

L 9 U 5554/05

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 9 U 1355/04
Datum
17.11.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 5554/05
Datum
11.12.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 17. November 2005 abgeändert. Als Folge des Arbeitsunfalles vom 30. Dezember 1999 wird ein Zustand nach operativer Behandlung eines Carpal-tunnelsyndroms rechts festgestellt.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen und die Berufung des Klägers zurückgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger 1/4 seiner außergerichtlichen Kosten in beiden Rechtszügen zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob eine Abspregung an der Basis des Mittelhandknochens (Metacarpale) II und ein Carpal-tunnel-Syndrom (CTS) als Unfallfolgen festzustellen sind und der Kläger einen Anspruch auf Verletztenrente für die Zeit vom 14. Januar 2000 bis 31. Oktober 2002 hat.

Der 1960 geborene Kläger rutschte am 30. Dezember 1999 um etwa 14.15 Uhr bei seiner Tätigkeit als Lagerarbeiter aus, kam zu Fall und schlug dabei mit der rechten Hand an ein Regal. Bis etwa 15.00 Uhr arbeitete er weiter. Nach dem Jahreswechsel nahm er am Montag, dem 03. Januar 2000, erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch und war dann bis 14. Januar 2000 arbeitsunfähig.

Der am 03. Januar 2000 zunächst aufgesuchte Allgemeinarzt Dr. S. notierte eine Quetschung der rechten Hand mit einer voraussichtlichen Arbeitsunfähigkeit bis 14. Januar 2000 und überwies den Kläger an das Kreiskrankenhaus (KKH) Plochingen (Bericht vom 05. Juli 2002). Gemäß dem Durchgangsarztbericht (DAB) vom 03. Januar 2000 des KKH Plochingen (Befund: "Handrücken leichte Schwellung sowie leichter Druckschmerz über der proximalen Metacarpale 2-5, distale Durchblutung, Motorik und Sensibilität intakt, keine offene Verletzung, kein Hämatom") ergab die Röntgenuntersuchung der rechten Hand in zwei Ebenen keinen Hinweis für eine knöcherne Verletzung. Die Diagnose lautete "Prellung rechter Handrücken". Eine Arbeitsunfähigkeit über drei Tage bestehe nicht. Am 11. Januar 2000 erhob der Facharzt für Chirurgie Dr. B. u. a. eine diffuse leichte Schwellung am rechten Handrücken vorwiegend über Metacarpale 4 und 5 und diagnostizierte eine Prellung der rechten Mittelhand (Bericht vom 12. Januar 2000). Seine Nachuntersuchung vom 14. Februar 2000 ergab weiterhin geringe Belastungsschmerzen und eine Schwellneigung des Handrückens rechts, die Röntgenuntersuchung erbrachte weiter keinen Hinweis auf eine knöcherne Verletzung. Es bestehe ein Zustand nach Quetschung der Weichteile des Handrückens (Bericht vom 17. Februar 2000). Am 13. April 2000 schätzte er, nachdem der Kläger nicht mehr erschienen war, die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) auf unter 20 v.H.

Eine neurologische Untersuchung durch Dr. P. vom 02. Mai 2000 ergab bei geklagten ziehenden Beschwerden im Bereich des rechten Armes keinen Anhalt für ein manifestes CTS rechts oder für eine manifeste Radialisläsion. Am 22. Mai 2000 berichtete Dr. B., eine Röntgenuntersuchung vom 17. April 2000 (Dr. Hörr) habe keinen pathologischen Befund der rechten Hand ergeben. Nächtens bestünden Dys- und Hypästhesien am 3. und 4. Finger. Er diagnostizierte am 16. Mai 2000 ein posttraumatisches sensibles CTS und verordnete dem Kläger zur nächtlichen Ruhigstellung eine dorsale Unterarmcastschiene. Unter dem 26. Juli 2000 diagnostizierte Dr. S. eine Prellung des rechten Handrückens, jetzt mit Sensibilitätsstörung, Minderung der groben Kraft und weiterhin erheblicher Schwellneigung.

Dr. B., der den Kläger nach weiteren Behandlungen am 26. Juni und am 10. Juli am 30. August 2000 aus der ambulanten bg-lichen Behandlung entließ und die MdE auf unter 20 v.H. schätzte (Mitteilung vom 07. Oktober 2000), erhob gemäß seinem Bericht vom 13. Oktober 2000 bei einer erneuten Vorstellung eine livide Verfärbung beim Hängenlassen der Hand, am Handrücken ein Ödem sowie einen kompletten, aber erschwerten Faustschluss bei "abgeklungenem posttraumatischem CTS" und diagnostizierte eine Algodystrophie der rechten Hand nach Prellung und Distorsion. Er behandelte den Kläger daraufhin im Dezember 2000/Januar 2001 mit einer Injektionsserie,

die am 19. Januar 2001 abgeschlossen wurde. Bei einer Untersuchung in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen vom 23. Januar 2001 ergab gemäß dem Bericht von Univ.-Prof. Dr. Sch. vom 05. Februar 2001 die Röntgenuntersuchung der rechten Hand in zwei Ebenen keine knöcherne Läsion. Es zeigte sich an der rechten Hand keine Schwellung, bei freier Fingerbeweglichkeit und seitengleich kräftig ausgebildeter Unterarmmuskulatur. Die jetzt zeitweilig auftretenden Beschwerden im Handgelenk rechts seien nicht mehr dem Unfall anzulasten und die schmerzhaften Sensationen nicht nachzuvollziehen sowie bei kräftiger Handflächenbeschwellung und Unterarmmuskulatur auch nicht objektivierbar. Arbeitsfähigkeit trat zum 10. Februar 2001 wieder ein. Dr. B. schätzte die MdE weiterhin unter 20 vH ein (K-10 Bericht vom 23. April 2001). Am 06. März 2001 fand die Betriebsärztin Dr. L. bei einer Vorstellung des Klägers eine Schwellung des rechten Handrückens mit leichter livider Verfärbung der Haut. Die Schwellung habe nach fünf Stunden Arbeit etwas zugenommen.

