

L 9 U 835/11

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

SG Konstanz (BWB)

Aktenzeichen

S 11 U 451/10

Datum

18.01.2011

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 9 U 835/11

Datum

25.02.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 18. Januar 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Gewährung einer Rente wegen der Folgen eines Arbeitsunfalles.

Der 1962 geborene Kläger war am 28.01.2006 bei der Firma K. GmbH & Co. KG, F., als LKW-Fahrer beschäftigt. An der Raststätte H. war der Kläger aus seinem Fahrzeug ausgestiegen und auf dem Weg in Richtung Fahrzeugheck ausgerutscht und gestürzt. Am 01.02.2006 suchte der Kläger den Durchgangsarzt Dr. S. auf, der Schmerzen und eine leichte Schwellung am linken ersten Strahl und eine deutliche Bewegungseinschränkung bei einer regelrechten peripheren Sensibilität, Motorik und Durchblutung feststellte. Nach den angefertigten Röntgenbildern der linken Hand bestand kein Anhalt für eine alte oder frische knöcherne Verletzung. Ein wegen anhaltender Schmerzen im Klinikum F. angefertigtes MRT des linken Handgelenkes vom 07.02.2006 beschrieb ein ausgeprägtes Bone bruise im Bereich des Os trapezoideum, subchondral angrenzend an das Os metacarpale II. Das Os capitatum lasse eine 0,4 cm große Zyste erkennen. Die übrigen Metacarpalia stellten sich regelrecht dar (Prof. Dr. T. und Dr. N., Klinikum F. GmbH, Bericht vom 08.02.2006). Es erfolgte dann eine Gipsruhigstellung bis zum 23.02.2006. Prof. Dr. W., Klinikum F. GmbH, stellte Arbeitsfähigkeit ab dem 07.03.2006 fest. Eine ärztliche Behandlung sei nicht mehr erforderlich (Bericht vom 08.03.2006).

Am 15.10.2006 stellte sich der Kläger erneut bei Prof. Dr. W. vor. In dessen Zwischenbericht vom 03.11.2006 war eine Kahnbeinfraktur links vor mehr als 15 Jahren vermerkt. Wegen anhaltender starker Schmerzen im linken Handgelenk ohne erneutes Trauma wurde eine weitere MRT-Untersuchung des linken Handgelenkes veranlasst. Diese ergab eine deutliche Signalsteigerung im Bereich des Lig. collaterale radiale im Sinne einer Teiltraktur. Die knöchernen Strukturen stellten sich regelrecht dar, es erfolgte eine erneute Ruhigstellung in einer Schiene bis zum 10.11.2006. Danach war es – so Prof. Dr. W. – wieder zu einer zunehmenden Schmerzsymptomatik gekommen (Bericht vom 25.11.2006). Im Zwischenbericht des Klinikums F. GmbH vom 28.01.2007 wurde mitgeteilt, dass am 17.01.2007 beim Handchirurgen Prof. K. eine Arthroskopie des Handgelenkes mit Debridement, Shaving und Koagulation mit dem Vapr stattgefunden habe. Die Perforation des TFCC (triangulärer fibrokartilaginärer Komplex) sei vom intraoperativen Aspekt degenerativer Natur und nicht traumatisch bedingt (kein Einriss). Die ausgeprägte Synovialitis müsse jedoch als Unfallfolge betrachtet werden. Sie habe zu der persistierenden Beschwerdesymptomatik geführt.

In dem von der Beklagten veranlassten unfallchirurgischen Zusammenhangsgutachten stellte Prof. Dr. W. unter dem 24.05.2007 nach einer am 20.04.2007 im Zentrum für Handchirurgie R. (Prof. K.) erfolgten Ulnaverkürzungsosteotomie als noch verbliebene Unfallfolgen eine in knöcherner Konsolidation befindliche Ulnaverkürzungsosteotomie (stabilisiert mittels winkelstabiler Verkürzungsplatte), eine (noch) andauernde Ruhigstellung in Oberarmgipsschiene, eine Hautgefühlsstörung an der ulnaren Handkante und des Klein- sowie Ringfingers, eine Muskelatrophie linker Arm, eine kosmetisch und funktionell störende Narbenbildung, eine aktuelle Bewegungseinschränkung von Ellenbogen und Handgelenk sowie der Fingergelenke und glaubhafte subjektive Beschwerden fest. Die initialen Bone bruises sowie die sich dann entwickelnde Synovialitis des Handgelenkes seien als Unfallfolge anzuerkennen. Unfallunabhängig bestünden degenerative Veränderungen des TFCC-Komplexes. Die bisherigen Zeiträume der Arbeitsunfähigkeit seien durch die Folgen der Unfallverletzung begründet. Vor etwa 20 Jahren habe es nach Angaben des Klägers eine Os naviculare-Fraktur gegeben. Nach deren Ausheilung hätten keine Beschwerden bestanden. Diese Angaben würden durch den kernspintomographischen Befund, welcher keine wesentlichen degenerativen Veränderungen aufweise, untermauert. Die vorbestehende degenerative Veränderung des TFCC-Komplexes sei bis zum Unfallereignis

