

L 6 U 960/04

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 11 U 2095/01

Datum

27.01.2004

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 U 960/04

Datum

12.10.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 27. Januar 2004 aufgehoben und die Klage in vollem Umfang abgewiesen.

Die Anschlussberufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht die Gewährung einer Verletztenrente.

Der 1950 geborene Kläger ist selbständiger Stuckateurmeister und als solcher bei der Beklagten unfallversichert. Er bezieht von der Beklagten Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. wegen Verletzungsfolgen am linken Bein.

Unter dem 11. Oktober 1999 teilte er in seiner Unfallanzeige der Beklagten mit, er sei am 30. September 1999 beim Materialholen von einer Zwischendecke im Lager auf einer Leitersprosse ausgerutscht und etwa 2 m tief auf den Betonboden gestürzt. Er habe sich am rechten und linken Arm sowie an der Lendenwirbelsäule (LWS) verletzt. Im Durchgangsarztbericht vom 30. September 1999 berichtete der Arzt für Chirurgie G. über multiple Prellungen, den Verdacht auf Absplitterung im Bereich des Processus (Proc.) coronoideus rechtes Ellenbogengelenk, über eine distale Radiusfraktur rechts sowie über einen hochgradigen Verdacht auf begleitende Scaphoidfraktur. Die Röntgendiagnostik habe u.a. eine AC-Gelenksarthrose an der rechten Schulter, Sklerosierungen an der Unterseite des Schulterdachs (sämtliche unfallunabhängig im Sinne einer Arthrose), im Bereich des rechten Handgelenks eine alte Absplitterung an der Spitze des Proc. styloideus sowie eine Radiocarpalgelenksarthrose bei ansonsten im Wesentlichen unauffälligem Befund ergeben. Im Bereich der LWS seien keine Frakturen, aber degenerative Veränderungen sowie eine Hyperlordose mit Fehlstatik erkennbar.

Im Krankheitsbericht vom 20. Oktober 1999 wurde ein im Wesentlichen gleich bleibender Befund mitgeteilt; unter dem 6. Dezember 1999 berichtete der Chirurg G. über noch bestehende Restbeschwerden bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit. Er gehe davon aus, dass eine rentenberechtigende Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nicht verbleiben werde.

Die Beklagte holte die schriftliche Zeugenauskunft des Mitarbeiters W. K. vom 8. Dezember 1999 ein, der den vom Kläger geschilderten Unfallhergang bestätigte.

Unter dem 18. Januar 2000 teilte der Chirurg Dr. T. mit, der Kläger sei nicht mehr arbeitsunfähig, Dr. G. bestätigte den Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit ab 24. Januar 2000 und schätzte die MdE mit 10 v.H. ein (Mitteilung vom 25. Januar 2000).

In seinem der Beklagten nachrichtlich übersandten Arztbrief vom 18. Februar 2000 beschrieb der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. M. ein elektroneurographisch nachgewiesenes manifestes posttraumatisches Carpaltunnelsyndrom rechts.

Im Auftrag der Beklagten erstellte der Facharzt für Chirurgie Dr. S. am 13. April 2000 das erste Rentengutachten. Dieser beschrieb als wesentliche Unfallfolgen eine knöchern in achsengerechter Stellung konsolidierte distale Radiusfraktur rechts, eine knöchern in achsengerechter Stellung konsolidierte Fissur des Os naviculare rechts, ein posttraumatisches Carpaltunnelsyndrom rechts mit Hypästhesie im Ausbreitungsgebiet des Nervus medianus sowie eine geringgradige Bewegungseinschränkung des rechten Handgelenks. Es bestehe

