

L 8 U 3664/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 10 U 3727/14
Datum
05.08.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 3664/15
Datum
29.09.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 05.08.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger gegen die Beklagte einen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente wegen eines Arbeitsunfalles vom 11.05.1981 zusteht.

Der 1957 geborene Kläger, türkischer Staatsangehöriger, war als ungelernter Bauwerker bei einem Mitgliedsunternehmen der Beklagten versicherungspflichtig beschäftigt. Am 11.05.1981 erlitt er einen Arbeitsunfall, als sich bei Ausübung seiner Tätigkeit eine Schutzschiene löste und ihn am Rücken und an der rechten Hand verletzte (zur Unfallanzeige vom 15.05.1981 vgl. Blatt 1 der Beklagtenakte). Der aufgesuchte Durchgangsarzt Prof. Dr. Sp. gab in seinem Bericht vom 11.05.1981 (Blatt 3 der Beklagtenakte) eine nicht dislozierte Mehrfragmentfraktur der rechten Hand sowie eine Prellung des rechten Olecranon an.

Dr. R. kam in seinem Ersten Rentengutachten vom 24.02.1982 (Blatt 4/9 der Beklagtenakte) zu dem Ergebnis, dass sich der Kläger eine Kontusion der rechten Hand mit Fraktur des Grundgliedes des rechten Mittelfingers sowie eine Fraktur an der Basis des 2. Mittelhandknochens zugezogen habe. Daneben bestehe ein akutes Karpaltunnelsyndrom. Die Fraktur des 2. Mittelhandknochens sei unter Verbreiterung und Verformung der Basis fest verheilt. Zwar sei der Faustschluss der rechten Hand noch leicht beeinträchtigt gewesen, der Fingerkuppen-Hohlhandabstand habe jedoch für alle 4 Langfinger 0 cm betragen, durch ein Streckdefizit in den Endgelenken des Zeige- und Mittelfingers von jeweils 20° habe sich ein Abstand zur Handrückenebene von 3 cm ergeben, beim Zeigefinger und Mittelfinger 1 cm. Die Finger IV und V seien vollständig zu strecken gewesen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) wurde auf 30 v.H., nach Beendigung des 2. Jahres nach dem Unfall auf voraussichtlich 20 v.H. geschätzt.

Im Zweiten Rentengutachten vom 10.09.1982 (Blatt 10/15 der Beklagtenakte; Untersuchung des Klägers am 09.09.1982) führte Dr. N. aus, die Mittelfingergrundgliedfraktur sei nicht mehr mit Sicherheit nachweisbar in achsengerechter Stellung knöchern vollständig überbaut. Die Basis des 2. Mittelhandknochens sei mäßig indeformiert verbreitert, knöchern ebenfalls vollständig überbaut mit Deformierung der Basis. Der Kalksalzgehalt habe sich symmetrisch rechts zu links gezeigt. Livide Verfärbungen, Muskelverschwächigungen und Temperaturunterschiede sowie Druckschmerzen über dem Mittelhandknochen und Sensibilitätsstörungen der Mittelfinger hätten sich nicht mehr gezeigt. Die MdE sei auf unter 10 v.H. zu schätzen.

Prof. Dr. Ma. gab in seinem neurologischen Gutachten vom 09.11.1982 (Blatt 16/26 der Beklagtenakte; Untersuchung am 09.11.1982) an, offenbar habe eine Schonhaltung der rechten Hand und Verdeutlichung bzw. Vortäuschung motorischer und sensibler Störungen bestanden. Der im Gutachten vom 21.01.1982 geäußerte Verdacht, dass es erneut zu einer zunehmenden Kompression des Nervus medianus gekommen sei, sei durch die neurologischen und elektromyographischen Befunde nicht ausreichend gesichert. Der Verdacht einer zunehmenden oder weiterhin bestehenden Kompression mit entsprechenden motorischen und sensiblen Ausfällen im distalen Hauptinnervationsgebiet sei nicht zu bestätigen. Bei den angegebenen und demonstrierten Sensibilitätsstörungen und motorischen Funktionsstörungen handle es sich um Verdeutlichungen und Vortäuschungen von Empfindungsstörungen sowie motorischen Funktionsstörungen, die möglicherweise anfangs bestanden hätten, jetzt aber nicht mehr bestehen könnten. Die angegebenen Empfindungsstörungen ließen sich nicht in das Hauptinnervationsgebiet des Nervus medianus oder auch des Nervus ulnaris einordnen. Es könne eine Schädigung des Nervus medianus und des Nervus ulnaris im Bereich des Handgelenks ausgeschlossen werden. Auf

neurologischem Fachgebiet bestünden keine erwerbsmindernden Folgen des Unfalls vom 11.05.1981 mehr.