symptomlos gewesen. Infolge des Unfalles sei es zu einer Synovialitis des Handgelenkes links gekommen, frische Veränderungen im Bereich des TFCC-Komplexes seien im MRT nicht beschrieben. Diese degenerative Veränderung müsse daher als Nebenbefund betrachtet werden und habe keinen wesentlichen Einfluss auf die Unfallfolgen. Aktuell werde der Grad der unfallbedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) auf 20 v. H. geschätzt.

Der Kläger wurde daraufhin vom 04.10.2007 bis 10.10.2007 in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik (BGU) M. stationär behandelt. Dort erfolgte am 05.10.2007 eine Denervation des Handgelenkes, eine Neurolyse des Ramus dorsalis des Nervus ulnaris und eine Naht der Arteria radialis links. Am 29.11.2007 stellte sich der Kläger erneut in der BGU M. vor und berichtete über eher zunehmende Beschwerden. Prof. Dr. K. teilte unter dem 11.01.2008 nach einer Untersuchung des Klägers am 09.01.2008 mit, dass derzeit keine weiteren chirurgischen Optionen bestünden. Insgesamt sei das Ausmaß der Beschwerden durch die festgestellten und behandelten Veränderungen am Handgelenk des Verletzten nicht erklärlich. Insbesondere weshalb die Handgelenks-Denervation zu einer Verschlechterung der Beschwerden geführt haben sollte, bliebe nicht nachvollziehbar. Es bestehe aus seiner Sicht Arbeitsfähigkeit mit der Einschränkung, das handbelastende Tätigkeiten links nicht durchgeführt werden könnten.

Mit Schreiben vom 02.06.2008 teilte die Beklagte mit, dass die Zahlung von Verletztengeld am 05.06.2008 eingestellt werde, weil der Kläger nach den vorliegenden Unterlagen arbeitsfähig sei.

In dem von der Beklagten veranlassten handchirurgischen Zusammenhangsgutachten von Dr. S., Dr. Ö. und Dr. Z., BGU M., vom 05.12.2008 wird u.a. festgestellt, dass das Muskelrelief athletisch und seitengleich ausgebildet und eine Atrophie in der vergleichenden Umfangmessung nicht objektivierbar gewesen sei. Die Narben seien allesamt reizlos und gut auf dem Untergrund verschieblich. Bei Betasten der Narbe über der Beugeseite der Speiche werde ein elektrisierendes Missempfinden angegeben. An der linken Hand werde am kleinen Finger und Daumen ein Taubheitsgefühl angegeben. Die Überprüfung der primären Greifformen zeige den Grob-, Spitz- und Schlüsselgriff, den Drei-Punkt-, Schreib- und Falschengriff bds. erhalten, die Beweglichkeit der Langfinger an beiden Händen sei in allen Gelenken aktiv und passiv frei gewesen, der Faustschluss bds. vollständig möglich. Das linke Handgelenk zeige eine geringfügige Minderung des Bewegungsumfanges mit Dorsalextension/Palmarflexion 60-0-40 Grad gegenüber 70-0-60 Grad auf der Gegenseite. Die Radialduktion/Ulnarduktion sei mit 20-0-30 Grad links gegenüber 20-0-40 Grad rechts geringfügig gemindert, die Unterarmdrehung bei angelegtem Ellenbogen seitengleich normal. Bei der Kraftprüfung zeige sich eine Kraftminderung der linken Hand. Sie führten aus, dass nach dem Sturz am 28.01.2006 auf den vorliegenden MRT-Aufnahmen des linken Handgelenkes eine Signalverstärkung im Bereich des linken TFCC zu erkennen sei, die für einen frischen Einriss spreche. Es müsse daher davon ausgegangen werden, dass das Unfallereignis auslösend für diese Verletzung gewesen sei. Die im weiteren Verlauf durchgeführte Behandlung mit Ulnaverkürzung aufgrund eines Impaction-Syndroms sei daher eine direkte Folge des Sturzes und damit die wesentliche Ursache. Ab dem Unfalltag sei wegen der Distorsion mit Verletzung des TFCC eine Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen anzunehmen. Ab dem Zeitpunkt der Arthroskopie sowie der Ulnaverkürzungsosteotomie sei von einer Arbeitsunfähigkeit von vier Monaten auszugehen. Die MdE auf handchirurgischem Gebiet betrage 15 v. H. auf Dauer. Eine Gesamt-MdE könne erst unter Berücksichtigung eines neurologischen Zusatzgutachtens angegeben werden.