Untersuchungen im KKH Nürtingen am 28. März und 6. April 2001 ergaben gemäß dem Bericht der Chefärztin der Abteilung für Hand- und Plastische Chirurgie Dr. L. vom 09. April 2001 bei persistierenden Schmerzen und Kraftlosigkeit der rechten Hand einen Verdacht auf einen Morbus Sudeck. Am 28. März 2001 war der Handrücken rechts etwas geschwollen. Ansonsten bestanden keine weiteren Blutumlaufstörungen. Eine neurologische Untersuchung habe keinen Anhalt für eine Nervenkompression ergeben. Röntgenuntersuchungen hätten keine alte Fraktur ergeben, beidseits jedoch eine beginnende Radiocarpalarthrose.

Dr. W., Chefarzt der Abteilung für Anästhesie des KKH Nürtingen, äußerte am 18. April 2001 einen Verdacht auf Sympathische Reflexdystrophie der rechten Hand. Es finde sich ein leichtes Ödem des rechten Handrückens, die Hand sei kalt und feucht. Der Kläger berichte über eine Dysästhesie. Eine Schmerzblockade sei mit mäßigem Erfolg durchgeführt worden. Gemäß dem Bericht vom 27. April 2001 kam Dr. L. nach nochmaliger Durchsicht der Röntgenbilder vom rechten Handgelenk vom 28. März 2001 zum Ergebnis, es finde sich im Bereich des distalen Scaphoidpols rechts eine feine Aufhellungslinie, die durchaus einer Fissur am Kahnbein entsprechen könnte. Der Kläger habe nun angegeben, er sei mit dem ganzen Körpergewicht mit dem rechten Handrücken an ein Regal angeprallt, womit der Unfallmechanismus geeignet erscheine, eine Scaphoidfraktur auszulösen.

Die computertomographische Untersuchung des rechten Handgelenks vom 30. April 2001 ergab gemäß dem Bericht des Radiologen Dr. Arnold keinen Nachweis ossärer posttraumatischer Veränderungen, insbesondere keinen Hinweis auf eine Pseudarthrose des Kahnbeins, jedoch eine daumennahe unklare Muskelschwellung. Ein MRT des rechten Handgelenks erbrachte gemäß dem Bericht von PD Dr. K. vom 09. Juli 2001 den Nachweis eines etwa 3 mm durchmessenden freien Gelenkkörpers im Bereich des Carpometacarpalgelenkes II dorsal radialseitig, der vermutlich posttraumatisch bedingt sei. Ansonsten zeige sich eine regelrechte Darstellung im Bereich des Carpaltunnels (CT).

Dr. L., die den freien Gelenkkörper für eine basale Absprengung des Metacarpale-II und einen Zusammenhang mit dem Unfall für wahrscheinlich hielt, führte am 23. August 2001 eine operative Knochenglättung durch (Operationsbericht vom 23. August 2001, auf den verwiesen wird). Eine feingewebliche Untersuchung der entnommenen Struktur erfolgte nicht. Der postoperative Verlauf war komplikationslos (Bericht Dr. L. vom 06. September 2001), danach erfolgte eine Belastungserprobung. Dr. L. schätzte die MdE "wie bisher" auf unter 20 v.H. (Bericht vom 14. September 2001). Eine nochmalige Untersuchung vom 28. August 2001 bei Univ.-Prof. Dr. Sch. ergab eine leichte Schwellung des Handrückens rechts bei Zustand nach Knochenglättung. Nach Überprüfung der Röntgenbilder vom 28. März 2001 sei ein Bezug zum Unfall vom 30. Dezember 1999 nicht herzustellen. Eine weitere Beurteilung des radiologischen Befundes sei auf Grund des Fehlens der MRT-Bilder und der Bilder der Computertomografie nicht möglich.

Dr. P. diagnostizierte gemäß seinen Berichten vom 24. Oktober 2001 und 17. Januar 2002 u. a. ein leichtes CTS rechts und unklare Schmerzen am Mittelhandknochen ulnarseitig rechts. Die im Bereich der ulnaren Hand geklagten Beschwerden seien vom neurologischen Befund her nicht zu erklären, jedenfalls ergäben sich keine neurogenen Auffälligkeiten. Die gelegentliche morgendliche Greifschwäche sowie zeitweilige Parästhesien im Bereich der volaren Hohlhand seien wohl auf das leichte, seit Januar 2002 zunehmende CTS zurückzuführen. Dr. L. erachtete gemäß dem Bericht vom 03. April 2002 den Kläger weiter für arbeitsfähig und sah eine MdE in rentenberechtigendem Ausmaß nicht.

Am 04. Oktober 2002 erfolgte gemäß dem Bericht von Dr. L. vom 28. April 2003 eine offen-chirurgische Carpaldachspaltung und eine epineurale Medianusneurolyse sowie eine Neurolyse des motorischen Thenarastes. Der Verlauf gestaltete sich störungsfrei. Die MdE betrage "wie zuvor" unter 20 v.H. Inwieweit das CTS auf den Unfall zurückzuführen sei, sei nicht gänzlich zu klären, eine Teilursache von mindestens 50 % sei bei diesem Verlauf jedoch anzunehmen. Nach dem Bericht von Dr. P. vom 10. März 2003 gab der Kläger Schmerzen im Bereich des Daumengelenks rechts mit zeitweiliger Extensionsschwäche des rechten Daumens ein. Die typischen Parästhesien im Rahmen des CTS seien - so Dr. P. - weg. Die jetzt noch geklagten Beschwerden seien chirurgisch-orthopädisch zu sehen.

Die Beklagte holte ein Zusammenhangsgutachten des Ärztlichen Direktors für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Katharinenhospitals S., Prof. Dr. H. vom 08. Mai 2003 mit ergänzenden Stellungnahmen vom 30. August und 05. November 2003 sowie einem Neurophysiologischen Zusatzgutachten des Dr. H. vom 18. Juli 2003 und einem Neurologischen Zusatzgutachten des Prof. Dr. W. vom 21. Juli 2003 ein.