Mit bestandskräftigem Bescheid vom 20.12.1982 (Blatt 27 der Beklagtenakte) erkannte die Beklagte eine Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit des 2. und 3. Fingers rechts mit unvollständiger Streckfähigkeit des Endgliedes des 2. sowie des Mittelgelenks des 3. Fingers, eine unvollständige Opposition des rechten Daumens, eine Einschränkung der Spreizfähigkeit des rechten Zeigefingers sowie eine Herabsetzung der groben Kraft der rechten Hand als Unfallfolgen an und gewährte Verletztenrente nach einer MdE von 20 v. H. für die Zeit vom 19.08.1981 bis 09.09.1982. Darüber hinaus lehnte sie einen Rentenanspruch ab.

Mit Schreiben vom 14.09.2000 (Blatt 29 der Beklagtenakte) teilte der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. der Beklagten mit, der Kläger klage darüber, seit seinem Arbeitsunfall wegen Schmerzen in der Hohlhand rechts keinen Hammer mehr heben zu können. Im Winter habe er Schmerzen, die Hand werde blau.

Der D-Arzt Dr. St. gab in seinem D-Arztbericht vom 12.09.2000 (Blatt 30 der Beklagtenakte) eine geringe Schwellung des rechten Handrückens mit Unschärfe des Venen- und Sehnenprofils gegenüber links an. Das Endglied des 2. Fingers rechts stehe in ca. 20° Beugstellung, die aktive Streckung sei nicht möglich, der Faustschluss sei unvollständig. Die grobe Kraft beim Händedruck habe sich als deutlich abgeschwächt gezeigt, eine reizlose Narbe an der Handgelenkbeugeseite nach Karpaltunnelsplattung sei festzustellen gewesen, eindeutige Sensibilitätsstörungen hätten nicht bestanden. Die Röntgenuntersuchung des rechten Handgelenkes in zwei Ebenen habe ergeben, dass die Fraktur der Basis des 2. Mittelhandknochens unter erheblicher Verbreiterung der Basis fest knöchern ausgeheilt gewesen sei, die Fraktur des Grundgliedes des 3. Fingers sei in idealer Stellung fest knöchern verheilt.

Der Kläger teilte nunmehr (Schreiben vom 21.09.2000, Blatt 33 der Beklagtenakte) mit, die eingeschränkte Funktion der rechten Hand bestehe weiterhin.

Nach Auswahl durch den Kläger und im Auftrag der Beklagten erstattete Prof. Dr. K., sein Gutachten vom 16.01.2001 (Blatt 39/41 der Beklagtenakte; Untersuchung des Klägers am 11.01.2001), in dem er darauf hinwies, dass bei der Betrachtung der Hände von der Beugeseite her die Handbeschielung rechts diskret reduziert sei, Verarbeitungszeichen hätten sich beidseits gefunden, eine Muskelverschwächung habe nicht bestanden. Bei der Prüfung der Beweglichkeit habe sich diese im rechten Handgelenk eingeschränkt gezeigt, der Faustschluss sowie die Fingerstreckung rechts sei inkomplett, zusätzlich sei die Zeigefingerabspreizung und Anspreizung erschwert möglich gewesen. Bei der Prüfung der primären Greifformen zeige sich rechts ein erschwert durchführbarer Spitzgriff vom Daumen zu sämtlichen Langfingern, der Grob-, Fein- und Schlüsselgriff sei rechts erschwert, links dagegen frei demonstrierbar gewesen. Die MdE schätzte er auf 15 v.H.

Mit bestandskräftigem Bescheid vom 22.02.2001 (Blatt 42/43 der Beklagtenakte) lehnte die Beklagte den Antrag auf Neufeststellung der Rente wegen Folgen des Versicherungsfalles vom 11.05.1981 ab.