Die Fachärztin für Neurologie H. und der Arzt für Neurochirurgie Dr. J. stellten in ihrem neurologischen Zusatzgutachten vom 19.01.2009 fest, dass auf neurologischem Fachgebiet keine objektivierbaren Folgen vorlägen.

Mit Bescheid vom 13.03.2009 lehnte die Beklagte einen Anspruch auf Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalles ab. Zur Begründung führte sie aus, dass auf den Unfall eine Bewegungseinschränkung des linken Handgelenks zurückzuführen sei. Der Zustand nach einer Kahnbeinfraktur der linken Hand, die Daumensattelgelenksarthrose sowie Schleifspuren in der Radiusgelenkfläche links, die degenerative Schädigung des Discus articularis links seien unfallunabhängig. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe in der Zeit vom 29.01.2006 bis 06.07.2006 und vom 15.10.2006 bis 16.05.2007 bestanden.

Den hiergegen erhobenen Widerspruch, mit welchem der Kläger eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. begehrte, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 27.01.2010 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am Montag, den 01.03.2010 Klage zum Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben.

Das SG hat zunächst Dr. E. als sachverständigen Zeugen gehört. Dieser teilte unter dem 17.06.2010 mit, den Kläger nach dem 25.05.2009 nicht mehr wegen des Folgezustandes des Unfalles behandelt zu haben.

Ferner hat es Beweis erhoben durch das Einholen eines handchirurgischen Zusammenhangsgutachtens beim Leitenden Oberarzt der Handchirurgie im Krankenhaus 1. GmbH K. Dieser stellte unter dem 19.10.2010 eine erheblich schmerzhafteste Bewegungseinschränkung der linken Schulter und zusätzlich eine geringgradige Einschränkung der Beweglichkeit des linken Handgelenkes fest. Darüber hinaus bestünden reizlose Narben an der Ellenseite des distalen Unterarmes links sowie reizlos abgeheilte Narben ellenseitig und radialseitig am linken Handgelenk mit erheblicher Druck- und Klopfempfindlichkeit und distal der Narbe bestehender Hyposensibilität als Zeichen einer Neuombildung im Bereich der ellenseitigen und im Bereich der radialseitigen Narbe am Handgelenk nach Denervation. Die Schmerzen der linken Schulter seien bislang in keinem Bericht erwähnt worden. Im Gutachten der BGU M. vom 25.01.2008 sei eine freie Beweglichkeit des linken Schultergelenkes dokumentiert. Auch beim durchgeführten neurologischen Zusatzgutachten sei - bei seitengleich kräftig entwickelter Muskulatur am Schultergürtel - nicht über Schulterschmerzen links geklagt worden. Gesundheitsstörungen im Bereich der linken Schulter seien deshalb mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen. Die Distorsion des linken Handgelenkes mit Bone bruise des Os trapezoideums, die posttraumatisch aufgetretene Synovialitis am Handgelenk links bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen des Discus triangularis, das Impingement an der Ellenseite des Handgelenkes bei vorliegender Ulnarplusvariante von 2 mm und die aufgetretenen Beschwerden an der Ellenseite des Handgelenkes seien als Folge des Unfalles anzusehen. Wegen der weiterbestehenden Beschwerden sei eine Denervation durchgeführt worden, wobei es zu einer Verletzung von oberflächlichen Hautnerven im Bereich der Denervierungsnarbe an der Ellenseite und an der Radialseite des linken Handgelenkes mit nachfolgender Sensibilitätsminderung distal der radialseitigen Narbe am Handrücken links im Verlauf des ersten und zweiten Strahles sowie zu einer Sensibilitätsminderung distal der Narbe ellenseitig am Handgelenk links am Handrücken im Verlauf des 4. und 5. Strahles sowie an den Grundgliedern des Ring- und Kleinfingers gekommen sei. Diese Folgen seien mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Die vom Kläger angegebenen Schmerzen am Handgelenk mit einer völligen Aufhebung der Gebrauchsfähigkeit der linken

Hand seien nicht nachvollziehbar. Die MdE sei in Übereinstimmung mit der BGU M. seit Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit mit 15 v. H. auf Dauer festzulegen.