darüber hinaus eine deutlich depressive Grundstimmung. Der Kläger klagt über vielfältige Beschwerden im Bereich der oberen Extremität, die er alle auf den Unfall zurückführe. Es bestehe eine Somatisierungstendenz. Die MdE belaufe sich auf 10 v.H. für die Zeit vom 24. Januar bis 7. April 2000, danach auf unter 10 v.H. Eine neurologische Zusatzbegutachtung wegen des Carpal tunnel syndroms sei notwendig. Unfallunabhängig lägen eine Cervicobrachialgie rechts mit Wurzelirritation C 7 und eine damit wahrscheinlich zusammenhängende Epicondylopathie humeri radialis rechts und links, radiologisch deutliche Verschleißerscheinungen im Bereich beider Ellenbogengelenke, links mehr als rechts, eine beginnende radiocarpale Arthrose rechts und ein Zustand nach Beinverletzung mit nachfolgender tiefer Beinvenenthrombose 1981 vor. Eine Fraktur des Proc. coronoideus müsse im nach-hinein als unwahrscheinlich angesehen werden. Eine Fraktur könne auf den Unfallbildern nicht erkannt werden. Auf der Gegenseite lägen ähnliche Veränderungen vor. Es bestünden deutliche Verschleißerscheinungen, die durch den Unfall vorübergehend aktiviert worden sein könnten. Jedoch habe man bereits auf den Röntgenaufnahmen am Unfalltag rechts Zeichen einer radiocarpalen Arthrose sehen können. Ebenfalls unfallunabhängig liege eine Abgliederung eines Knochenanteils im Bereich der Spitze des Proc. styloideus radii nach vorangegangener alter Verletzung vor.

Ein neurologisches Gutachten erstellt am 11. Januar 2001 der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. M ... Dieser stellte auf neurologischem Fachgebiet lediglich subjektive Beschwerden mit geringer Druckempfindlichkeit des Carpal tunnel rechts, verbunden mit geringen Missempfindungen im Bereich der radialen 3 1/2 Finger fest, wobei keine Muskelatrophien im Bereich der oberen Extremitäten vorlägen. Die subjektiven sensiblen Reizerscheinungen könnten noch Reste eines abklingenden posttraumatischen Carpal tunnel syndroms sein. Gehe man davon aus, sei für das erste halbe Jahr nach dem Unfall von einer MdE um 20 v.H., danach bis 30. Juni 2000 um 15 v.H. auszugehen, dann um 10 v.H. bis zum Untersuchungstag am 19. Oktober 2000 und danach um unter 10 v.H.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 17. Januar 2001 führte Dr. S. aus, die Gesamt-MdE belaufe sich auf 20 v.H. vom 24. Januar bis 31. März 2000, danach bis 30. Juni 2000 auf 15 v.H., bis 18. Oktober 2000 auf 10 v.H. und seitdem auf unter 10 v.H., da sich die Unfallfolgen auf unfallchirurgischem und neurologischem Fachgebiet teilweise überschneiden würden.

Mit Bescheid vom 15. März 2001 bewilligte die Beklagte entsprechend dem Vorschlag des Dr. S. Verletztenrente ab 24. Januar bis 31. März 2000 nach einer MdE um 20 v.H., vom 1. April bis 30. Juni 2000 nach einer MdE um 15 v.H. und vom 1. Juli bis 18. Oktober 2000 nach einer MdE um 10 v.H. Anspruch auf Verletztenrente darüber hinaus bestehe nicht, da keine rentenberechtigende MdE mehr vorliege. Als Unfallfolgen im Bereich des rechten Arms wurden anerkannt: Geringgradige Bewegungseinschränkung des Handgelenks nach knöchern fest verheilte distaler Radiusfraktur; knöchern fest verheilte Fissur des Os naviculare; Beschwerden im Bereich des Handgelenks sowie im Bereich der Ellenbogengelenke sowie ein posttraumatisches Carpal tunnel syndrom mit Hypästhesie im Ausbreitungsgebiet des Nervus medianus. Nicht als Unfallfolgen wurden anerkannt: Druckschmerz im Bereich beider Ellenbogengelenke über dem Epicondylus humeri radialis, Abgliederung eines Knochenfragments an der Spitze des Processus styloideus radii rechts; radiocarpale Arthrose im rechten Handgelenk; Olecranonspornbildung im Bereich des Ellenbogengelenks links; Verschleißerscheinungen im Bereich beider Ellenbogengelenke; Osteochondrose in den Halswirbelkörpern C 6/7 mit ventraler Spondylose; Chondrose im Bereich der Halswirbelkörper C 3/4 mit Spondylarthrose, beginnende Stenosen der Foramina sowie die Folgen der Unfälle vom 30. Januar 1981 und 24. Juli 1985.

Dagegen erhob der Kläger Widerspruch, der nicht begründet und mit Widerspruchsbescheid vom 13. Juli 2001 zurückgewiesen wurde.