Dr. H. erhob ein sensibles CTS rechts mit Residuum nach Spaltung des Retinaculum flexorum. Die übrigen motorischen und sensiblen Messwerte seien normal. Die geklagten Beschwerden (Schmerzen in der Tiefe des Handrückens und Gefühlsstörungen auf dem Handrücken radial) entsprächen nicht einem Nervenversorgungsgebiet, sondern einem leichtgradigen posttraumatischen komplexen regionalen Schmerzsyndrom (CRPS) der rechten Hand. Prof. Dr. W. kam zum Ergebnis, das CTS sei mittelbar durch den Unfall verursacht. Durch die Weichteilverletzung habe sich ein CRPS mit rezidivierenden Weichteilschwellungen und in diesem Gefolge schließlich das CTS entwickelt. Hierfür spreche auch das Fehlen von Beschwerden im Bereich des Medianusversorgungsgebietes vor dem Unfall. Demgegenüber erachtete Prof. Dr. H. das im August 2001 entfernte knöcherne Fragment bzw. den Handrückenhöcker und das mehr als zwei Jahre nach der Mittelhandprellung festgestellte CTS als nicht unfallbedingt. Bei dem Unfall sei es zu einer Prellung des rechten Handrückens gekommen. Es lägen noch reizlose Narben über dem zweiten Mittelhandknochen sowie an der Hohlhand kurz nach dem Handgelenk und ein deutlich abgeschwächter Händedruck rechts vor. Letztlich seien weder der Handrückenhöcker bzw. das knöcherne Fragment, noch das CTS unfallbedingt entstanden.

Außerdem hat die Beklagte eine gutachterliche nervenärztliche Stellungnahme der Dr. K.-H. vom 15. Oktober 2003 eingeholt. Sie ist im wesentlichen zum Ergebnis gelangt, der Kläger habe sich bei dem Unfall eine Prellung des rechten Handrückens zugezogen. Unfallfolgen auf neurologischem Fachgebiet ließen sich nicht wahrscheinlich machen und auch die Operation des CTS sei nicht unfallbedingt erforderlich gewesen. Typisch klinische Symptome eines CTS seien erst fünf Monate nach dem Unfall ärztlich dokumentiert. Eine Prellung des Handrückens rechts sei in keiner Weise geeignet, eine Schädigung des Mittelnervs im CT hervorzurufen. Auch die rezidivierend beklagte teigige Schwellung an der Handrückenseite führe nicht zu einer Einengung des Mittelnervs mit CT. Ein Erstkörperschaden, der geeignet wäre, eine traumatische Schädigung des Mittelnervs am Handgelenk zu verursachen, habe nicht vorgelegen. Bei der Schädigung des Mittelnervs im CT handle es sich um eines der häufigsten spontan auftretenden Engpasssyndrome überhaupt, bei dem es schicksalhaft durch prädisponierende anatomische Gegebenheiten und degenerative Veränderungen zu einer Verengung im CT mit daraus resultierender länger dauernder chronischer Druckschädigung des Mittelnervs komme. Die langsame Verzögerung der distalen Latenz des Mittelnervs rechts bei wiederholten Messungen spreche für ein degenerativ verursachtes CTS mit allmählich zunehmender Schädigung des Mittelnervs durch Druck. Ein Morbus Sudeck im Sinne eines CRPS sei zu keinem Zeitpunkt belegt. Klinisch fehle es an trophischen Veränderungen im Bereich der rechten Hand, Muskeltrophien oder einer röntgenologisch nachweisbaren Entkalkung des Knochens. Es fehle jeder objektive Befund, der das "nach nunmehr vier Jahren" unterstellte CRPS untermauern könnte. Allein subjektive Angaben von Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation reichten nicht aus, um eine derartige Erkrankung zu diagnostizieren oder zu beweisen. Die wiederholt beschriebene Schwellung im Bereich des rechten Handgelenkes und des radialen Handrückens sei unspezifisch.

Mit Bescheid vom 26. November 2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06. Februar 2004 anerkannte die Beklagte das Ereignis als Arbeitsunfall, lehnte einen Anspruch auf Rente ab und entschied, Anspruch auf Verletztengeld, Heilbehandlung und sonstige Leistungen über den 14. Januar 2000 hinaus bestünden nicht. Als Folge des Arbeitsunfalls bestehe eine folgenlos ausgeheilte Prellung des rechten Handrückens. Das CTS sei unfallunabhängig, ebenso die operativ behandelten knöchernen Veränderungen im Bereich des zweiten Mittelhandknochens. Prof. Dr. W. habe nicht hinreichend berücksichtigt, dass die Verdachtsdiagnose eines CTS erst vier Monate nach dem Unfall gestellt worden sei. Im übrigen seien bei den Erstbefunden Weichteilverletzungen nicht beschrieben. Das Fehlen von Beschwerden vor dem Unfall begründe nicht den erforderlichen Ursachenzusammenhang.

Deswegen hat der Kläger am 02. März 2004 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben und die Gewährung von Verletztenrente begehrt.

Das SG hat Sachverständigengutachten des Neurologen Prof. Dr. L. vom 24. Juni 2004 mit ergänzender Stellungnahme vom 18. März 2005, des Chirurgen Dr. D. vom 04. Oktober 2004 und des Neurologen Prof. Dr. A. vom 08. Februar 2005 sowie eine ergänzende Stellungnahme des Prof. Dr. W. vom 08. Juni 2005 eingeholt.

Prof. Dr. L. ist im wesentlichen zum Ergebnis gelangt, es bestehe ein klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen der Angabe erstmaliger, die rechte Hand betreffender Schmerzen, Schwellneigung sowie Kraftminderung und dem Unfallereignis. Auch hinsichtlich der mit deutlicher zeitlicher Verzögerung radiologisch schwierig nachzuvollziehenden Fraktur des rechten Os metacarpale bestehe ein klarer zeitlicher Zusammenhang mit den Beschwerden. Die eindeutig dokumentierte Schwellneigung der rechten Hand, sei sie nun auf eine Störung der autonomen Fasern im Sinne eines Morbus Sudeck zurückzuführen oder aber auf eine lokale Weichteil- und Knochenverletzung der rechten Hand, führe logischerweise zu einer vermehrten Spannung im Bereich der rechten Hand und damit auch zu einem als posttraumatisch anzunehmenden CTS. Nach der Operation habe sich eine partielle, aber eindeutige Besserung feststellen lassen. Ein anderer Grund als das chronische Ödem infolge der Handprellung lasse sich für das CTS nicht eruieren. Unfallunabhängige Gesundheitsstörungen im Bereich der rechten Hand seien nicht feststellbar. Entgegen Dr. K.-H. sei es erklärlich, dass bei der Schwellneigung vor allem im Bereich des Handrückens es zu einer vermehrten Haut- und Weichteilspannung im Bereich der gesamten rechten Hand komme, womit durch das chronische Ödem eine Verengung des CT erklärt sei. Die unfallbedingte MdE schätze er auf 20 v.H., einschließlich der Schwellneigung und der Sensibilitätsstörungen wie auch der Schmerzen im Bereich des rechten Handrückens.