Der Kläger hat weiter geltend gemacht, ein radiologisch festgestellter mäßiggradiger Einriss der Supraspinatussehne im Bereich des zentralen Faserbündels (Bericht Dr. S. vom 08.09.2010 und Bericht der Orthopädin Dr. T. vom 06.10.2010) sei als Folge des Unfalles festzustellen.

Mit Urteil vom 18.01.2011 hat das SG die Klage abgewiesen. Das SG hat sich der Würdigung im Gutachten des Oberarztes K. angeschlossen und ausgeführt, dass die Unfallfolgen eine MdE um 15 v. H. bedingen.

Gegen das ihm am 27.01.2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am Montag, den 28.02.2011 Berufung eingelegt. Er verweist zur Begründung auf die Ausführungen von Prof. Dr. W. in dessen Gutachten vom 24.05.2007, der von einer MdE um 20 v.H. ausgegangen sei. Mit diesem Gutachten setze sich Oberarzt K. nicht auseinander. Darüber hinaus seien die Einschränkungen im Bereich der linken Schulter als weitere Folgen des Unfalles zu berücksichtigen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 18. Januar 2011 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 13. März 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Januar 2010 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 28. Januar 2006 eine Verletztenrente nach einer MdE um wenigstens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat Beweis erhoben durch das Einholen eines unfallchirurgischen Sachverständigengutachtens bei Privatdozent Dr. D., Universitätsklinikum U. Dieser führt in seinem Gutachten vom 13.07.2012 aus, dass als Folgen des Unfalles vom 28.01.2006 ein Zustand nach Distorsion des Handgelenkes links mit Bone bruise des Os trapezoideums, ein Zustand nach Synovialitis medio-carpales Handgelenk links, eine knöchern konsolidierte Ulnaverkürzungsosteotomie mit Zustand nach winkelstabiler Plattenosteosynthese, ein Zustand nach Neurolyse des Ramus dorsalis des Nervus ulnaris, eine endgradige Bewegungseinschränkung am Handgelenk links für Dorsalextension und Palmarflexion sowie Umwendbewegungen im Unterarm von insgesamt 80 Grad, Sensibilitätsstörungen mit Hypästhesie im ulnaren Narbenbereich sowie der Finger D4 und D5 und elektrisierende Dysästhesien vorwiegend im Bereich der Finger D1 bis D3 sowie eine belastungsabhängige Hypästhesie der gesamten linken Hand, eine Muskelatrophie linker Arm mit Umfangdifferenz am Unterarm um 2 cm auf den Arbeitsunfall zurückzuführen seien. Die knöchern konsolidierte Os scaphoideum-Fraktur an der linken Hand, die degenerativen Veränderungen des TFCC-Komplexes links, eine Schulterprellung links, ein Impingement-Syndrom am Schultergelenk links mit Partialruptur der Supraspinatussehne mit Bewegungseinschränkung für die Abduktion und Anteversion um ca. 30 %, eine Kraftabschwächung im Schultergelenk links mit 4/5 Kraftgrade für Abduktion und Anteversion und eine AC-Gelenksarthrose links sowie ein degeneratives HWS-Syndrom, degeneratives BWS-Syndrom und degeneratives LWS-Syndrom seien auf unfallunabhängige Umstände zurückzuführen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit schätze er ab Ende der unfallmedizinischen Arbeitsunfähigkeit am 17.05.2007 auf 20 v. H. Dies ergebe sich aus der endgradigen Bewegungseinschränkung des linken Handgelenkes für Dorsalextension/Palmarflexion und Umwendbewegung von insgesamt 80 Grad, einer Umfangsminderung am linken Unterarm um 2 cm und der Dys- und Hypästhesie am distalen Unterarm und der linken Hand. Die aufgeführten Unfallfolgen führten zu einer reduzierten Gebrauchsfähigkeit der linken Hand. Aufgrund der bestehenden neurologischen Symptome sei hierbei unter anderem eine reduzierte Greiffähigkeit und Fingerfertigkeit anzunehmen. Diese werde unter anderem durch die vorliegende Umfangsminderung im linken Unterarm gestützt.

Zu den hiergegen erhobenen Einwendungen der Beklagten hat PD Dr. D. unter dem 26.11.2012 nochmals ergänzend Stellung genommen. Zur Höhe der MdE hat die Beklagte eine Stellungnahme ihres Beratungsarztes Dr. G. vom 14.02.2013 vorgelegt. Er vertrat die Auffassung, dass die MdE mit 0 einzuschätzen sei, weil sich die bestehenden funktionellen Einschränkungen und Schmerzen aus den Folgen der Behandlungen im Zusammenhang mit der Ulnarplusvariante und den degenerativen Veränderungen am TFCC ergäben.