Dagegen erhob der Kläger am 7. August 2001 Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG), die er damit begründete, dass über den 31. März 2000 hinaus erhebliche Verletzungsfolgen verblieben seien. Die Beklagte legte den Befundbericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. vom 17. August 2001 vor. Darin kam Prof. Dr. S. bei der Auswertung von Röntgenaufnahmen des rechten und linken Handgelenks des Klägers aus dem Jahr 2000 zum Schluss, dass als Ursache für die Radiokarpalgelenksarthrose die distale Radiusfraktur vom 30. September 1999 nahezu auszuschließen sei, da solche ausgeprägten radiologischen Veränderungen nur über einen Zeitraum von mehreren Jahren entstünden. Des Weiteren sei durch die bestehende Radiokarpalgelenksarthrose links davon auszugehen, dass vor dem Unfall rechts ebenfalls eine erhebliche Radiokarpalgelenksarthrose bestanden habe. Der Kläger legte die "gutachterliche Stellungnahme" des Internisten M. vom 22. Oktober 2001 vor, der "schwere Abnutzungserscheinungen rechtes Handgelenk nach adäquatem Trauma mit Speichenfraktur rechts gelenksnah, Carpal tunnel syndrom rechts posttraumatisch mit Aufflackern unter körperlicher Belastung, Schulter-Arm-Syndrom als Schädigungsfolge durch doppeltes Schleuder-Trauma der Halswirbelsäule, Bandscheibenvorfall HWK 6 median mit sensibler Nervensymptomatik rechts stärker als links sowie nervliche und psychische Zerrüttung" als unfallabhängige Schädigungen formulierte.

Das SG beauftragte PD Dr. Dr. S. mit der Erstellung eines fachärztlichen Gutachtens. In diesem (datierend vom 21. Februar 2002; ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 20. Januar 2003) führte PD Dr. Dr. S. aus, eine bestehende erhebliche Funktionseinschränkung des rechten Handgelenks sei als Unfallfolge mit einer MdE um 10 v.H. zu bewerten. Allerdings könne erst mit Hilfe einer Arthroskopie das pathologisch/morphologische Substrat nachgewiesen werden. Der Kläger legte hierzu die "gutachterliche Stellungnahme" des Internisten M. vom 11. April 2002 vor. Das SG zog weitere ärztliche Unterlagen, u.a. das orthopädische Gutachten des Prof. Dr. W. vom 28. März 2001, erstellt für die private Unfallversicherung des Klägers, bei. Prof. Dr. W. führte darin u.a. aus, der Kläger habe am 30. September 1999 lediglich eine Fissur des rechten Speichengriffels erlitten, die unter konservativer Therapie folgenlos ausgeheilt sei. Die vom Kläger geschilderten Beschwerden seien auf unfallunabhängige degenerative Veränderungen zurückzuführen.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstellt am 10. Juli 2003 (mit ergänzender gutachterlicher Stellungnahme vom 20. Dezember 2003) Dr. L.-B., Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, ein fachärztliches Gutachten. Dieser führte zusammenfassend aus, dass der Kläger am 30. September 1999 einen gelenknahen Bruch der rechten Speiche erlitten habe. Dieser Bruch sei zwar in normaler Weise ausgeheilt, habe aber die Gelenkmechanik des Handgelenks negativ beeinflusst und eine bereits vorbestehende Arthrose richtunggebend aktiviert. Im Rahmen dieser Aktivierung habe auch die Arthrose des Daumengrundgelenks eine richtunggebende Verschlechterung erfahren. Der Kläger habe unfallbedingt auch ein traumatisches Carpal tunnel engpasssyndrom erlitten, dessen strukturelle Folgen zwar ausgeheilt seien, das aber wegen der Schwellungen, die durch die aktivierte Arthrose hervorgerufen worden seien, eine Neigung zu Funktionsstörungen im Carpal tunnel nach sich gezogen habe. Er habe sich weiter die Haltestrukturen beider Ellenbogen gezerrt und die Schultern geprellt. Der Sturz habe auch zu einer Zerrung der unteren HWS und unteren LWS geführt. Die unfallbedingten Verletzungen der Ellenbogen, Schultern und Wirbelsäule seien spätestens innerhalb weniger Wochen ausgeheilt gewesen. Die richtunggebende Verschlimmerung der Arthrose im Bereich der rechten Hand und das Carpal tunnel syndrom seien ab 1. Juli 2000 dauerhaft mit einer MdE um 15 v.H. zu bewerten.