Mit Schreiben vom 28.06.2012 (Blatt 45/46 der Beklagtenakte) machte der Kläger unter Vorlage von Arztberichten (Blatt 51/52 der Beklagtenakte) nun geltend, dass drei Nerven in der rechten Hand als Folge des Arbeitsunfalls abgestorben seien. Der Zustand habe sich zunehmend chronifiziert und der Schmerz verschlimmere sich weiterhin.

Die Beklagte zog das Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse bei (Blatt 75/76, 79/81, 102/114 der Beklagtenakte). Nach Auswahl des Klägers und im Auftrag der Beklagten erstatteten Prof. Dr. G. und Prof. Dr. Schr. Gutachten über den Kläger. Der Ärztliche Direktor der Universitätsklinik U., Zentrum für Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie Prof. Dr. G. führte in seinem Gutachten vom 14.01.2013 (Blatt 83/89 der Beklagtenakte) aus, der Röntgenbefund habe keine Entkalkung der knöchernen Strukturen ergeben. Die Fingergelenke seien gut einsehbar. Die erlittenen Frakturen seien knöchern konsolidiert. Als Unfallfolge bestehe eine Hyposensibilität an der Zeigefingerkuppe sowie eine Wetterfühligkeit an der rechten Hand. Als Unfallfolge werde auch die Muskelatrophie im Bereich der Interosseusmuskulatur der Daumenadduktormuskulatur angesehen. Hierdurch sei es zu einer Einschränkung der Kraft bei der Daumenadduktion und bei der Fingerspreizung und Fingeradduktion gekommen. Im Verlauf der Jahre sei es eindeutig zu einer Muskelatrophie gekommen, wobei die Muskulatur entweder durch das adäquate Trauma direkt geschädigt worden sein könne oder alternativ die Möglichkeit eines Nervenengpasssyndroms weiter körpfernah als Erklärung bestünde. Es spreche jedoch der neurologische Befund dagegen, zudem sei es auch nicht zu einem Vollbild einer Ulnarisschädigung gekommen, da eine Krallenfehlstellung an den Fingern der rechten Hand nicht vorliege. Die MdE betrage weiterhin 15 v. H.

Prof. Dr. Schr., Neurologe und Schmerztherapeut, gab in seinem Gutachten vom 23.04.2013 (Blatt 118/133 der Beklagtenakte; Untersuchung des Klägers am 07.03.2013) an, dass keine Krallenfehlstellung der rechten Hand vorliege. Bei der Kraftprüfung habe sich eine deutliche Schwäche der Fingerspreizung gezeigt. Die Daumenextension sei dagegen kräftig gewesen. Der Pinzettengriff könne rechts nicht vollständig durchgeführt werden. Auch die Hand- und Fingerextension rechts sei leicht abgeschwächt ausgeführt worden, trophische Störungen hätten sich nicht gefunden. Es habe eine Hypästhesie am Ansatz von Digitum 2 und 3 sowie proximal am angrenzenden Handrücken rechts bestanden. Inspektorisch habe sich eine reizlose Narbe am distalen Unterarm über dem Karpaltunnel bis in den volaren Handbereich rechts gezeigt, ebenso eine kleine reizlose Narbe zwischen Digitum 2 und 3 rechts. Die Sensibilitätsstörung sei ohne eindeutige radikuläre oder periphere Zuordnung gewesen, am ehesten noch dem lateralen Innervationsbereich des Ramus superficialis Nervi radialis zuzuordnen. Bei der klinischen Untersuchung habe sich eine gewisse Verdeutlichungstendenz bei erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit gezeigt. Die Elektromyographie habe eine leichte axonale Partiailläsion des Nervus ulnaris rechts ergeben. Eine objektivierbare Medianusläsion rechts habe nicht bestanden. Die geklagten Sensibilitätsstörungen seien ohne eindeutige radikuläre bzw. peripher-nervale Zuordnung, insbesondere finde sich kein Hinweis auf eine zusätzliche Schädigung sensibler Äste des Nervus radialis rechts. Die axonale Teilschädigung des Nervus ulnaris rechts sei sehr wahrscheinlich eine Spätfolge des Unfalls von 1981. Festzuhalten sei allerdings auch, dass das Ausmaß der geklagten Funktionseinschränkung in keinem Verhältnis zu den insgesamt diskreten Schädigungszeichen stünden, die klinisch und elektrophysiologisch hätten objektiviert werden können. Objektive Hinweise für eine Schädigung des Nervus medianus rechts könnten nicht erhoben werden. Ebenso könnten die motorischen Funktionsausfälle und Muskelatrophien auch nicht auf das Gebiet des Nervus medianus bezogen werden. Die geklagten Sensibilitätsstörungen, die allenfalls kleinen, sensiblen Endästen der die Hand versorgenden Nerven zuzuordnen seien, seien nicht von klinischer Relevanz. Insbesondere könnten sensible Messungen der Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus radialis rechts keine Schädigungszeichen nachweisen. Festzuhalten