Der Senat hat Beweis erhoben durch das Einholen eines weiteren Gutachtens beim Orthopäden Dr. B., S ... Dieser hat unter dem 27.07.2013 ausgeführt, der Sichtweise des Dr. G., wonach sämtliche Behandlungsmaßnahmen, einschließlich der verschiedenen operativen Eingriffe ausschließlich auf unfallunabhängige Gesundheitsstörungen zurückzuführen seien, sei aus seiner Sicht ebenso wenig haltbar, wie dessen Einschätzung zum Fehlen einer messbaren MdE. Die Bewertung der MdE habe sich nach klinisch funktionellen Kriterien zu richten. Dabei habe der klinische Befund mit dem Beschwerdebild wie auch mit dem Ergebnis der apparativ-technischen Untersuchungen zu korrelieren, um ggf. Unplausibilitäten bzw. Inkonsistenzen aufzudecken. Unter Darlegung der gemessenen Bewegungseinschränkung in den Vorgutachten hat er darauf hingewiesen, dass - abgesehen von einer marginalen Umfangsminderung der linken Mittelhand von 0,5 cm anlässlich der Begutachtung durch Herrn K. - in sämtlichen übrigen Gutachten keinerlei Umfangsdifferenzen der Mittelhand hätten festgestellt werden können. Die Muskelminderung am linken Unterarm sei zunächst mit 1 cm später bei PD Dr. D. und jetzt bei ihm mit 2 cm gemessen worden. Ungeachtet der geringen Verminderung der Palmarbeschwellung links, die neben ihm auch vom Vorgutachter Prof. Dr. G. festgestellt worden sei, stellten das Fehlen einer Muskelminderung der Mittelhand wie auch das Fehlen knöcherner Schonungszeichen Hinweise dafür dar, dass gerade kein fortgesetzter und schmerzbedingt erzwungener höhergradiger Mindergebrauch der linken Hand vorliegen könne. Wenn die Beweglichkeit des linken Handgelenkes in der Tat unfallbedingt erheblich eingeschränkt und schmerzhaft wäre und die linke Hand insoweit einem relevanten Mindergebrauch unterläge bzw. ggf. auch eine Minderernervation geltend gemacht würde, so sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auch eine graduelle Atrophie der Handbinnenmuskulatur zu erwarten, die sich in einer messbaren Umfangsdifferenz der Mittelhand hätte niederschlagen müssen. Dies sei jedoch nicht der Fall. Dies relativiere die Sichtweise der Ulmer Gutachter in gravierender Art und Weise. Zur MdE-Bemessung merkte er an, dass die Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit um gesamthaft 40 Grad (z.B. bei einem Speichenbruch mit Achsabknickung) mit einer MdE um 10 v.H. zu bewerten sei. Eine gesamthaft Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit um 80 Grad nach Speichenbruch mit erheblicher Achsabknickung werde mit einem MdE-Rahmen von 20 bis 30 v.H. angegeben. Die Versteifung des Handgelenkes in Neutralstellung bedinge hingegen eine MdE von 25 v. H. Unter Berücksichtigung weiter ausgeführter Vergleichsbeispiele hat Dr. B. die vorliegende Funktionseinschränkung im Handgelenk nominell mit

einer MdE von 10 % bewertet. Unter dem Aspekt der subjektiven Beschwerden, dem Aspekt der Narbenbildung nach mehrfachen operativen Eingriffen sowie der wohlwollenden Mitberücksichtigung der sensiblen Störungen sei die im Verwaltungsverfahren wie auch im erstinstanzlichen Verfahren getroffene Einschätzung der MdE von 15 v. H. aus seiner Sicht schlüssig begründet, nachvollziehbar und literaturkonform. Anhaltspunkte dafür, dass die im Bereich der linken Schulter erhobenen Befunde ggf. mittelbare Unfallfolgen darstellten, fänden sich letztlich nicht. Aus dem dokumentierten klinischen Erstschaadensbild ergäben sich keinerlei Hinweise auf eine stattgehabte Mitbeteiligung des Schultergelenkes im Rahmen der ursprünglichen Verletzung.

Zu diesem Gutachten haben die Beteiligten nochmals Stellung genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die beigezogenen Akten der Beklagten sowie auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäß eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig. Berufungsausschlussgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung des Klägers ist jedoch unbegründet. Das SG hat die Klage auf Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen des Unfalles vom 28.01.2006 zu Recht abgewiesen.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls 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 Vorphundertsätze 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. Gemäß [§ 72 Abs. 1 SGB VII](#) wird die Rente von dem Tag an gezahlt, der auf den Tag folgt, an dem entweder der Anspruch auf Verletztengeld endet oder der Versicherungsfall eingetreten ist, wenn kein Anspruch auf Verletztengeld entstanden ist.