Daraufhin legte die Beklagte das handchirurgische Zusammenhangsgutachten nach Aktenlage des Prof. Dr. G., Chefarzt der Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L., vom 29. Oktober 2003 vor. Dieser kam zusammenfassend zum Schluss, durch die Folgen der distalen Radiusfraktur und der Gipsruhigstellung über neun Wochen sei es lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens gekommen. Eine unfallbedingte MdE liege ab 10. Oktober 2000 nicht mehr vor. Dr. L.-B. habe die von ihm behauptete richtunggebende Verschlimmerung nicht hinreichend begründet.

Der Kläger legte u.a. das Gutachten des Oberarztes Dr. K., Klinik für Traumatologie am Universitätsklinikum F., vom 18. März 2003 für seine private Unfallversicherung vor. Dieser sah die körperliche Leistungsfähigkeit des Klägers durch unfallbedingte Veränderungen des rechten Handgelenks um 10% gemindert.

Durch Urteil vom 27. Januar 2004 verurteilte das SG die Beklagte unter Abänderung der angefochtenen Bescheide, als weitere Unfallfolge eine Verschlimmerung der vorbestehenden Handgelenksarthrose festzustellen und dem Kläger Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. vom 1. April bis 30. Juni 2000, nach einer MdE um 15 v.H. vom 1. Juli bis 18. Oktober 2000 und nach einer MdE um 10 v.H. ab 19. Oktober 2000 auf Dauer zu gewähren, gestützt im Wesentlichen auf die Gutachten des PD Dr. Dr. S. und Dr. L.-B. ...

Gegen das der Beklagten am 12. Februar 2004 zugestellte Urteil hat diese am 8. März 2004 Berufung, der Kläger am 27. April 2004 Anschlussberufung eingelegt.

Die Beklagte stützt sich zur Begründung der Berufung auf die Stellungnahme des Prof. Dr. W. vom 17. März 2004, der weitere Ermittlungen zum Zustand des Handgelenks vor dem Unfall anregt.

Die Beklagte beantragt, sinngemäß gefasst,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 27. Januar 2004 aufzuheben sowie die Anschlussberufung zurückzuweisen und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt, sinngemäß gefasst,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 27. Januar 2004 abzuändern, als Unfallfolge die Verschlimmerung einer vorbestehenden Handgelenksarthrose festzustellen und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Unfallfolgen Verletztenrente ab 19. Oktober 2000 nach einer MdE um 15 v.H. zu gewähren sowie die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Er beruft sich zur Begründung auf das Gutachten des Dr. L.-B., der eine entsprechende MdE vorgeschlagen habe.

