon eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG, Urteil vom 19. März 1986 - 9a RVi 2/84 -) ausreichend. Diese sei erreicht, wenn bei vernünftiger Abwägung aller für und gegen den Zusammenhang sprechenden Umstände nach der herrschenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung den für den ursächlichen Zusammenhang sprechenden Gründen ein so deutliches Übergewicht zukomme, dass die dagegen sprechenden billigerweise für die Bildung und Rechtfertigung der richterlichen Überzeugung außer Betracht bleiben könnten (vgl. BSG, Urteile vom 2. Juni 1959 - 2 RU 158/56 - zu § 542 RVO a. F., vom 2. Februar 1977 - 8 RU 66/77 - und vom 27. Oktober 1989 - 9 RV 40/88 -). Welche Ursache wesentlich sei und welche nicht, müsse aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden (BSG, Urteil vom 10. Juni 1955 - 10 RV 390/54 -).

Nach diesen Grundsätzen seien die streitgegenständlichen Bescheide der Beklagten unter Berücksichtigung des Teilvergleiches rechtmäßig und verletzten den Kläger nicht in seinen Rechten. Die erkennende Kammer stütze sich insoweit auf die ausführlichen, überzeugenden und miteinander im Einklang stehenden gerichtlichen Sachverständigengutachten von Dr. J. auf orthopädischem sowie Dr. K. und PD Dr. M. auf neurologischem Fachgebiet. Nach den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. J. sehe es die erkennende Kammer als