Dr. D. ist zum Ergebnis gelangt, aufgrund des Operationsberichts vom 23. August 2001 sei er der Auffassung, dass es bei dem Unfallereignis zu einer knöchernen Absprengung an der Basis des Mittelhandknochens II gekommen sei. Die endgradig eingeschränkte Streckung im rechten Daumengrundgelenk führe er darauf zurück. Des weiteren liege eine reizlos verheilte S-förmige 5,5 cm lange Operationsnarbe über dem streckseitigen handgelenksnahen zweiten Mittelhandknochen vor. Hinsichtlich der neurologischen Gutachten erscheine ihm auf Grund unfallchirurgischer Erfahrung ein CTS bei dieser Verletzung sehr unwahrscheinlich. Die Entstehung einer Sudeckschen Dystrophie erscheine jedoch weitaus komplexer. Nach klinischer Erfahrung könne in seltenen Fällen eine solche Erkrankung auch nach Bagatelltraumen entstehen, allerdings bestünden beim Kläger klinisch keinerlei Zeichen einer solchen Erkrankung. Die unfallbedingte MdE schätze er auf deutlich kleiner als 10 v.H.

Prof. Dr. A. hat ausgeführt, Symptome eines CTS seien erstmals im April 2000 beschrieben. Nachdem neurologische Untersuchungen diese Diagnose nicht bestätigt hätten, sei ein CTS rechts dann erstmals durch die Untersuchung vom Oktober 2001 gesichert worden. Im weiteren Verlauf sei es zu einer Verschlechterung der elektrophysiologischen Befunde gekommen. Da das CTS frühestens mit einer Latenz von wenigstens vier bis fünf Monaten klinisch in Erscheinung getreten, ein sicherer Nachweis aber erst fast zwei Jahre nach dem Arbeitsunfall gelungen sei, könne eine direkte Schädigung des Nervus medianus rechts im Zusammenhang mit dem Unfall ausgeschlossen werden. Zwar sähen Prof. Dr. W. und Prof. Dr. L. einen indirekten ursächlichen Zusammenhang, verursacht durch die Schwellneigung der rechten Hand, doch sei die Frage, ob die erlittene Prellung des rechten Handrückens zu einer Schwellneigung der rechten Hand führen könne, die von ihrem Ausmaß her geeignet sei, eine Kompression des Nervus medianus im Bereich des CT hervorzurufen, schlussendlich unfallchirurgisch zu beantworten. Univ.-Prof. Dr. Sch. und Prof. Dr. H. gingen davon aus, dass die Entwicklung eines posttraumatischen CTS nach einem Bagatelltrauma wie der Handprellung des Klägers mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit kein posttraumatisches CTS hervorrufen könne. Er stimme diesen wie auch Dr. K.-H. zu. Auf neurologischem Fachgebiet seien aus seiner Sicht somit keine Unfallfolgen nachweisbar. Prof. Dr. W. schließe er sich nicht an. Sichere Anhaltspunkte eines CRPS (Morbus Sudeck) hätten sich nie gefunden und die Handprellung habe von Art und Ausmaß her keine derart ausgeprägte Schwellneigung der rechten Hand hervorrufen können, dass es zu einer Kompression des Nervus medianus im CT gekommen wäre. Bei mehrfachen Nachuntersuchungen sei auch nicht immer eine Schwellung der rechten Hand festgestellt worden. So sei im Zwischenbericht von Univ.-Prof. Dr. Sch. vom 05. Februar 2001 und im Bericht des KKH Nürtingen vom 27. April 2001 explizit dokumentiert, dass keine Schwellung der rechten Hand vorlag. Ansonsten sei die Schwellneigung der rechten Hand auch durchgehend als leichtgradig oder "etwas" ausgeprägt eingestuft. Schließlich seien auch keine auf eine Läsion des

Nervus medianus zu beziehenden klinischen Symptome mehr nachweisbar gewesen.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 18. März 2005 ist Prof. Dr. L. zum Ergebnis gelangt, Dr. D. gehe nicht darauf ein, dass eine Schwellneigung der Hand vom Kläger angeführt werde und inwieweit dies eine unfallbedingte MdE ergebe. Auf genau dieser Annahme basiere die weitere Begründung seiner als indirekt unfallabhängig eingestuften MdE. Wenn darauf abgestellt werde, dass bei Nachuntersuchungen nicht immer eine Schwellneigung festgestellt worden sei, sei dem entgegen zu halten, dass der Kläger eben nicht nur eine Handprellung erlitten habe, sondern auch eine unfallbedingte Knochenabsprengung. Außerdem sei immer wieder eine Handschwellung dokumentiert, die in klarem zeitlichem Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehe. Nicht nachvollziehbar sei es, wenn Prof. Dr. Ackermann keine neurologischen Ausfallerscheinungen sehe, obwohl messtechnisch ein sensibles CTS vorliege.

Prof. Dr. W. ist in der ergänzenden Stellungnahme vom 8. Juni 2005 zum Ergebnis gelangt, Prof. Dr. H. habe das CTS als unfallunabhängig interpretiert, allerdings auch das CRPS nicht erwähnt. Die Handprellung habe im Sinne eines Bagateltraumas zur Entwicklung eines CRPS geführt und dieses mit rezidivierender Schwellneigung zu einer chronischen Kompression des Nervus medianus. Den Begriff des CRPS verwendet man an Stelle anderer Begriffe wie Morbus Sudeck oder Algodystrophie. Entgegen Prof. Dr. A. liege das kritische Bindeglied der Beweisführung nicht im Kompetenzbereich der unfallchirurgischen Begutachtung. Die unfallchirurgischen Gutachten übersähen das Bindeglied, nämlich das CRPS.