Das Gericht hat den Facharzt für Orthopädie OA Dr. J., S. V.-Kliniken K., mit der Erstellung eines fachorthopädischen Gutachtens beauftragt. In seinem Gutachten vom 19. November 2004 führt er als Gesundheitsstörungen einen leichten Reizzustand am inneren und äußeren Oberarmknorren rechts, Bewegungseinschränkungen rechtes Handgelenk und rechtes Daumensattelgelenk, eine Narbe über der stammfernen speichenseitigen Speiche rechts sowie Veränderungen im Röntgenbild auf. Angesichts der unstrittig bestehenden degenerativen Vorschädigung am rechten Handgelenk könne nicht davon ausgegangen werden (auch wenn der Kläger gegenteilige Angaben mache), dass vor dem Unfall Beschwerdefreiheit im Bereich des rechten Handgelenks bestanden habe. Die Arthrose sei nicht durch die Folge des Arbeitsunfalls vom 30. September 1999 verursacht worden, da der stammferne Speichenbruch rechts in anatomischer Stellung ohne Gelenkstufenbildung ausgeheilt sei. Sie sei vielmehr nach der Abmeißelung eines Knochenfortsatzes am Griffelfortsatz der rechten Speiche im Jahr 1970 entstanden, wofür die degenerativen Veränderungen in den Röntgenaufnahmen sprechen würden. Deshalb hätten mehrere Bedingungen gemeinsam zum Erfolg geführt. Dem Vorschaden komme hierbei allerdings eine überwiegende Bedeutung zu. Er sehe die vorbestehende Handgelenksarthrose rechts als allein wesentliche Bedingung und damit als Ursache an. Die lange Ruhigstellung des degenerativ veränderten rechten Handgelenks habe den Behandlungsverlauf deutlich verzögert (12 Monate). Für diesen Zeitraum gehe er von einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorschadens aus. Die unfallbedingte MdE werde daher für die Zeit vom 24. Januar bis 29. März 2000 mit 10 v.H., danach mit unter 10 v.H. eingeschätzt. Der weitere Krankheitsverlauf sei typisch für die vorliegende unfallunabhängige Handgelenksarthrose rechts und damit schicksalhaft.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) hat am 2. Juli 2005 Dr. K., Facharzt für Orthopädie, ein fachorthopädisches Gutachten erstellt. Dieser hat ausgeführt, dass sich an Unfallfolgen eine Bewegungseinschränkung im Bereich des rechten Handgelenks für die handrücken- und hohlhandwärtige Bewegungsrichtung sowie für die ellen- und speichenwärtige Bewegungsrichtung von insgesamt 55° in allen Bewegungsrichtungen, röntgenologische Veränderungen im Bereich des Speichengriffelfortsatzes im Sinne einer vollständig knöchernen Durchbauung der Bruchlinie sowie die vollständige Abheilung eines posttraumatischen Carpaltunnelsyndroms finden lasse. Die MdE werde wegen des den Heilungsverlauf komplizierenden Carpaltunnelsyndroms vom 24. Januar bis 24. Juli 2000 auf 20 v.H. sowie ab 25. Juli 2000 auf 10 v.H. auf Dauer geschätzt. Soweit in den bisherigen Gutachten arthrotische Veränderungen in den Handgelenken betont worden seien, lägen faktisch jedoch nur leichtgradige röntgenologische Veränderungen beider Handgelenke im Sinne einer vermehrten Sklerosierung der Speichengelenkfläche vor. Es fehlten alle Zeichen einer manifesten Arthrose mit spitzzipfligen Ausziehungen der Gelenkflächen, Zystenbildungen oder Ähnlichem. Insofern erübrige sich die Diskussion einer richtunggebenden Verschlimmerung eines vorbestehenden (degenerativen) Zustands. Bei den Veränderungen an der Spitze des Speichengriffelfortsatzes handle es sich, da ein Unfall als Grund für den operativen Eingriff in den 70er Jahren nicht bekannt sei, wohl um Reste eines akzessorischen Handwurzelknochens, der damals angegangen, aber nicht vollständig entfernt worden sei. Diese Reste seien aber weder von Einfluss auf das Heilverfahren gewesen noch auf die aktuell bestehende Schmerzsymptomatik. Im Übrigen sei auch der Unfallablauf nicht geeignet, eine Kahnbeinfraktur zu verursachen, sodass diese Diagnose aus der Liste der anerkannten Unfallfolgen zu streichen sei. Es sei nicht nachvollziehbar, wenn Prof. Dr. W. behauptete, der Kläger habe einen alten handgelenksnahen Speichenbruch erlitten, für den aber jeder Nachweis fehle.

Dr. J. hat auf Aufforderung des Gerichts die ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 29. August 2005 abgegeben. Darin hat er an seiner Auffassung festgehalten, insbesondere, dass vor dem Unfall eine relevante Handgelenksarthrose rechts vorgelegen habe.

Das Gericht hat schließlich Prof. Dr. L., Leiter der Sektion für Schulter und Ellenbogenchirurgie, Orthopädische Universitätsklinik H.,

Abteilung Orthopädie I, mit der Erstellung eines fachorthopädischen Zusammenhangsgutachtens beauftragt. Unter dem 13. Juni 2006 hat dieser zusammenfassend ausgeführt, dass die beim Kläger noch bestehenden Beschwerden im Bereich des rechten Handgelenks nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall vom 30. September 1999 zurückzuführen seien. Dagegen spreche, dass nach Auswertung aller Informationen zum Unfallzeitpunkt bereits eine beginnende Arthrose im speichenseitigen Handgelenk bestanden habe, deren spontaner Verlauf zumindest röntgenologisch durch die unverschobene Fraktur des körperfernen Speichenendes nicht beeinflusst worden sei. Auch eine richtunggebende Verschlimmerung sei durch den Sturz nicht eingetreten, da die objektivierbaren Veränderungen zwischen 1999 und 2005 sehr diskret seien und dem natürlichen Verlauf einer Handgelenksarthrose entsprechen würden. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe bis 24. Januar 2000 bestanden, die danach noch bestehenden Beschwerden seien wahrscheinlich durch das posttraumatische Carpal-tunnelsyndrom ausgelöst, das bei einer Untersuchung am 10. Januar 2001 elektrophysiologisch nicht mehr nachzuweisen gewesen sei. Die unfallbedingte MdE habe sich daher bis 30. März 2000 auf 20 v.H., anschließend bis 30. September 2000 auf 10 v.H. belaufen. Danach betrage die unfallbedingte MdE unter 10 v.H., da die Funktionsstörungen im Bereich des rechten Handgelenks überwiegend auf die unfallunabhängige Arthrose zurückzuführen seien.