sei auch, dass keine Hinweise für einen Morbus Sudeck bestünden. Nicht ausgeschlossen werden könne allerdings, dass unter Provokation eine gewisse Verstärkung des Schmerzes erfolge. Auf neurologischem Fachgebiet bestehe ein Zustand nach leichter bis mäßiger Teilläsion des Nervus ulnaris rechts mit diskreter Interossealatrophy und leichte Kraftminderung der Musculi interossei 2 bis 5 rechts sowie keine objektivierbare Medianusläsion rechts als Unfallfolge. Eine sekundäre Verschlechterung des Schmerzsyndroms in dem vom Kläger angegebenen Ausmaß sei aufgrund der Unfallfolgen nicht zu erklären. Die MdE sei auf 20 v.H. einzuschätzen.

Nachdem der Beratungsarzt der Beklagten Dr. M. der Einschätzung des Prof. Dr. Schr. nicht gefolgt war (Stellungnahme vom 13.06.2013, Blatt 138/139 der Beklagtenakte), äußerte sich Prof. Dr. Schr. am 19.08.2013 ergänzend (Blatt 143/148 der Beklagtenakte). Auch nahmen die Beratungsärzte Dr. K. und Dr. M. (Blatt 149, 151/157, 159/160 der Beklagtenakte) Stellung. Dr. M. führte aus, dass ein Unfallzusammenhang bei fehlenden Brückensymptomen und unauffälligen Vorbefunden sei fraglich, die MdE von 20 v.H. stehe nicht in Übereinstimmung zur Literatur. Ein 31 Jahre alter unfallbedingter Nervenschaden – ob erkannt oder nicht erkannt – fange nicht 2012 an sich zu verschlechtern.

Mit Bescheid vom 10.12.2013 (Blatt 164/165 der Beklagtenakte) lehnte die Beklagte die Gewährung einer Verletztenrente ab. Mit seinem Widerspruch vom 16.12.2013 (Blatt 166 der Beklagtenakte) begehrte der Kläger eine Unfallrente nach einer MdE von mindestens 50 v.H. für die ersten 6 Monate nach dem Unfall und danach nach einer MdE von 20 v.H. auf Dauer.

Mit Bescheid vom 31.07.2014 (Blatt 179/ 182 der Beklagtenakte) lehnte die Beklagte die Überprüfung des Bescheids vom 20.12.1982 ab. Hiergegen erhob der Kläger am 07.08.2014 Widerspruch (Blatt 184 der Beklagtenakte).

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheiden vom 30.10.2014 (Blatt 188/191 und 192/194 der Beklagtenakte) die Widersprüche des Klägers gegen die Bescheide vom 10.12.2013 und 31.07.2014 zurück.

Der Kläger hat gegen den Bescheid vom 10.12.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheid vom 30.10.2014 am 21.11.2014 beim Sozialgericht (SG) Ulm Klage erhoben (Az.: [S 10 U 3727/14](#)). Gegen den Bescheid vom 31.07.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.10.2014 hat er ebenfalls am 21.11.2014 beim SG Klage erhoben (Az.: [S 10 U 3728/14](#)).

Im Verfahren [S 10 U 3727/14](#) hat der Kläger begehrt, die Beklagte zur Gewährung einer dauerhaften Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu verurteilen. Aufgrund der erlittenen Unfallfolge bestehe eine Depression, da er wegen der aus seiner Sicht praktisch unbrauchbaren Hand längerfristig keiner Arbeit nachgehen könne. Er sei deshalb beruflich besonders betroffen, was sich letztendlich auf die MdE-Höhe auswirken müsse.