erwiesen an, dass der Kläger durch den Arbeitsunfall vom 6. Oktober 2011 im Wesentlichen eine Zerrung des Ellbogengelenks unter Beteiligung des Bizepsmuskels und geringfügiger Beteiligung der körperfernen Bizepssehne erlitten habe. Diese Verletzung begründe nach Darstellung des Sachverständigen aufgrund des verzögerten Heilungsverlaufs eine unfallbedingte Behandlungsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit bis zum 7. Februar 2012. Zu diesem Zeitpunkt habe auch die Behandlung zu Lasten der Beklagten geendet. Ab diesem Zeitpunkt sei nach den Ausführungen von Dr. J. - an deren Richtigkeit für die erkennende Kammer kein Anlass zu Zweifeln bestehe - von einer im Wesentlichen folgenlosen Ausheilung der orthopädischen Unfallfolgen auszugehen, so dass insoweit weder ein Anspruch auf weitere unfallbedingte Heilbehandlung noch auf Verletztengeld bestehe. Auch ein Anspruch auf eine Verletztenrente bestehe im Anschluss an dieses Sachverständigengutachten mangels rentenberechtigender MdE nicht. Die Bemessung einer unfallbedingten MdE richte sich nach dem Umfang der körperlichen bzw. geistigen Beeinträchtigungen des Versicherten durch die Art der Unfallfolgen und den Umfang der dem Verletzten dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens. Die Entscheidung der Frage, in welchem Grad die Erwerbsfähigkeit des Versicherten durch Unfallfolgen gemindert sei, sei eine unter Berücksichtigung dieser Erkenntnis zu treffende Feststellung, die das Gericht nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung treffe. Es bestünden für die erkennende Kammer keine Anhaltspunkte, an der MdE-Bewertung des Sachverständigen Dr. J. mit unter 10 v. H. zu zweifeln, da die Unfallverletzung im Wesentlichen folgenlos ausgeheilt sei. Es könne im Ergebnis dahingestellt bleiben, ob darüber hinaus - wie von den neurologischen Sachverständigen Dr. K. und PD Dr. M. für möglich gehalten - Schädigungen des sensiblen Nervus radialis superficialis links und des sensiblen Nervus cutaneus antebrachii lateralis links als Unfallfolge auf neurologischem Gebiet anzuerkennen seien. Denn selbst wenn eine unfallbedingte Schädigung dieser genannten Hautnerven bestehen sollte, würde dies nach den Ausführungen von Dr. K. keinen Leistungsanspruch begründen, der über die durch die Unfallfolgen auf chirurgischem Fachgebiet bedingte Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit hinausginge. Auch die hierdurch bedingte MdE wäre nach Darstellung des Sachverständigen Dr. K. mit unter 10 v. H. einzuschätzen, so dass sich selbst unter Berücksichtigung der orthopädischen Unfallfolge keine rentenberechtigende Gesamt-MdE ergäbe. Soweit der Sachverständige PD Dr. M. eine rund einen Monat über die anerkannte Behandlungsbedürftigkeit hinausgehende Behandlungsbedürftigkeit für erforderlich gehalten habe, vermöge sich die erkennende Kammer dieser Einschätzung nicht anzuschließen. Der Sachverständige habe die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sogar lediglich auf sechs Wochen eingeschätzt und keine Begründung für eine wesentlich längere unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit angegeben. Es spreche viel dafür, dass eine längere Behandlungsbedürftigkeit allenfalls aufgrund unfallunabhängiger Erkrankungen gegeben gewesen sei. Denn der Sachverständige habe ebenfalls eine unfallfremde, nicht organische, somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Weitere Unfallfolgen auf neurologischem Gebiet hätten beide neurologischen Sachverständigen nicht festgestellt. Insbesondere ein CRPS sehe die erkennende Kammer als nicht mit dem insoweit erforderlichen Vollbeweis als erwiesen an. Nach der S1-Leitlinie zum CRPS und der aktuellen Literatur sei das CRPS ein posttraumatisches Schmerzsyndrom einer Extremität, bei dem die Schmerzen im Vergleich zum erwarteten Heilungsverlauf unangemessen stark seien, wobei ursächlich vorwiegend somatische Faktoren seien. Diese Diskrepanz zwischen auslösender Verletzung und Ausmaß der Schmerzsymptomatik sei charakteristisch für ein CRPS. Auch scheinbare Bagatellverletzungen könnten ein CRPS auslösen. Die Diagnose CRPS sei eine klinische Diagnose. Deshalb seien die Anamneseerhebung, die klinisch-orthopädische und neurologische Untersuchung die entscheidenden Schritte. Es gelte nach der Leitlinie, dass die dokumentierten Befunde wichtiger seien als die subjektiven Beschwerden (Hessisches LSG, Urteil vom 14. Juni 2016 - L 3 U 238/12 - m. w. N.). Die Symptome müssten in der Regel auch außerhalb der Traumastelle auftreten und seien nicht auf das Innervationsgebiet eines peripheren Nerven oder einer Nervenwurzel beschränkt. Maßgebliche diagnostische Grundlage für ein CRPS bildeten die sog. "Budapester Konsensus-Kriterien". Danach müsse zunächst ein anhaltender Schmerz, der durch das Anfangstrauma nicht mehr erklärt werde, bestehen. Darüber hinaus müsse aus den vier Kategorien Sensorik (Hyperästhesie und/oder Allodynie), Vasomotorik (Asymmetrie der Hauttemperatur und/oder Änderung bzw. Asymmetrie der Hautfarbe), Sudumotorik/ Ödem (Ödem und/oder Änderung bzw. Asymmetrie der Schweißproduktion) und Motorik/Trophik (reduzierte Beweglichkeit und/oder motorische Dysfunktion [Schwäche, Tremor, Dystonie] und/oder Veränderungen der Trophik [Haare, Nägel, Haut]) in der Anamnese mindestens von einem Symptom aus drei der vier Kategorien berichtet und zum Zeitpunkt der Untersuchung mindestens ein Symptom aus zwei der vier Kategorien nachgewiesen werden (vgl. auch Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 231 und S. 398). Nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. K. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 3. Januar 2016 seien von den Diagnosekriterien eines CRPS weder eine Hautverfärbung oder eine signifikante Temperaturdifferenz noch ein Ödem oder eine Störung der Schweißsekretion bei der Untersuchung feststellbar gewesen. Da nach den Ausführungen des Sachverständigen unfallbedingte CRPS-Symptome im Allgemeinen innerhalb von wenigen Tagen bis maximal zwei Wochen nach dem Trauma aufträten, spreche auch das vorliegend geschilderte Auftreten bzw. Wiederaufflammen vier Jahre nach dem Trauma ebenfalls gegen ein unfallbedingtes CRPS. Darüber hinaus breite sich ein CRPS nach Darstellung des Sachverständigen nie zentrifugal in die Peripherie, sondern immer aus der Peripherie hin zum Rumpf aus, so dass auch das vorliegende Ausbreitungsmuster gegen ein CRPS spreche. Das Gericht schließe sich diesen nachvollziehbaren und überzeugenden Ausführungen von Dr. K. an, die zudem im Ergebnis ebenfalls von dem seitens des Klägers selbst gewählten Sachverständigen PD Dr. M. bestätigt würden, der gleichfalls kein CRPS als Unfallfolge festgestellt habe. Vielmehr hätten sich in der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. K. zahlreiche Befunde ergeben, die nach dessen Auffassung organisch nicht zu erklären seien. Nach seinem Gutachten bestünden viele Hinweise auf eine unfall-unabhängige psychogene Störung (unbewusste dissoziative Störung, Aggravation oder bewusste Simulation). Dies decke sich im Ergebnis auch mit den noch deutlicheren Ausführungen des Sachverständigen PD Dr. M. Auch dieser habe mit ausführlicher Begründung erhebliche Diskrepanzen zwischen der subjektiven Beschwerdewahrnehmung und den objektivierbaren klinischen Befunden festgestellt. Danach fänden sich Anhaltspunkte für erhebliche Inkonsistenzen sowie eine negative Antwortverzerrung und negative Symptomverzerrung mit appelativer Betonung subjektiv erlebter Beschwerden und Symptome. Ein sekundärer Krankheitsgewinn sei seiner Auffassung nach deutlich erkennbar gewesen.