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 22.06.2004, [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.

Voraussetzung für die Berücksichtigung einer Gesundheitsstörung bzw. Funktionseinschränkung bei der Bemessung der MdE ist u. a. ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis bzw. dem dadurch eingetretenen Gesundheitserstschaaden und der fortdauernden Gesundheitsstörung (sog. haftungsausfüllende Kausalität). Dabei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, zu denen - neben der versicherten Tätigkeit - der Gesundheitserstschaaden und die eingetretenen fortdauernden Gesundheitsstörungen gehören, mit einem der Gewissheit nahekommenden Grad der Wahrscheinlichkeit erwiesen sein. Für die Bejahung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Gesundheitserstschaaden und den fortdauernden Gesundheitsstörungen gilt 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 hinweg gedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (conditio sine qua non). Auf Grund 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 (vgl. die zusammenfassende Darstellung der Kausalitätstheorie der wesentlichen Bedingung im Urteil des BSG vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#) = [BSGE 96, 196](#)-209 und in *Juris*).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze steht dem Kläger wegen der Folgen des von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfalles vom 28.01.2006 keine Rente zu.

Hierzu stellt der Senat zunächst fest, dass sich der Kläger im Rahmen der versicherten Tätigkeit als Kraftfahrer für die Firma K. GmbH & Co. KG auf der Raststätte H. auf dem Weg zum Fahrzeugheck seines LKW beim Sturz auf einer Eisfläche eine Distorsion des linken Handgelenkes zugezogen hat (Prof. Dr. W., Klinikum F. GmbH v. 12.02.2006). Die Beklagte hat daher zu Recht das Ereignis als Arbeitsunfall anerkannt.

Die Distorsion des linken Handgelenkes geht einher mit einem knöchernen Kontusionsödem des Os trapezoideum, einem sogenannten Bone bruise, welches vom Klinikum F. GmbH bereits aufgrund der MRT des linken Handgelenkes vom 07.02.2006 festgestellt wurde. In einem ausreichend kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis steht auch die Synovialitis, welche sich im weiteren Verlauf entwickelt hatte (so die übereinstimmende Auffassung von Prof. Dr. W., des Oberarztes K., PD Dr. D. und Dr. B.). Mit Dr. B. und dem Gutachten der BGU M.

sowie unter Berücksichtigung der MRT des linken Handgelenkes vom 07.02.2006 muss die Synovialitis aufgrund der sich dort zeigenden Veränderung (Signalverstärkung im Bereich des linken TFCC bzw. Veränderungen des Discus ulnocarpalis), die für einen frischen Einriss spricht, in einem wahrscheinlichen Zusammenhang mit der Veränderung im Bereich des TFCC gesehen werden. Insoweit hat Dr. B. nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass nicht mit einer hohen Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass Symptome einer Erkrankung des Discus ulnocarpalis ohne das angeschildigte Ereignis zu etwa der selben Zeit und in etwa demselben Umfang eingetreten wären, weshalb das Unfallereignis auch hierfür als die wesentliche Teilursache anzuerkennen ist. Darüber hinaus sind nach den ebenfalls überzeugenden Ausführungen des Dr. B. als mittelbare Schädigungsfolgen auch die Dys- und Hypästhesie, welche lediglich den Klein- und anteilig den Ringfinger der linken Hand betrifft, sowie die - reizfreie - Narbenbildung am distalen Unterarm und Handgelenk links mit Sensibilitätsstörungen als weitere Funktionsstörungen zu berücksichtigen. Dies steht im Übrigen in Übereinstimmung mit den Gutachten von Prof. Dr. W., des OA K., und PD Dr. D. Die persistierenden Beschwerden sind Folgen der wegen anhaltender Schmerzen durchgeführten Denervierung des linken Handgelenkes und daraus resultierender Folgeläsionen.