Im Verfahren [S 10 U 3728/14](#) hat der Kläger begehrt, die Beklagte zu verpflichten, die Bescheide vom 20.12.1982 und 22.02.2001 zurückzunehmen und zu verurteilen, eine dauerhafte MdE von 20 v.H. über den 09.09.1982 hinaus festzustellen und vom 22.04.2014 an rückwirkend für 4 Jahre hieraus eine Verletztenrente zu gewähren (Überprüfungsantrag).

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines neurologischen Gutachtens bei Prof. Dr. W ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 31.05.2015 (Blatt 15/41 der SG-Akte [S 10 U 3728/14](#); Untersuchung am 27.05.2015) ein rechtsbetontes Kubitaltunnelsyndrom bei Druckschädigung des Ulnarisnerven im Bereich des Ellbogens diagnostiziert sowie geringfügige lokale Sensibilitätsstörungen im Bereich der Narben an der rechten Hand beschrieben. Eine Verursachung oder Verschlimmerung der am 11.05.1981 erlittenen Gesundheitsstörungen sei nicht zu erkennen, die subjektiv geklagte Kälteempfindlichkeit der rechten Hand bedinge auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt keine messbare MdE.

Hiergegen hat sich der Kläger gewandt (Schreiben vom 14.07.2015, Blatt 45/46 der SG-Akte [S 10 U 3728/14](#)). Soweit der Gutachter annehme, es handele sich lediglich um subjektive Empfindungen, so sei dem die Fehlstellung der Finger entgegenzuhalten.

Das SG hat mit Gerichtsbescheid vom 05.08.2015 die Klage im Verfahren [S 10 U 3727/14](#) abgewiesen. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 10.12.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.10.2014 sei rechtmäßig und verletze den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger könne die Gewährung einer Verletztenrente nicht beanspruchen. Weitere als die bereits festgestellten Unfallfolgen seien nicht festzustellen, insbesondere liege eine unfallbedingte Schädigung des Nervus ulnaris nicht vor. Es sei nicht nachgewiesen, dass das Unfallereignis zu einer solchen Schädigung des Ulnarisnerven geführt habe. Nicht nachgewiesen sei auch das Bestehen einer auf das Unfallereignis zurückzuführenden Depression.

Das SG hat mit Gerichtsbescheid vom 05.08.2015 die Klage im Verfahren der SG-Akte [S 10 U 3728/14](#) abgewiesen. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 31.07.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.10.2014 sei rechtmäßig und verletze den Kläger nicht in seinen Rechten. Er habe keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente unter Rücknahme des Bescheids vom 20.12.1982. Eine MdE von 20 v.H. sei nicht zu begründen. Die Einschätzung des Prof. Dr. Schr. habe schon zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht in Einklang mit den Erfahrungssätzen zur Einschätzung der MdE gestanden.

Gegen den seinem Bevollmächtigten am 07.08.2015 zugestellten Gerichtsbescheid im Verfahren [S 10 U 3727/14](#) hat der Kläger am 31.08.2015 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt (Az.: [L 8 U 3664/15](#), Verletztenrente). Gegen den seinem Bevollmächtigten ebenfalls am 07.08.2015 zugestellten Gerichtsbescheid im Verfahren [S 10 U 3728/14](#) hat der Kläger ebenfalls am 31.08.2015 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt (Az.: [L 8 U 3665/15](#), Überprüfungsantrag).

Im Verfahren [L 8 U 3664/15](#) (Verletztenrente) hat der Kläger ausgeführt, er halte den Gerichtsbescheid für rechtswidrig. Er sei nach wie vor der Überzeugung, dass bei ihm die Voraussetzungen für die Gewährung einer Verletztenrente vorlägen und dass er insoweit durch den angefochtenen Gerichtsbescheid sowie die angefochtenen Bescheide in seinen Rechten verletzt sei. Die Entscheidung des SG sei für ihn nach wie vor nicht nachvollziehbar. Zur Begründung beziehe er sich nach wie vor auf die Einschätzung von Prof. Dr. Schr. im Gutachten vom 23.04.2013 sowie der ergänzenden Stellungnahme vom 19.08.2013. Er halte diese für überzeugender als die Einschätzung des Prof. Dr. Dr. W ... Für ihn sei auch nicht nachvollziehbar, dass das SG der Anregung, Prof. Dr. Schr. die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Gutachten von Prof. Dr. Dr. W. einzuräumen, nicht nachgekommen sei. Immerhin "werfe" Prof. Dr. Dr. W. Prof. Dr. Schr. "vor", er habe keine

erschöpfende Diagnostik durchgeführt und auch alternative Ursachen nicht differentialdiagnostisch diskutiert.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 05.08.2015 ([S 10 U 3727/14](#)) aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 10.12.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.10.2014 zu verurteilen, ihm Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v.H. zu gewähren.