Der Kläger hat gegen das ihm am 28. Juni 2018 zugestellte Urteil durch seine Bevollmächtigten am 16. Juli 2018 beim Hessischen Landessozialgericht Berufung eingelegt. Zur Begründung führen die Bevollmächtigten aus, der Kläger könne das Urteil des Sozialgerichts nicht akzeptieren und begehre nach wie vor die Anerkennung weiterer Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit über den 7. Februar 2012 hinaus sowie die Gewährung einer Verletztenrente. Insoweit werde zur Begründung auf den Vortrag im erstinstanzlichen Verfahren verwiesen. Darüber hinaus seien aus der Sicht des Klägers die Befundberichte seiner behandelnden Ärzte und Therapeuten vom Gericht nicht hinreichend berücksichtigt worden. Der Kläger weise auch nochmals darauf hin, dass er vor dem Unfall sowohl mit seinem linken Arm als auch mit seiner linken Hand keine Probleme gehabt habe. Seit dem Unfall könne er beides jedoch nicht mehr richtig einsetzen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,
das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 20. Juni 2018 und die Bescheide der Beklagten vom 2. Februar 2012 und vom 15. Februar 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. August 2012, soweit sie nicht durch den Teilvergleich vom 20. Juni 2018 erledigt sind, aufzuheben und ihm aufgrund des Arbeitsunfalls vom 6. Oktober 2011 über den 7. Februar 2012 hinaus Verletztengeld sowie eine

Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Übrigen nimmt der Senat Bezug auf den Inhalt der Gerichtsakte, auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten sowie auf das Protokoll des Erörterungstermins des Berichterstatters vom 29. Oktober 2018.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung (§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -).