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

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat hat über die Berufung und Anschlussberufung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entschieden, da sich die Beteiligten mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung der Beklagten ist teilweise begründet, die Anschlussberufung des Klägers in vollem Umfang unbegründet. Dem Kläger steht wegen des Arbeitsunfalls vom 30. September 1999 Verletztenrente nur bis 30. September 2000 zu.

Gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 SGB VII](#)).

Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vohundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente, wobei die Folgen eines Versicherungsfalles nur zu berücksichtigen sind, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um mindestens 10 v.H. mindern ([§ 56 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB VII](#)). Dabei richtet sich die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)), d.h. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ([BSGE 1, 174, 178](#); BSG [SozR 2200 § 581 Nr. 22](#)). Als Folge eines Unfalls sind Gesundheitsstörungen allerdings nur zu berücksichtigen, wenn das Unfallereignis wie auch das Vorliegen der konkreten Beeinträchtigung bzw. Gesundheitsstörung jeweils bewiesen und die Beeinträchtigung mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen ist. Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, welcher nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit ausreicht ([BSGE 58, 80, 82](#); [61, 127, 129](#); BSG, Urt. v. 27. Juni 2000 - [B 2 U 29/99 R](#) - m.w.N.). Hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann ([BSGE 45, 285, 286](#)). Kommen mehrere Ursachen in Betracht, so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. [BSGE 63, 277, 278](#)). Daran fehlt es, wenn die Krankheitsanlage so leicht ansprechbar gewesen ist, dass die Auslösung akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte (vgl. [BSGE 62, 220, 222](#); BSG, Urt. v. 2. Mai 2001 - [B 2 U 18/00 R](#) -, in: HVBG-Info 2001, 1713). Lässt sich ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten (vgl. [BSGE 6, 70, 72](#); BSG [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#) S. 33).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze schließt sich der Senat der Beurteilung durch Prof. Dr. L. in seinem Gutachten vom 13. Juni 2006 in vollem Umfang an. Beim Kläger bestand bereits vor dem Unfall im rechten Handgelenk eine Arthrose, die durch den Unfall daher weder verursacht, noch richtunggebend verschlimmert worden ist.

Prof. Dr. L. hat in seinem Gutachten unter sorgfältiger Auswertung aller ihm vorliegenden ärztlichen Unterlagen, Röntgen- und MRT-Aufnahmen, insbesondere der Röntgenaufnahmen vom Unfalltag, schlüssig dargelegt, dass beim Kläger bereits im Unfallzeitpunkt im Bereich des rechten Handgelenks am speichenseitigen Ende eine etwa erbsengroße unregelmäßig begrenzte Verknöcherung des seitlichen Bandapparates mit abgegrenzten Rändern vorgelegen hat, die keiner frischen knöchernen Verletzung entsprechen hat. Auch im Bereich des rechten Ellbogens war in der seitlichen Projektion eine spitzzipfelige Ausziehung im Bereich des Kronenfortsatzes am körpernahen Ellen-ende ohne einen eindeutigen Frakturachweis zu erkennen, was auch auf der Aufnahme vom 8. April 2000 noch zu erkennen war. Insbesondere kann auf diesen Aufnahmen eine etwa in Fehlstellung oder Verformung verheilte knöcherne Verletzung ausgeschlossen werden. Die Röntgenaufnahmen vom 13. Juni 2005, also beinahe 6 Jahre nach dem Unfall, zeigen im Bereich des rechten Handgelenk weitgehend identische Verhältnisse, verglichen mit den Voraufnahmen.