Darüber hinaus stellt der Kläger hilfsweise den Beweisantrag im Schriftsatz vom 22.09.2017 unter Nr. 1.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Die Sach- und Rechtslage wurde in einem nichtöffentlichen Termin am 08.07.2016 mit den Beteiligten erörtert. Wegen des Inhalts und Ergebnisses des Termins wird auf die Niederschrift Bezug genommen (Blatt 35/37 der Senatsakte).

Der Kläger hat vorgelegt (Blatt 42/75 der Senatsakte) einen Vergleich der Gutachten von Prof. Dr. Schr. und Prof. Dr. Dr. W. , Arztberichte von Dr. Re. vom 25.05.1981, des Universitätsklinikums U. , Departement Chirurgie vom 16.05.1981 und 26.05.1981 sowie einen Zwischenbericht von Dr. R. vom 03.06.1981.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines neurologischen Gutachtens bei Prof. Dr. Me ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 08.05.2017 (Blatt 102/116 der Senatsakte; Untersuchung am 30.01.2017) unter Berücksichtigung eines klinisch-neurophysiologischen Befundberichts von PD Dr. We. (Blatt 87/101 der Senatsakte) ausgeführt, beim Kläger bestehe auf neurologischem Fachgebiet eine hochgradige, aber unvollständige Endstschädigung des Nervus ulnaris in der rechten Hohlhand. Der Heilungsverlauf sei möglicherweise durch ein nicht diagnostiziertes komplexes regionales Schmerzsyndrom Typ II verkompliziert. Zusätzlich liege ein beidseitiges, subjektiv asymptomatisches, rechtsbetontes Sulcus ulnaris-Syndrom vor. Mit Wahrscheinlichkeit wesentlich auf den Unfall vom 11.05.1981 zurückzuführen sei die Endstschädigung des Nervus ulnaris in der Hohlhand und - ggfs. - das komplexe regionale Schmerzsyndrom Typ II. Das Sulcus ulnaris-Syndrom sei unfallunabhängig. Die beidseitige Schädigung des Nervus ulnaris am Ellenbogen sei im Rahmen einer chronischen Druckläsion in einem knöchernen Engpass im Nervenverlauf entstanden. Im 35-jährigen Verlauf sei beidseits ein rechts betontes Sulcus ulnaris-Syndrom hinzugetreten. Für eine hierdurch verursachte wesentliche Änderung der unfallbedingten Gesundheitsstörungen finde er keine überzeugenden Belege. Die MdE infolge der Teilschädigung des Nervus ulnaris rechts werde mit 10 v.H. eingeschätzt. Das möglicherweise als Heilungsentgleisung hinzugekommene komplexe regionale Schmerzsyndrom Typ II sei nicht berücksichtigt. Vom Gutachten Prof. Dr. Schr. weiche er ab, als die dort veranschlagte MdE von 20 v.H. einer vollständigen Schädigung des Nervus ulnaris entspreche, es liege aber lediglich eine hochgradige Teilschädigung der funktionell besonders bedeutsamen Endäste zur Zeigefingermuskulatur vor.