Keine Folgen des Unfalles sind jedoch die Einschränkungen im Bereich der linken Schulter und der Wirbelsäule. Für die Einschränkungen von Seiten der linken Schulter folgt dies schon daraus, dass es an Brückensymptomen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis fehlt. Es ist schon nicht vorstellbar, dass es - vom Nachweis eines geeigneten Unfallherganges abgesehen - am 28.01.2006 zu einer traumatischen Verletzung der Supraspinatussehne gekommen sein soll, die bis zu einer Behandlungsbedürftigkeit im September 2010 klinisch stumm gewesen ist, bei zudem auch uneingeschränkter freier Beweglichkeit, wie sie bei den Begutachtungen im Mai 2007 und November 2008 festgestellt wurde. Den insoweit überzeugenden Einlassungen von Oberarzt K., PD Dr. D. und Dr. B. ist insoweit nichts hinzuzufügen. Gleiches gilt nach den ebenfalls übereinstimmenden Einschätzungen der beiden zuletzt gehörten Gutachter für die Beschwerden von Seiten der HWS, BWS und LWS und für die Veränderungen an beiden Kniegelenken, die bereits zu arthroskopischen Eingriffen geführt haben, sowie für die Dysplasie-Coxarthrose rechts bei dysplastischer Hüftanlage rechts mehr als links. Auch hier fehlt es am Nachweis eines traumatisch verursachten Erstschadens durch den Sturz. Daneben besteht unfallunabhängig eine folgenlos verheilte Kahnbeinfraktur am linken Handgelenk.

Folge der durch den Unfall verursachten Gesundheitsstörungen ist eine Bewegungseinschränkung im linken Handgelenk, die - wie Dr. B. zutreffend wiedergegeben hat - im Seitenvergleich im Gutachten der BGU M. um 40 Grad, bei Oberarzt K. um 50 Grad, bei PD Dr. D. um 60 Grad und bei Dr. B. um 40 Grad eingeschränkt war. Eine Muskelminderung am linken Unterarm war in M. und bei Oberarzt K. mit 1 cm, bei PD Dr. D. und Dr. B. mit 2 cm ausgemessen worden. Umfangsdifferenzen im Bereich der Mittelhand waren abgesehen von den von Dr. S. am 25.11.2008 gemessenen 1 cm und von Oberarzt K. am 30.09.2010 gemessenen 0,5 cm in keinem anderen Gutachten mehr festgestellt worden (PD Dr. D.: Mittelhand ohne Daumen rechts: 22, links 22 und Dr. B. mit denselben Werten).

Für die MdE-Bewertung im Bereich der Hände ist maßgebend, inwieweit die Gebrauchsfähigkeit der Hand eingeschränkt wird und inwieweit durch die Unfallfolgen erschwert wird, die Hand "in Stellung" zu bringen. Dabei ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die Beweglichkeit der einzelnen Finger und die Greiffunktionen der linken Hand nicht beeinträchtigt sind (vgl. Gutachten BGU M.: Grob-, Spitz- und Schlüsselgriff, Drei-Punkt-, Schreib- und Flaschengriff bds. erhalten, die Beweglichkeit der Langfinger an beiden Händen in allen Gelenken aktiv und passiv frei, der Faustschluss bds. vollständig möglich; ebenso Oberarzt K.: Spitzgriff und Klemmgriff mit guter Kraft möglich, Faustschluss regelrecht und kräftig möglich, Dr. B.: Spitzgriff seitengleich unauffällig demonstrabel, Faustschluss beidseits unbehindert, Händedruck beidseits kräftig, keine Feststellungen hierzu im Gutachten von PD Dr. D.). Im Seitenvergleich zeigt sich sowohl im Gutachten von PD Dr. D. als auch im Gutachten von Dr. B., dass die Bewegungsmaße des Handgelenkes im Seitenvergleich nur endgradige Abweichungen wiedergeben. So wird etwa die Bewegung handrückenwärts/hohlhandwärts bei PD Dr. D. rechts mit 60/0/60, links mit 50/0/40, bei Dr. B. mit 70/0/60 und 60/0/35 angegeben. Das heißt, die Bewegungsebenen der Hand sind zwar links handrückenwärts/hohlhandwärts und ellenwärts/speichenwärts endgradig eingeschränkt, aber weder in den einzelnen Funktionsbereichen noch insgesamt aufgehoben.

Unter Berücksichtigung der Vergleichswerte in der Rentenliteratur wird hierdurch eine MdE in rentenberechtigenden Grad nicht erreicht. Nach Schönberger/Mehrtens/Valentin (Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl., S. 544) wird für einen Speichenbruch mit Achsabknickung und einer Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit um insgesamt 40 Grad ein MdE von 10 v.H. vorgeschlagen. Eine MdE um 20 bis 30 v.H. wird erst bei einer erheblichen Achsabknickung und einer Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit um insgesamt 80 Grad erreicht. Eine Handgelenksversteifung in Neutralstellung wird nach der genannten Literaturstelle mit einer MdE um 25 v.H. bewertet.