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Streitgegenstand ist nach der Antragstellung im Berufungsverfahren der Anspruch des Klägers auf Verletztengeld über den 7. Februar 2012 hinaus sowie auf Gewährung einer Verletztenrente, nicht mehr dagegen das Vorliegen von Behandlungsbedürftigkeit bzw. der Anspruch auf Heilbehandlung über den 7. Februar 2012 hinaus.

Das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 20. Juni 2018 ist - soweit es noch der Überprüfung des Senats im Berufungsverfahren unterliegt - rechtlich nicht zu beanstanden. Die Bescheide der Beklagten vom 2. Februar 2012 und vom 15. Februar 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. August 2012 sind, soweit sie noch streitgegenständlich sind, rechtmäßig, so dass der Kläger nicht beschwert ist (vgl. § 54 Abs. 2 Satz 1 SGG).

Es bestehen schon Zweifel, ob die auf Gewährung von Verletztengeld gerichtete Klage zulässig ist. Denn die Beklagte hat mit Bescheid vom 2. Februar 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. August 2012 ausdrücklich keine Entscheidung über die Gewährung von Verletztengeld getroffen, sondern lediglich über ein Element dieses Anspruchs (Arbeitsunfähigkeit) entschieden (zur Möglichkeit, Elemente eines Rechtsverhältnisses in den in § 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG vorgesehenen Fällen feststellen zu lassen, vgl. BSG, Urteil vom 12. Januar 2010 - B 2 U 21/08 R - SozR 4-2700 § 63 Nr. 6). Ob der Bescheid der Beklagten vom 2. Februar 2012 im Hinblick auf seine Begründung (Bestehen des Anspruchs auf Verletztengeld, soweit unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit anerkannt wurde) dahingehend ausgelegt werden kann, dass die Beklagte zugleich über den Anspruch auf Verletztengeld befunden hat, mit der Folge, dass die Klage insoweit zulässig wäre, kann dahingestellt bleiben.

Denn die Klage ist jedenfalls nicht begründet.

Der Kläger hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Gewährung von Verletztengeld über den 7. Februar 2012 hinaus.

Der Anspruch auf Verletztengeld setzt nach § 45 Abs. 1 SGB VII u. a. voraus, dass der Versicherte infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig ist.

Versicherungsfälle sind nach § 7 Abs. 1 SGB VII Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Nach § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit.

Unstreitig hat der Kläger am 23. Februar 2011 einen Unfall infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII begründenden Tätigkeit erlitten, als er sich beim Wechseln eines Membranausdehnungsgefäßes den linken Arm gezerrt hat. Zur Überzeugung des Senats war der Kläger jedoch über den 7. Februar 2012 hinaus nicht arbeitsunfähig im Sinne des § 40 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII.

Arbeitsunfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles liegt anknüpfend an die Rechtsprechung zum Begriff der Arbeitsunfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung vor, wenn ein Versicherter aufgrund der Folgen eines Versicherungsfalles nicht in der Lage ist, seiner zuletzt ausgeübten oder einer gleich oder ähnlich gearteten Tätigkeit nachzugehen (vgl. zur gesetzlichen Krankenversicherung BSG, Urteil vom 8. Februar 2000 - B 1 KR 11/99 R - BSGE 85, 271, 273 m. w. N.; zur Übernahme dieses Begriffs in die gesetzliche Unfallversicherung vgl. BSG, Urteil vom 29. November 1972 - 8/2 RU 123/71 - BSGE 35, 65; BSG, Urteil vom 13. August 2002 B 2 U 30/01 R - SozR 3-2700 § 46 Nr. 1). Arbeitsunfähigkeit ist danach gegeben, wenn der Versicherte seine zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles konkret ausgeübte Tätigkeit wegen Krankheit nicht (weiter) verrichten kann (BSG, Urteil vom 30. Oktober 2007 - B 2 U 31/06 R - SozR 4-2700 § 46 Nr. 3).