Hiergegen hat der Kläger mit Schreiben vom 12.07.2017 (Blatt 125/126 der Senatsakte) eingewandt, dass das Gutachten des Prof. Dr. Me. Fragen hinsichtlich der festgestellten Gesundheitsstörungen als auch der MdE-Bemessung aufwerfe, weshalb dessen ergänzende Stellungnahme erforderlich sei. Prof. Dr. Me. werte die motorische Endstschädigung des Nervus ulnaris rechts zutreffend als Folge des Unfalls, beschreibe aber auch die Sensibilitätsstörung im Bereich der Narben an der Hand und in den Fingern als Folge der Verletzungen kleiner Hautnerven. Da die Sensibilitätsstörung im Bereich der unfallabhängigen Narben bestehe, sei es nicht nachvollziehbar, dass diese bei Beantwortung der Beweisfrage 1 nicht aufgeführt seien. Unklar bleibe auch, ob das im Gutachten mehrfach genannte komplexe regionale Schmerzsyndrom (CRPS) Typ II zum Gutachtenszeitpunkt als noch bestehend angesehen werde oder nicht. Eine Diskussion dieser Gesundheitsstörung finde nicht statt. Immerhin liege die deutliche Temperaturminderung der rechten Hand im Seitenvergleich, die ein typisches Symptom des komplexen regionalen Schmerzsyndroms sei, objektivierbar vor, so dass er davon ausgehe, dass ein komplexes regionales Schmerzsyndrom nicht lediglich in der Vergangenheit vorgelegen habe, sondern noch immer vorliege. Diese Schmerzerkrankung habe bei ihm schon seit über 15 Jahren zu Depressionen und Angstzuständen geführt, dies habe er schon oft bei Anamnesen angegeben und seiner rechten Hand zugeordnet. Im Rahmen der MdE-Bewertung werde auch nicht genau begründet, warum trotz der angenommenen hochgradigen Teil-Schädigung der funktionell besonders bedeutsamen Endäste zur Zeigefingermuskulatur der MdE-Rahmen lediglich in Höhe der Hälfte ausgeschöpft werde. Eine Diskussion mit der abweichenden Auffassung von Prof. Dr. Schr. erfolge ebenfalls nicht. Bei der MdE-Bemessung unberücksichtigt geblieben sei im Übrigen die Sensibilitätsstörung sowie das komplexe regionale Schmerzsyndrom. Bei der MdE-Bemessung seien zudem auch die unfallchirurgischen Unfallfolgen zu berücksichtigen, wie sie im Gutachten von Prof. Dr. M. [gemeint wohl Prof. Dr. G.] genannt seien. Unter anderem sei von Prof. Dr. M. eine im Seitenvergleich um 10° eingeschränkte handrückenwärtige Beweglichkeit des rechten Handgelenks festgestellt worden. Zu berücksichtigen sind auch die im Zweiten Rentengutachten vom 16.01.2001 genannten Funktionsstörungen (Einschränkungen der Beweglichkeit des rechten Handgelenks sowie der Fingergelenke).

Der Kläger hat sich weitergehend mit Schreiben vom 22.09.2017 (Blatt 128/130 der Senatsakte) geäußert.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte sowie die beigezogenen Akten des SG und des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, in der Sache aber unbegründet.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 10.12.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.10.2014 ist nicht rechtswidrig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch auf Verletztenrente wegen des von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfalles vom 11.05.1981.

Gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VBII](#) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Die MdE richtet sich nach [§ 56 Abs. 2 Satz 1](#)

[SGB VII](#) nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Bei der Bemessung der Minderung der Erwerbsfähigkeit werden Nachteile berücksichtigt, die die Versicherten dadurch erleiden, dass sie bestimmte von ihnen erworbene besondere berufliche Kenntnisse und Erfahrungen infolge des Versicherungsfalles nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nutzen können, soweit solche Nachteile nicht durch sonstige Fähigkeiten, deren Nutzung ihnen zugemutet werden kann, ausgeglichen werden ([§ 56 Abs. 2 Satz 3 SGB VII](#)).

Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Eine Berufskrankheit i.S.d. [§ 9 SGB VII](#) wird vorliegend nicht geltend gemacht. Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3, 6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit; [§ 8 Abs. 1 Satz 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 Satz 2 SGB VII](#)). Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls i. S. des [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat und das Unfallereignis einen Gesundheits(-erst-)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht (haftungsbegründende Kausalität) hat. Das Entstehen von längerandauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheits(-erst-)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (vgl. stellvertretend BSG, Urteile vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#), SozR 4-2700 § 8 Nr. 17; - [B 2 U 40/05 R](#) -, UV-Recht Aktuell 2006, 419; - [B 2 U 26/04 R](#) -, UV-Recht Aktuell 2006, 497; alle auch veröffentlicht in juris).

Vorliegend hat der Kläger am 11.05.1981 einen solchen Arbeitsunfall erlitten. Der Senat konnte jedoch nicht feststellen, dass die beim Kläger bestehenden Unfallfolgen eine MdE um 20 v.H. oder mehr begründen, und der Kläger einen Anspruch auf Verletztenrente hat.