Unter Berücksichtigung dessen ist die Einschätzung von Dr. B. nicht zu beanstanden. Auch der Senat geht unter Berücksichtigung allein der funktionellen Einschränkung im Bereich des Handgelenkes nicht von einer höheren MdE als 10 v.H. aus, die insoweit aus der vorliegenden Bewegungseinschränkung von insgesamt 40 Grad resultiert, welche sich wiederum den Gutachten der BGU M. und von Prof. Dr. B. entnehmen lässt. Eine diesbezüglich qualitativ zu berücksichtigende Abweichung enthält die Ausmessung von Oberarzt K., der insoweit 50 Grad angegeben hat, im Hinblick auf die zu vergebende MdE nicht, zumal eine knöcherne Achsabknickung nach einem Speichenbruch gerade nicht vorliegt. Den von PD Dr. D. erhobenen Befunden vermag der Senat angesichts der im Wesentlichen übereinstimmenden Befunderhebungen in den Gutachten der BGU M., von Oberarzt Dr. K. und Dr. B. nicht näherzutreten. Insoweit ist schon nicht schlüssig, dass es durch den Unfall zu einer von ihm beschriebenen Einschränkung der Umwendbeweglichkeit von 20 Grad gekommen sein soll. Dies kann letztlich dahinstehen, weil die Begutachtung durch Dr. B. eine solche Einschränkung der Umwendbeweglichkeit gerade nicht bestätigt hat. Darüber hinaus misst der Senat der von PD Dr. D. vorgenommenen Bewertung der Muskelatrophie um 2 cm nicht die Bedeutung zu, die er ihr durch die Addition einer weiteren Teil-MdE von 5 v.H. zugemessen hat. Dabei ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die MdE-Bewertung nicht durch die Addition von Teil-MdE-Werten zu erfolgen hat, sondern grundsätzlich durch eine integrierende Betrachtung (vgl. zum insoweit rechtsgleichen Schwerbehindertenrecht, BSG Urteil vom 15.03.1979, [9 RVs 6/77](#), - juris, Ricke in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, 79. Ergänzungslieferung 2013). Eine solche ergibt unter Berücksichtigung der Vorgaben in der Rentenliteratur im Hinblick auf die Versteifung des Handgelenkes in Neutralstellung (MdE 25 v.H.) eine deutliche Besserstellung des Klägers, der nicht annähernd und in keiner Richtung des Funktionsumfanges des Handgelenkes gravierend in der Beweglichkeit eingeschränkt ist und schon deshalb deutlich unter 20 v.H. einzustufen ist. Deshalb vermag auch der in der Rentenliteratur vereinzelt vertretene MdE-Rahmen von 10 bis 20 v.H. (Mehrhoff/Ekkernkamp/Wich, Unfallbegutachtung, 13. Aufl. S. 170) hier zu keiner anderen Beurteilung führen. PD Dr. D. hat darüber hinaus auch nicht nachvollziehbar erläutert, worin die aus der Muskelatrophie resultierende Gebrauchsminderung konkret bestehen soll. Feststellungen im Hinblick auf Greiffunktionen der Hand und Einschränkungen der Kraft fehlen in seinem Gutachten. Würde die linke Hand oder der linke Arm tatsächlich schmerzbedingt mehr geschont, als es bei einem Rechtshänder der Fall ist, wäre mit Dr. B. jedenfalls zu erwarten, dass die Verringerung der Palmarbeschwielung im Seitenvergleich links deutlicher ausfällt, eine Muskelminderung der Mittelhand

nachweisbar wäre und auch knöcherne Schonungszeichen im Sinne einer Kalksalzminderung nachweisbar sind (vgl. hierzu Bl. 13 des Gutachtens von Dr. B.).

Der Einschätzung des Grades der eingetretenen Erwerbsminderung von Prof. Dr. W. war schon deshalb nicht zu folgen, weil der Kläger zum Zeitpunkt der Begutachtung noch mit einer Unterarmgipsschiene versorgt war und die verbliebenen funktionellen Einschränkungen deshalb noch nicht abschließend bewertet werden konnten.

Auf neurologischem Fachgebiet sind darüber hinaus keine weiteren Unfallfolgen zu berücksichtigen, da solche Folgen im Gutachten von Dr. J. nicht festgestellt werden konnten. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass die Gefühlsstörungen als nicht objektivierbare neurologische Symptome auch von PD Dr. D. im Rahmen einer reduzierten Gebrauchsfähigkeit der Hand berücksichtigt wurden. Auch Dr. B. hat diese Einschränkungen zusammen mit den unfallbedingten Narben in seinem Gutachten berücksichtigt. Seine Einschätzung, hierdurch werde eine MdE um 15 v.H. erreicht, ist auch aus Sicht des Senats nicht zu beanstanden und trägt den Folgen des eingetretenen Arbeitsunfalles ausreichend und angemessen Rechnung.

Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichtes Konstanz war daher zurückzuweisen.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-02-28