Das SG hat mit Urteil vom 17. November 2005 den angefochtenen Bescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheides teilweise aufgehoben und festgestellt, dass das CTS und die knöcherne Absprengung an der Basis des Mittelhandknochens II Folge des Versicherungsfalls vom 30. Dezember 1999 seien und die Beklagte unter Abweisung der Klage im übrigen verurteilt, dem Kläger vom 14. Januar 2000 bis 31. Oktober 2002 Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu zahlen. Hinsichtlich der Feststellung von Unfallfolgen ist das SG einerseits Dr. D. (hinsichtlich der knöchernen Absprengung an der Basis des Mittelhandknochens II) und andererseits Prof. Dr. L., Prof. Dr. W. und Dr. H. (hinsichtlich des CTS) gefolgt. Hinsichtlich der Gewährung von Verletztenrente hat sich das SG (teilweise) Prof. Dr. L. angeschlossen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das angefochtene Urteil verwiesen.

Gegen das am 09. Dezember 2005 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 28. Dezember 2005 Berufung eingelegt. Sie macht geltend, ein CTS sei zumindest über weite Phasen medizinisch nicht nachgewiesen. Prof. Dr. L. habe lediglich Möglichkeiten einer traumatischen Verursachung eines CTS aufgezeigt. Der Hinweis auf den zeitlichen Zusammenhang genüge nicht. Soweit das SG von einer Quetschung der Weichteile am Handrücken ausgehe und dies als geeignete anatomisch fassbare Ursache für die sekundäre Entstehung der Nervenkompression sehe, sei dem nicht zu folgen. Die gesicherte Handrückenprellung sei nicht mit einer Weichteilquetschung gleichzusetzen, insbesondere sei bei der medizinischen Erstversorgung eine offene Verletzung oder Hämatombildung ausdrücklich ausgeschlossen worden. Einen direkten Zusammenhang zwischen Bagateltrauma und CTS habe auch Prof. Dr. W. ausgeschlossen. Die bildtechnischen Aufnahmen hätten zu keinem Zeitpunkt Hinweise auf das Vorliegen einer Sudeckschen Dystrophie ergeben und es hätten keine knöchernen Verletzungen im Bereich der Basis des zweiten Mittelhandknochen gesichert werden können. Der Eingriff vom 23. August 2001 sei nicht unfallbedingt indiziert gewesen. Auch das CTS sei nicht Unfallfolge. Hierzu hat sie gutachterliche Stellungnahmen des Chirurgen Dr. L. vom 04. und 25. Februar sowie 23. März 2006, des Radiologen und Neuroradiologen Dr. H. vom 18. Februar 2006 sowie des Nervenarztes Dr. V. vom 28. März 2007 vorgelegt.

Dr. H. ist im wesentlichen zum Ergebnis gelangt, die konventionellen Aufnahmen ließen keine Verletzung im Bereich des Mittelhandknochens erkennen. Lediglich in der kernspintomographischen Aufnahme finde sich eine kleine Konturvorböschung an der radialeseitigen Basis des Mittelhandknochens II, wobei der Befund keinesfalls einem freien Gelenkkörper entspreche. Weder in den konventionellen noch in den kernspintomographischen Aufnahmen fänden sich Zeichen einer Sudeckschen Dystrophie bzw. eines CRPS. Die Technik der vorliegenden MRT gestatte weder den Ausschluss, noch den Nachweis pathologischer Prozesse im Bereich des Nervus medianus und der benachbarten Weichteile. Dr. L. ist zum Ergebnis gelangt, die Operation vom 23. August 2001 sei nicht unfallbedingt indiziert gewesen. Eine knöcherne Absplitterung lasse sich nicht unfallbedingt begründen und sei auch nicht ausreichend nachgewiesen. Auch seien keine Hinweise für eine Sudecksche Dystrophie gesichert. Die CT-Operation sei auch unter Berücksichtigung der Prellung des Handrückens bei dem Unfall nicht unfallbedingt indiziert gewesen. Es seien keine Weichteilschwellungen gesichert, die den CT in irgend einer Form tangiert hätten. Soweit überhaupt diskrete Weichteilschwellungen gesichert seien, seien diese auf dem Handrücken aufgetreten, nicht im Bereich der Beugeseite des Handgelenks, wo sich der CT befinde. Wenn das CTS durch eine Weichteileschwellung bedingt sein sollte, käme hier am ehesten die Operation vom 23. August 2001 in Betracht, die jedoch nicht als unfallbedingt anzusehen sei. Dr. V. hält einen Kausalzusammenhang zwischen dem CTS und dem Unfall, wie von Prof. Dr. W. angenommen, nur für möglich. Ein Zusammenhang mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit sei nicht belegt, da es sich um einen Bagatellunfall gehandelt habe und kein unzweifelhaft bewiesener primärer Schaden vorliege. Es habe zwar ein CTS vorgelegen, doch sei dieses unter Berücksichtigung des Verlaufs nicht auf die Schwellneigung zurückzuführen. Diese sei zunächst am Handrücken beschrieben, nicht an der (gesamten) Hand bzw. Hohlhand. Die Befunde sprächen auch für eine geringgradige Schwellung. Soweit Prof. Dr. W. einen Zusammenhang mit einem CRPS begründe, bestünden erhebliche Zweifel an einem solchen. Zumindest lägen nur diskrete Symptome eines CRPS vor. Als Ursache für das CTS komme eher eine entsprechende Prädisposition in Betracht. Weder ein Handrückenödem, noch ein eventuell minimales CRPS sei wahrscheinlich die Ursache des CTS.

Die Beklagte beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 17. November 2005 aufzuheben und die Klage abzuweisen sowie die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

als weitere Unfallfolgen ein Carpal-tunnelsyndrom und eine knöcherne Absprengung der Basis des Mittelhandknochens II festzustellen sowie die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Er vertritt die Auffassung, die genannten Gesundheitsstörungen seien Folge des Arbeitsunfalls. Im übrigen liege im streitigen Zeitraum eine MdE um 20 v.H. vor, was sich aus dem Gutachten von Prof. Dr. L. ergebe.