Beim Kläger bestand daher bereits im Unfallzeitpunkt eine Arthrose mit Verformung des körperfernen Speichenendes, mit einer

Verknöcherung am Griffelfortsatz des Radius und Konturunregelmäßigkeiten sowie Verdichtungen im Bereich der Gelenkflächen. Insofern ist der Auffassung von Dr. K., der vorbestehende arthrotische Veränderungen verneinte, nicht zu folgen. Soweit Dr. K. in seinem Gutachten vom 2. Juli 2005 ausgeführt hat, dass zwar unfallnah auf den Röntgenaufnahmen eine vermehrte Sklerosierung der Speichengelenkfläche zu finden gewesen sei, darüber hinaus jedoch alle Zeichen einer Arthrose mit spitzzipfligen Ausziehungen der Gelenkflächen, Zystenbildungen oder ähnlichem vollständig fehlten und er deshalb eine vorbestehende Arthrose ablehnt, konnte sich der Senat davon nicht überzeugen. Diese Beurteilung steht in Widerspruch zur Befundung der Röntgenaufnahmen durch alle zuvor und danach mit dem Zustand des rechten Handgelenks des Klägers befassten Ärzte (Prof. Dr. L., Dr. J., PD Dr. Dr. S. und Dr. L.-B.) und letztlich auch zu den Feststellungen des Dr. K. in seiner beschreibenden Anamnese selbst. Denn die von ihm beschriebene Sklerosierung der Speichengelenkfläche sowie auch die Höhenminderung des radiokarpalen Handgelenksspalts sind als typische Zeichen einer - leichten - Arthrose zu werten, auch wenn Dr. K. diese im Ergebnis anders bezeichnet.

Wie bereits Dr. J., abweichend von den Bewertungen durch Dr. S. im Verwaltungsverfahren, Dr. L.-B. und PD Dr. Dr. S. im erstinstanzlichen Verfahren sowie Dr. K. im Rechtsstreit des Klägers gegen die private Unfallversicherung, dessen Gutachten im Wege des Urkundenbeweises verwertet wird, ausgeführt haben, hat sich die vorbestehende Arthrose des Klägers im rechten Handgelenk durch das angeschuldigte Unfallereignis auch nicht richtunggebend verschlimmert. Dagegen spricht bereits die radiologische Verlaufsbeobachtung, die allenfalls eine diskrete Zunahme der arthrotischen Veränderungen erkennen lässt, die jedoch lediglich dem natürlichen Verlauf einer Handgelenksarthrose entspricht. Aber auch physiologisch wäre eine richtunggebende Verschlimmerung nicht erklärbar, da der Bruchspalt die Gelenkfläche des körperfernen Speichenendes nicht erreicht hatte und es daher nicht zu einer Beeinträchtigung der Kinematik und der Biomechanik des Handgelenks durch den Bruch gekommen war. Verletzungsfolgen im Bereich des Kahnbeins waren nicht mehr feststellbar.

Mit seiner Beurteilung stimmt Prof. Dr. L. mit der Beurteilung durch Prof. Dr. G. vom 29. Oktober 2003 und im Wesentlichen auch mit den Einschätzungen von Dr. S. in seinem Gutachten vom 13. April 2000 überein. Soweit Dr. S. noch eine Fissur des Os naviculare rechts angenommen hat, hat Prof. Dr. L. in Übereinstimmung mit PD Dr. Dr. S. (Gutachten vom 21. Februar 2002) ausgeführt, dass sich eine solche Fissur nicht mit Wahrscheinlichkeit den Röntgenaufnahmen entnehmen lässt.

Soweit Prof. Dr. W. in seinem Gutachten vom 28. März 2001 und PD Dr. S. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. Januar 2003 eine alte, nicht verheilte Abrissfraktur bzw. einen alten handgelenksnahen Speichenbruch als Ursache der knöchernen Veränderungen am Speichengriffelfortsatz annahm, lagen diesen zum Zeitpunkt der Begutachtungen keine Informationen über die 1970 durchgeführte Voroperation am rechten Handgelenk vor, so dass deren Ursachenbeurteilung offensichtlich auf einem nur unzureichenden Wissensstand erfolgen konnte. Sie ist daher nicht geeignet, die Beurteilung von Prof. Dr. L. in Zweifel zu ziehen.