Von diesen Maßstäben ausgehend sieht der Senat eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit des Klägers über den 7. Februar 2012 hinaus nicht als gesichert an. Der Sachverständige Dr. J. hatte die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit zunächst bis zum 28. Dezember 2011 angenommen (Gutachten vom 30. Juli 2013), unter Berücksichtigung des prolongierten Heilverlaufs der Dauer der Arbeitsunfähigkeit dann aber bis zum 7. Februar 2012 zugestimmt (ergänzende Stellungnahme vom 18. Juni 2014). Der Sachverständige Dr. K. hat in seinem neurologischen Gutachten vom 10. Juli 2015 darauf verwiesen, dass eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit alleine durch die Unfallfolgen auf chirurgischem Fachgebiet bedingt sei. Der Sachverständige PD Dr. M. hat eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit aus neurologischer Sicht lediglich für sechs Wochen nach dem Unfall für plausibel gehalten. Eine ggf. über den 7. Februar 2012 hinausgehende Arbeitsunfähigkeit war jedenfalls nicht mehr unfallbedingt.

Der Kläger hat auch keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Gewährung einer Verletztenrente.

Nach § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus regelmäßig um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf Rente.

Die erste Voraussetzung für eine Verletztenrente - das Vorliegen eines Versicherungsfalls, hier: eines Arbeitsunfalls - ist erfüllt. Für einen Arbeitsunfall ist nach § 8 Abs. 1 SGB VII in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung eines Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer/sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden (oder den Tod des Versicherten) verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen länger andauernder Unfallfolgen ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls, sondern für die Gewährung einer Verletztenrente (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - B 2 U 1/05 R - BSGE 96, 196).

Der Wechsel des Membranausdehnungsgefäßes erfolgte im Rahmen der versicherten Tätigkeit des Klägers in seinem Heizungs- und Sanitärinstallationsbetrieb (sachlicher Zusammenhang). Diese Tätigkeit führte auch zu dem Unfallereignis - Abrutschen des Gefäßes, sodass die Hand nach unten gerissen wurde - (Unfallkausalität). Aufgrund dieses Vorgangs erlitt der Kläger einen Gesundheitserstschaden, nämlich eine Zerrung des Armes (haftungsbegründende Kausalität).

Die zweite Voraussetzung für die Gewährung einer Verletztenrente, eine MdE in Folge dieses Versicherungsfalles, erfordert zunächst, dass überhaupt eine MdE des Versicherten durch eine Beeinträchtigung seines körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens gegeben ist und dass diese Beeinträchtigung infolge des festgestellten Versicherungsfalls eingetreten ist, also über einen längeren Zeitraum andauernde Unfallfolgen vorliegen. Zur Feststellung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in Folge eines Versicherungsfalles muss zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten Unfallfolgen entweder mittels des Gesundheitserstschadens oder direkt ein Ursachenzusammenhang nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung bestehen (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - B 2 U 1/05 R - s. o.). Hierbei muss die Unfallfolge im Sinne eines Vollbeweises feststehen.

Nach dem Gutachten des Sachverständigen Dr. J. vom 30. Juli 2013 ist als Unfallfolge von einer Sehnenverletzung und der Schädigung des Bizepssehnenmuskels auszugehen. Das Vorliegen eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) als Unfallfolge haben dagegen sowohl Dr. K. als auch PD Dr. M. - für den Senat nachvollziehbar - verneint. Dr. K. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 3. Januar 2016 ausgeführt, es seien von den Diagnosekriterien eines CRPS weder eine Hautverfärbung oder eine signifikante Temperaturdifferenz noch ein Ödem oder eine Störung der Schweißsekretion bei der Untersuchung feststellbar gewesen. Die Befunde bei der Kraftprüfung seien inkonsistent gewesen. Auch der zeitliche Ablauf mit einem Auftreten bzw. Wiederaufflammen vier Jahre nach dem Trauma sei mit der Diagnose eines unfallbedingten CRPS nicht zu vereinbaren. Darüber hinaus spräche das vorliegende Ausbreitungsmuster gegen ein CRPS. Der Senat sieht daher das CRPS wie das Sozialgericht - als nicht mit dem insoweit erforderlichen Vollbeweis erwiesen an.