Der Senat hat ein weiteres neurologisches Gutachten des Prof. Dr. W. vom 27. Oktober 2006 mit ergänzender Stellungnahme vom 28. Mai 2007 eingeholt. Er ist im wesentlichen zum Ergebnis gelangt, beim Kläger liege ein CRPS Grad I der rechten Hand vor, das wahrscheinlich durch den Unfall verursacht sei. Es bestehe ein klarer zeitlicher Zusammenhang. Der Kläger sei vor diesem Trauma bezüglich der rechten Hand beschwerdefrei gewesen und Beschwerden hätten wenige Tage danach eingesetzt. Ein derartiges Bagateltrauma sei nach gegenwärtigem medizinischem Sachstand eine typische Ursache für ein CRPS. Alternative Ursachen seien nicht ersichtlich. Bezüglich des sensiblen CTS der rechten Hand, das offenbar durch die Spaltung des Retinakulum flexorum beseitigt worden sei, halte er an seiner früheren Einschätzung fest. Die im Rahmen des CRPS auftretenden rezidivierenden Weichteilschwellungen seien geeignet, über die Ausbildung eines chronischen Ödems zu einer Druckschädigung des Nervus medianus zu führen. Die unfallbedingte MdE schätze er seit Wegfall der Arbeitsunfähigkeit auf 15 v.H.

Die Beteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet aufgrund des Einverständnisses der Beteiligten nach [§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung.

Die Berufung der Beklagten ist gemäß den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässig. Die nach Ablauf der Rechtsmittelfrist eingelegte unselbständige Anschlussberufung des Klägers, mit welcher dieser die in erster Instanz nicht beantragte Feststellung von Unfallfolgen begehrt und die insofern eine nach [§ 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG](#) zulässige Klageerweiterung darstellt, ist gemäß [§ 202 SGG](#) i. V. m. [§ 524](#) Zivilprozessordnung (ZPO) gleichfalls zulässig ist (vgl. Meyer-Ladewig, Sozialgerichtsgesetz, Kommentar, 8. Aufl. 2005, § 143 Rdnr. 5 ff m.w.N.). Einer besonderen Beschwer bedarf es insofern nicht (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 22. September 1981, [1 RJ 94/80](#) in SozR 1750 § 521 Nr. 3).

Gegenstand des anhängigen Berufungsverfahrens ist neben der Feststellung von Unfallfolgen allein die Frage, ob der Kläger für die Zeit vom 14. Januar 2000 bis 31. Oktober 2002 einen Anspruch auf Verletztenrente hat, da insofern allein die Beklagte Berufung eingelegt und der Kläger hinsichtlich eines weiter gehenden Rentenanspruchs kein Rechtsmittel eingelegt hat und diesen auch nicht weiterverfolgt.

Das SG hat - ohne dass ein entsprechender Antrag gestellt wurde und damit, weil über das Begehren des Klägers im Klageverfahren hinausgehend - ein CTS und eine knöcherne Absprengung an der Basis des Mittelhandknochens II als Folge des Unfalls vom 30. Dezember 1999 zu Unrecht festgestellt. Allerdings hat der Kläger unter Erweiterung seiner bisherigen Klage im Berufungsverfahren die Feststellung von Unfallfolgen beantragt. Diese Klageerweiterung ist auch im Berufungsverfahren zulässig. Richtige Klageart ist insofern nach [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) die Feststellungsklage.

Die Berufung der Beklagten und die Anschlussberufung bzw. Klageerweiterung des Klägers sind teilweise begründet, denn der Kläger hat nur einen Anspruch auf Feststellung eines Teils der geltend gemachten Unfallfolgen und keinen Anspruch auf Verletztenrente.

Soweit der Kläger die Feststellung eines CTS und einer knöchernen Absprengung des Mittelhandknochens II als Unfallfolgen erstrebt, besteht auch ein Rechtsschutzinteresse. Zwar wurden das CTS operativ behandelt und bezüglich des geltend gemachten Schadens am Mittelhandknochen eine operative Konturglättung vorgenommen und "eine bindegewebige Vernarbung im Sinne eines abgekapselten Fragments" entfernt, doch besteht - ungeachtet der Frage des Erfolgs dieser Behandlungen - wegen etwaiger Folgeschäden ein berechtigtes Interesse an einer Feststellung (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 19. Januar 1989, [L 7 U 1249/87](#) in Breithaupt 1989, 554).

Versicherungsfälle im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung sind nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit).

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vmhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nach [§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#) nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2004, [B 2 U 14/03 R](#) in [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)): Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber 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 und 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 im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind 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.

Darüber hinaus hat ein Versicherter, der einen Arbeitsunfall erlitten hat, wie oben dargelegt, auch einen Anspruch auf Feststellung der Unfallfolgen.

Voraussetzung für die Anerkennung bzw. Feststellung einer Gesundheitsstörung als Folge eines Arbeitsunfalles und auch ihrer Berücksichtigung bei der Bemessung der MdE bzw. der Verletztenrente ist u.a. ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und einem Gesundheitserstschaden (haftungsbegründende Kausalität) und dem Gesundheitserstschaden und der fortdauernden Gesundheitsstörung (sog. haftungsausfüllende Kausalität). Dabei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, zu denen - neben der versicherten Tätigkeit und dem Unfallereignis - der Gesundheitserstschaden und die eingetretenen fortdauernden Gesundheitsstörungen gehören, mit einem der Gewissheit nahekommenden Grad der Wahrscheinlichkeit erwiesen sein. Für die Bejahung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Einwirkung und dem Gesundheitserstschaden sowie dem Gesundheitserstschaden und fortdauernden Gesundheitsstörungen gilt im Bereich in der gesetzlichen Unfallversicherung die Kausalitätstheorie der "wesentlichen Bedingung". Diese hat zur Ausgangsbasis die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob das Ereignis nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden, bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen. Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens abgeleitet werden. Bei mehreren konkurrierenden Ursachen muss die rechtlich wesentliche Bedingung nicht "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig" sein. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. Kommt einer der Ursachen gegenüber den anderen eine überragende Bedeutung zu, ist sie allein wesentliche Ursache und damit allein Ursache im Rechtssinn (vgl. hierzu das grundlegende Urteil des BSG vom 9.5.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr 17](#)= [BSGE 96, 196-209](#))

Die hier vorzunehmende Kausalitätsbeurteilung hat im Übrigen 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 war, eine bestimmte körperliche Störung hervorzurufen (BSG, Urteil vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - aaO).

Soweit der Kläger die Feststellung einer knöchernen Absprengung der Basis des Mittelhandknochens II als Unfallfolge und Verletztenrente beantragt, ist sein Begehren unbegründet. Soweit er die Anerkennung eines (zwischenzeitlich operierten) CTS als Unfallfolge erstrebt, ist sein Begehren begründet.