Soweit Dr. L.-B. in seinem Gutachten vom 10. Juli 2003 zur Auffassung gekommen war, dass es durch den gelenknahen Bruch der rechten Speiche zu einer richtunggebenden Verschlimmerung einer bereits vorbestehenden Handgelenksarthrose und einer Arthrose des Grundgelenks des Daumens gekommen sei, weist Prof. Dr. L. zutreffend darauf hin, dass eine ungewöhnliche Zunahme der Handgelenksarthrose gerade nicht festzustellen ist. Auch führte eine unfallbedingte Bruchlinienbildung am körperfernen Speichenende nicht zu einer Formveränderung des Handgelenks. Auch eine Arthrose im Grundgelenk des Daumens über alterstypische Veränderungen hinaus ist nicht festzustellen. Vielmehr sind, worauf Dr. L.-B. in seinem Gutachten selbst abstellt, die Veränderungen der Weichteile im Daumengrundgelenksbereich als verkalkte Narben anzusehen und damit Folgen der Operation im Jahr 1970 und durch arthrotische Veränderungen aufgrund von Überlastungsschäden nicht allein erklärbar.

Zusammenfassend ist also davon auszugehen, dass durch den Unfall eine unverschobene Spaltbildung am körperfernen Speichenende ohne Beteiligung der Gelenkfläche entstanden ist und bereits im Unfallzeitpunkt ein radiologisch nachweisbarer Vorschaden im Bereich des rechten Handgelenks als Folge einer Operation im Jahr 1970 bestanden hat. Weder zum Unfallzeitpunkt noch im weiteren Verlauf konnten knöcherne Verletzungen im Bereich des rechten Kahnbeins und des rechten Ellbogengelenks festgestellt werden. Im Heilungsverlauf kam es komplizierend, wohl durch die lange Gipsruhigstellung des Handgelenks, zu einem vorübergehenden, posttraumatischen Karpaltunnelsyndrom, das sich im Verlauf jedoch vollständig zurückbildete.

Die von Prof. Dr. L. vorgeschlagene MdE um 10 v.H. ab 1. April 2000 und ab 1. Oktober 2000 von weniger als 10 v.H. trägt den damals bestandenen Beschwerden des Klägers ausreichend Rechnung. Denn berücksichtigt man die aktenkundigen, ab Juli 2000 vielfach beschriebenen Handgelenksbeweglichkeiten rechts nach der Neutral-Null-Methode (handrücken-hohlhandwärts: 13. April 2000: 45-0-40; 16. Oktober 2000: 45-0-40; 26. März 2001: 30-0-30; 21. Februar 2002: 50-0-50; November 2002: 35-0-20; 19. Mai 2003: 50-0-60; 19. November 2004: 40-0-60; speichen-ellenwärts: 13. April 2000: 30-0-5; 16. Oktober 2000: 20-0-30; 26. März 2001: 20-0-30; 21. Februar 2002: 20-0-25; November 2002: 20-0-15; 19. Mai 2003: 20-0-30; 19. November 2004: 15-0-40) rechtfertigen diese, berücksichtigt man, dass auch diese Funktionsstörungen überwiegend auf die unfallunabhängige Handgelenksarthrose zurückzuführen sind, nach den anerkannten Grundsätzen der unfallmedizinischen Begutachtung, wonach erst für einen Speichenbruch mit Achsenabknickung und Einschränkung der Handgelenksbewegungen um insgesamt 40 Grad eine MdE um 10 v.H. angemessen ist und erst ein Speichenbruch mit erheblicher Achsenabknickung und Einschränkung der Handgelenksbewegungen um insgesamt 80 Grad eine MdE um 20 bis 30 v.H. rechtfertigt, keine MdE von wenigstens 10 v.H. für die Unfallfolgen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage 2003 S. 622).

Die nunmehr noch bestehenden Beschwerden im rechten Handgelenk sind auf den spontanen, normalen Verlauf der vorbestehenden Handgelenksarthrose zurückzuführen. Unfallfolgen in rentenberechtigendem Ausmaß bestehen ab 1. Oktober 2000 daher nicht mehr.

Deshalb war die Erwerbsfähigkeit des Klägers nur vorübergehend bis 30. März 2000 um 20 v.H., dann ab 1. April bis 30. September 2000 um 10 v.H., bedingt durch das posttraumatische Karpaltunnelsyndrom, gemindert.

Soweit der Kläger im Wege der Anschlussberufung Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. begehrt, war dem Begehren daher schon wegen fehlender haftungsausfüllender Kausalität zwischen Unfallereignis und den bestehenden Beschwerden kein Erfolg beschieden.

Deshalb war der Berufung der Beklagten teilweise stattzugeben und die Anschlussberufung des Klägers in vollem Umfang zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-02-12