Hinsichtlich der übrigen geltend gemachten Gesundheitsstörungen (Sensibilitätsstörungen und Kraftminderung des linken Armes) bestehen bereits erhebliche Zweifel, ob diese im Vollbeweis gesichert sind. Sie sind aber jedenfalls nicht rechtlich wesentlich durch das Unfallereignis vom 6. Oktober 2011 verursacht worden.

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis, wonach jedes Ereignis Ursache eines Erfolges ist, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (conditio sine qua non). In einer zweiten Prüfungsstufe ist die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden können, d. h. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg unerheblichen Ursachen. Diese Unterscheidung und Zurechnung erfolgt nach der Theorie der wesentlichen Bedingung, wonach als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen werden, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Die Kausalitätsprüfung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Dies schließt die Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Für die Feststellung dieses Ursachenzusammenhangs genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit; diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden, so dass die reine Möglichkeit nicht ausreicht (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - B 2 U 1/05 R - s. o.).

Objektive Verursachung im Sinne der naturwissenschaftlichen Kausalität bedeutet hierbei einen nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand der einschlägigen Erfahrung, insbesondere der Wissenschaft, geprüften und festgestellten Wirkungszusammenhang zwischen einer bestimmten Wirkursache und ihrer Wirkung. Die versicherte Verrichtung muss also eine Wirkursache (ggf. neben anderen Wirkursachen) der Einwirkung und die Einwirkung eine Wirkursache (ggf. neben anderen Wirkursachen) des Gesundheitserstschadens sein. Dies sind Fragen, die nur auf der Grundlage von Erfahrungen über Kausalbeziehungen beantwortet werden können. Die Bedingungstheorie (conditio sine qua non) schließt hingegen nur Bedingungen aus, die nach Erfahrung unmöglich Wirkursachen sein können (BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 B 2 U 23/11 R - UV-Recht Aktuell 2013, 291).

Erst wenn auf der ersten Stufe die objektive Verursachung bejaht wird, geht es auf der zweiten Stufe der Zurechnung um die Rechtsfrage, ob die auf der ersten Stufe abschließend festzustellende faktische Mitverursachung des Gesundheitsschadens durch die versicherte Verrichtung/versicherte Einwirkung überhaupt ein versichertes Risiko der Beschäftigtenversicherung verwirklicht hat, was ggf. davon abhängt, ob unversicherte Mitursachen und ihr Mitwirkungsanteil nach Maßgabe des Schutzzwecks der jeweiligen Versicherung in einer Gesamtabwägung dieser Umstände des Einzelfalls die Schadensverursachung derart prägen, dass dieser nicht mehr dem Schutzbereich der Versicherung, sondern dem allgemeinen Lebensrisiko unterfällt (BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - B 2 U 23/11 R - s. o.).

Von diesen Maßstäben ausgehend können die von dem Kläger noch geltend gemachten Gesundheitsbeeinträchtigungen (Sensibilitätsstörungen und Kraftminderung des linken Armes) nicht als durch den Arbeitsunfall vom 6. Oktober 2011 objektiv zurechenbar verursacht angesehen werden. Dies folgt zur Überzeugung des Senats aus den im Wesentlichen übereinstimmenden ausführlichen und überzeugenden Sachverständigengutachten von Dr. J. auf orthopädischem sowie Dr. K. und PD Dr. M. auf neurologischem Fachgebiet. Fest steht nach der Expertise des Dr. J., dass der Kläger durch den Arbeitsunfall vom 6. Oktober 2011 eine Zerrung des Ellbogengelenks unter Beteiligung des Bizepsmuskels und geringfügiger Beteiligung der körperfernen Bizepssehne erlitten hat. Diese Verletzung war bis zum 7. Februar 2012 im Wesentlichen folgenlos ausgeheilt. Schädigungen des sensiblen Nervus radialis superficialis links und des sensiblen Nervus cutaneus antebrachii lateralis links sind als Unfallfolge auf neurologischem Gebiet von den Sachverständigen Dr. K. und PD Dr. M. lediglich für möglich, nicht aber für hinreichend wahrscheinlich gehalten worden. Weitere Unfallfolgen auf neurologischem Gebiet haben beide