Hinsichtlich der als Unfallfolge geltend gemachten Absprengung eines Knochenfragments an der Basis des Mittelhandknochens II bestehen bereits erhebliche Zweifel, ob es bei dem Unfall überhaupt zu einer knöchernen Verletzung gekommen ist. Im DAB vom 3. Januar 2000 und auch in der Folge in Berichten von - nach mehrfachen Untersuchungen - Dr. B. (12. Januar und 17. Februar 2000), von Univ.-Prof. Dr. Sch. (5. Februar 2001) sowie von Dr. W. (Bericht 18. April 2001) und zunächst auch von Dr. L. (Bericht 9. April 2001) wurde eine knöcherner Verletzung verneint. Bei den Röntgenaufnahmen vom 3. und 11. Januar sowie 4. Februar 2000 wurden von keinem der sie auszuwertenden Ärzte knöcherner Verletzungen gesehen. Auch die nahezu 16 Monate nach dem Unfall gefertigte Röntgenaufnahme vom 28. März 2001 wurde erst "nach nochmaliger" Durchsicht von Dr. L. dahingehend interpretiert, dass sich im Bereich des distalen Scaphoid(Kahnbein)-Pols rechts eine feine Aufhellungslinie finde, die durchaus einer Fissur am Kahnbein, also nicht des Mittelhandknochens, entsprechen "könnte". Bestärkt sah sich Dr. L. darin durch die nun erstmals gemachten Angaben des Klägers, er sei mit dem "ganzen Körpergewicht" mit dem Handrücken gegen ein Regal geprallt. Ein solcher Unfall erscheine - so Dr. L. - geeignet, eine Scaphoid-Fraktur auszulösen. Diese Angaben des Klägers entsprechen indessen nicht den früheren, jedenfalls was die Intensität des Anpralls des Handrückens anbelangt. Ein entsprechender Hergang ist nicht bewiesen. Im übrigen fand der Radiologe Dr. Arnold bei der computertomographischen Untersuchung des rechten Handgelenks vom 30. April 2001 keinen Nachweis ossärer posttraumatischer Veränderungen.

Zwar hat PD Dr. K. auf Grund des MRT vom 09. Juli 2001 den Befund eines etwa 3 mm durchmessenden freien Gelenkkörpers im Bereich des Carpometacarpalgelenks II dorsal radialseitig erhoben und die Vermutung geäußert, dieser sei posttraumatisch bedingt. Bei der Operation vom 23. August 2001 wurde diese "bindegewebige Vernarbung im Sinne eines abgekapselten Fragments" entfernt und eine "Glättung der Konturen" durchgeführt, wobei eine feingewebliche Untersuchung der entnommenen Struktur nicht veranlasst wurde. Dass es sich hierbei um eine Absprengung des Knochens handelte, ist jedenfalls nicht durch einen histologischen Befund gesichert. Zwar ist in den Berichten von Dr. L. vom 27. August (Operationsbericht), vom 06. und 14. September 2001 sowie nachfolgend von einer "alten knöchernen Absprengung der Basis des Metacarpale II" und der Entfernung eines "Knochenfragments" bzw. eines "freien Gelenkkörpers" am 23. August 2001 die Rede, dies lässt sich aber mangels eingehender Untersuchung der entfernten Struktur nicht nachvollziehen. Auch Dr. D. nimmt - anders als Prof. Dr. H., der nur von einem knöchernen Fragment bzw. Handrückenhöcker ausging, der unfallunabhängig entstanden und entfernt worden sei - eine solche knöcherner Absprengung an, doch übernimmt er hierbei nur unkritisch die Angaben von Dr. L. ... Seinem Gutachten ist hierzu keine überzeugende Begründung zu entnehmen. Hinzu kommt, dass nach den Erstbefunden weder offene Verletzungen, noch ein Hämatom oder Ähnliches an der Hand festzustellen war. Indizien für eine schwerwiegende Krafteinwirkung von außen bestehen mithin nicht. Auch Prof. Dr. L. ist unter unkritischer Übernahme und ohne eigene, den Senat überzeugenden Begründung im Ergebnis der Auffassung von Dr. L. gefolgt und hat eine unfallbedingte knöcherner Verletzung angenommen. Sein Hinweis auf Beschwerden im zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall beweist aber keine stattgehabte knöcherner Verletzung. Demgegenüber erscheinen die von dem Chirurgen Dr. L. dargelegten Zweifel an einer unfallbedingten Knochenabsprengung begründet, sodass jedenfalls eine primäre knöcherner Verletzung am Mittelhandknochen II durch den Unfall nicht feststellbar ist.

Der Kläger hat allerdings einen Anspruch auf die Feststellung, dass das im Oktober 2002 operierte CTS rechts bzw. der daraus noch resultierende Zustand Folge des Arbeitsunfalles vom 30. Dezember 1999 ist. Das CTS ist - unter Zugrundelegung des oben genannten Maßstabes - mit Wahrscheinlichkeit wesentlich auf das Unfallereignis zurückzuführen. Dies folgt für den Senat schlüssig und überzeugend aus den Darlegungen des Prof. Dr. W. und des Prof. Dr. L., wobei letztlich dahingestellt bleiben kann, ob ein CRPS vorliegt, so Prof. Dr. W.,

denn für beide ist entscheidend, dass die rezivierenden Schwellungszustände bzw. Ödeme an der rechten Hand zu einer Einengung des CT führten und damit zu einer Belastung des Nervus Medianus im Sinne eines CTS. Es handelte sich bei dem Unfallereignis zwar um ein Bagateltrauma, doch führte dieses zu einer zunächst anhaltenden (DAB vom 3. Januar 2000 und Bericht Dr. B. vom 11. Januar 2000) Schwellung am rechten Handrücken bzw. einer fortdauernden Schwellneigung, also rezidivierende, insbesondere bei Belastung auftretende Schwellungen (Berichte Dr. B. vom 17. Februar 2000 und Dr. S. vom 26. Juli 2000). Gemäß seinem Bericht vom 13. Oktober 2000 erhob Dr. B. unter anderem am rechten Handrücken ein Ödem sowie eine livide Verfärbung der rechten Hand beim Hängenlassen und diagnostizierte eine Algodystrophie (Synonym für Morbus Sudeck/Sudecksche Dystrophie bzw. den neuerdings gebräuchlichen Begriff des CRPS). Auch die Betriebsärztin Dr. L. erhob am 3. März 2001 u. a. eine leichte livide Verfärbung der Haut. Diese Befunde und der gesamte Verlauf rechtfertigen die von Prof. Dr. W. gestellte Diagnose eines CRPS, das sich schleichend fortentwickelt (vgl. Schönberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl., S. 472 ff). Verbunden mit den rezidivierend aufgetretenen Schwellungen bzw. ödematösen Veränderungen am Handrücken hat sich - so Prof. Dr. W. überzeugend - das CTS entwickelt. Wenn insofern neurologisch am 2. Mai 2000 von Dr. P. noch kein manifestes CTS festzustellen war und sich dann bei der Untersuchung vom 16. Mai 2000 Hinweise auf ein CTS ergaben (Bericht Dr. B. vom 22. Mai 2000) und die Diagnose eines abgeklungenen posttraumatischen CTS am 13. Oktober 2000 von Dr. Bartmann gestellt wurde, entspricht dies der Entwicklung des CRPS und steht das der Annahme eines wesentlichen Zusammenhangs nicht entgegen. Dies entspricht im Ergebnis und im Wesentlichen auch der Auffassung von Prof. Dr. L., der gleichfalls den Zusammenhang zwischen den Schwellungszuständen und der Entwicklung des CTS sieht. Die Ursache eines CTS und eines CRPS ist auch nicht ausschließlich aus chirurgischer Sicht, sondern aus neurologischer Sicht zu klären.

Die gegen die Annahme eines Ursachenzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem CTS von Dr. K.-H., Prof. Dr. H., Dr. D. und Prof. Dr. A. erhobenen Einwände überzeugen den Senat - wie schon das SG - nicht. Das SG hat die Gründe hierfür im angefochtenen Urteil dargelegt. Der Senat schließt sich dem nach eigener Prüfung an und sieht gem. [§ 153 Abs. 2 SGG](#) insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab.

Soweit der Chirurg Dr. L. einen Ursachenzusammenhang verneint, vermag seine Argumentation den Senat nicht zu überzeugen. Der Einwand, die am 3. Januar 2000 festgestellten Veränderungen im Bereich der rechten Hand könnten dermatologisch bedingt sein, was allerdings nun nicht mehr feststellbar sei, entbehrt jeglicher objektiver Grundlage. Entgegen seiner Auffassung liegen - wie oben dargelegt - auch erhebliche Hinweise auf ein CRPS vor. Im Übrigen schließt er ein durch eine Weichteileschwellung bedingtes CTS nicht aus, will dieses dann aber allenfalls auf die Operation vom 23. August 2001 zurückgehend ansehen. Dies überzeugt schon deshalb nicht, weil Hinweise auf ein CTS bereits vor dieser Operation bestanden.

Soweit Dr. H. das Vorliegen röntgenologischer Hinweise für eine Sudecksche Dystrophie bzw. ein CRPS verneint, ist dem entgegenzuhalten, dass es eines entsprechenden eindeutigen radiologischen Nachweises nicht zwingend bedarf und - wie von Prof. Dr. W. herausgearbeitet - die klinischen Befunde für ein CRPS sprechen.

Soweit Dr. V., der zumindest ein minimales CRPS nicht völlig ausschließt, mit Blick auf die Entwicklung der Beschwerden Zweifel an dem Ursachenzusammenhang sieht und eher von einer anlagebedingten Entwicklung eines CTS ausgeht, fehlt es an objektiven Anhaltspunkten, dass eine solche Prädisposition vorgelegen hat. Eventuelle für die Entstehung eines Schadens ursächlich verantwortliche Vorschäden müssen nachgewiesen sein, was hier nicht der Fall ist.

Der Kläger hat - gemessen an den oben dargelegten Voraussetzungen - im Übrigen keinen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente. Die Unfallfolgen bedingten über den 13. Januar 2000 hinaus und für den Zeitraum vom 14. Januar 2000 bis 31. Oktober 2002 keine MdE um wenigstens 20 v.H. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats unter Berücksichtigung der den vorliegenden ärztlichen Äußerungen aus der Zeit bis 31. Oktober 2002 zu entnehmenden funktionellen Einschränkungen sowie unter Berücksichtigung vorliegenden gutachterlichen Äußerungen. Zwar hat Prof. Dr. L. die MdE durchgängig auf 20 v.H. geschätzt und hierbei insbesondere auch auf eine Schwellneigung und Sensibilitätsstörungen sowie Schmerzen im Bereich des Handrücken verwiesen, doch ergeben sich hieraus keine solchen funktionellen Einschränkungen, die die Annahme einer MdE um 20 v.H. rechtfertigen könnten. Auch Prof. Dr. W. schätzt - unter Einbeziehung des CTS - die MdE nur mit 15 v.H. ab Wegfall der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit (Wiederaufnahme der Arbeit am 14. Januar 2000) ein und die den Kläger behandelnde Chirurgin Dr. L. sowie Dr. B. haben die MdE durchgängig mit unter 20 v.H. bewertet. Unter Berücksichtigung dessen, dass die Schwellneigung - wie sich bereits begrifflich ergibt - nicht zu regelmäßigen bzw. dauerhaft vorhandenen Schwellungen führt und solche auch nicht bei allen Untersuchungen festgestellt wurden, sondern der Umfang ihres Auftretens in der Regel auf Angaben des Klägers beruhte, lässt sich auch unter Einbeziehung des CTS daraus eine wesentliche funktionelle Einschränkung nicht ableiten. Eine wesentliche Einschränkung der Greiffunktion oder der Handgelenksbeweglichkeit ist nicht beschrieben. Auch der muskuläre Befund an Hand und Unterarm sowie die beschriebene Handflächenbeschwellung lassen nicht auf eine wesentliche unfallbedingte Schonung schließen. Unter Berücksichtigung dessen, dass z. B. eine Einschränkung der Handgelenksbewegung um 40 ° nach Schönberger, Mehrtens, Valentin, a.a.O., S. 622 zu einer MdE um 10 v.H. führt, ist hier eine MdE um 20 v.H. für den strittigen Zeitraum nicht feststellbar.

Damit ist das Urteil des SG auf die Berufung der Beklagten teilweise abzuändern und die Klage abzuweisen bzw. die Berufung zurückzuweisen. Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-04-09