neurologischen Sachverständigen nicht festgestellt. Gegen einen Unfallzusammenhang der geltend gemachten Gesundheitsbeeinträchtigungen spricht, dass sich in der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. K. zahlreiche Befunde ergeben haben, die nach dessen Auffassung organisch nicht zu erklären seien. Nach seinem Gutachten bestünden viele Hinweise auf eine unfallunabhängige psychogene Störung (unbewusste dissoziative Störung, oder um Aggravation, oder eine bewusste Simulation). Auch der Sachverständige PD Dr. M. hat erhebliche Diskrepanzen zwischen der subjektiven Beschwerdewahrnehmung des Klägers und den objektivierbaren klinischen Befunden festgestellt. Danach fänden sich Anhaltspunkte für erhebliche Inkonsistenzen sowie eine negative Antwortverzerrung und negative Symptomverzerrung mit appelativer Betonung subjektiv erlebter Beschwerden und Symptome. Ein sekundärer Krankheitsgewinn sei seiner Auffassung nach deutlich erkennbar gewesen. Ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den angegebenen Beschwerden des Klägers (Sensibilitätsstörungen und Kraftminderung des linken Armes) ist daher zur Überzeugung des Senats nicht hinreichend wahrscheinlich.

Ungeachtet der Frage des fehlenden Kausalzusammenhangs ist die Erwerbsfähigkeit des Klägers auch nicht in rentenberechtigender Höhe von mindestens 20 v. H. gemindert.

Die Bemessung des Grades der MdE wird vom Bundessozialgericht (BSG) in ständiger Rechtsprechung als Tatsachenfeststellung gewertet, die das Gericht nach § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (vgl. Urteil vom 5. September 2006 - B 2 U 25/05 R - SozR 4-2700 § 56 Nr. 2; Urteil vom 2. Mai 2001 - B 2 U 24/00 R - SozR 3-2200 § 581 Nr. 8 m. w. N.). Dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE geschätzt werden (BSG, Urteil vom 2. Mai 2001 s. o.). Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind deshalb bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (BSG, Urteil vom 5. September 2006 s. o.; Urteil vom 22. Juni 2004 - B 2 U 14/03 R - SozR 4-2700 § 56 Nr. 1).

Eine MdE in Höhe von mindestens 20 v. H. hat keiner der Sachverständigen Dr. J., Dr. K. und PD Dr. M. angenommen. Dr. J. hat in seinem fachorthopädischen Gutachten vom 30. Juli 2013 die MdE bezüglich der Sehnenverletzung unter Berücksichtigung der Schädigung des Bizepssehnenmuskels mit unter 10 v. H. eingeschätzt. Dr. K. hat in seinem neurologischen Gutachten vom 10. Juli 2015 bereits einen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der von dem Kläger angegebenen Sensibilitätsstörung und Kraftminderung im linken Arm verneint und im Übrigen ausgeführt, dass, selbst wenn eine Schädigung der genannten Hautnerven zu beweisen wäre, die hierdurch bedingte MdE mit unter 10 v. H. einzuschätzen wäre. Nach dem neurologischen Gutachten des PD Dr. M. vom 3. Februar 2017 seien aus neurologischer Sicht keine relevanten Funktionsbeeinträchtigungen durch die festgestellten Unfallfolgen verursacht worden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2019-12-02