Die Bemessung der MdE wird vom BSG in ständiger Rechtsprechung als Tatsachenfeststellung gewertet, die das Gericht gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft. Dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (BSG SozR 4-2700 § 56 Nr. 2; BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#), S 36 m.w.N.). Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind (BSG [SozR 2200 § 581 Nr. 22](#), 23; [BSGE 82, 212](#) = [SozR 3-2200 § 581 Nr. 5](#)). Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE geschätzt werden (BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#)). Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind deshalb bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (BSG a.a.O.; BSG Urteil vom 22.06.2004 - [B 2 U 14/03 R](#) - [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)). Die Erfahrungswerte bilden in der Regel die Basis für einen Vorschlag, den der medizinische Sachverständige zur Höhe der MdE unterbreitet, die aber nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend sind (BSG [SozR 2200 § 581 Nr. 23](#) und 27; [BSGE 82, 212](#) = [SozR 3-2200 § 581 Nr. 5](#); BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#); BSG Urteil vom 18.03.2003 - [B 2 U 31/02 R](#) -; [BSGE 93, 63](#) = [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#); Burchardt in: Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, SGB VII, Stand 2005, § 56 RdNr 71). Die Feststellung der Höhe der MdE als tatsächliche Feststellung erfordert stets die Würdigung der hierfür notwendigen Beweismittel im Rahmen freier richterlicher Beweiswürdigung gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) (BSG, Urteil vom 13.09.2005 - [B 2 U 4/04 R](#) - veröffentlicht in juris m. H. auf BSG, [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#); Urteil vom 18.03.2003 [a.a.O.](#)).

Die unfallmedizinischen Bewertungsgrundsätze sind als Grundlage für die gleiche und gerechte Bewertung in allen Parallelfällen heranzuziehen (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2004, [a.a.O.](#)), denn diese allgemein anerkannten arbeitsmedizinischen Erfahrungssätze bewirken nach dem grundgesetzlichen Gleichbehandlungsgebot über die daraus folgende Selbstbindung der Verwaltung die gebotene Gleichbehandlung aller Versicherten in allen Zweigen der gesetzlichen Unfallversicherung. Abweichungen von den zulässigerweise pauschalisierten Bewertungskriterien sind rechtlich nur dann geboten, wenn die zu bewertende funktionelle Beeinträchtigung des verletzten Organs von dem in der versicherungsrechtlichen und unfallmedizinischen Literatur vorgegebenen, einschlägigen Bewertungsansatz nicht oder nicht vollständig erfasst wird (vgl. Senatsurteil vom 25.10.2013 - [L 8 U 2828/12](#) -, Juris, [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)).

Der unfallchirurgische Gutachter Prof. Dr. G. hat beim Kläger eine unfallbedingte Muskelatrophie im Bereich des Muskulus adductor des Daumens sowie des ersten Interosseusmuskels beschrieben. Die Daumenadduktion war bei seiner Untersuchung abgeschwächt und imponierte als positives Fromentzeichen. Das Kreuzen der Langfinger gelang nicht, insbesondere nicht zwischen Zeige- und Mittelfinger. Eine relevante Krallenstellung der Finger an der rechten Hand bestand bei der Untersuchung durch Prof. Dr. G. nicht. Bis auf eine Hyposensibilität an der Kuppe am rechten Zeigefinger ellen- und speichenseitig wurde die Sensibilität an den Fingerstrahlen als intakt angegeben. Die Kraftmessung an der rechten Hand ergab rechts 5 kg und links 45 kg. Prof. Dr. G. hat bei der Beweglichkeitsprüfung der Hand lediglich eine 10-gradige Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit der rechten Hand handrückenwärts bei ansonsten normotoner Beweglichkeit sowie am Daumen eine 10-gradige Streckhemmung des Endgelenks erheben können. Es hatte sich damit eine geringe Bewegungseinschränkung im Seitenvergleich am rechten Handgelenk für Streckung bei im wesentlichen seitengleich Umfangmaßen (Ausnahme: auf Höhe der Mittelhand wurde rechts eine Umfangminderung um 1,5 cm gemessen). Selbst wenn noch, wie vom Kläger in dem im Berufungsverfahren vorgelegten Vergleich der Gutachten angegeben, freie Frakturstücke vorhanden sind, haben diese auf chirurgischen Fachgebiet zu keiner weiteren Einschränkung der Funktionsfähigkeit der rechten Hand geführt. Nach den Erfahrungssätzen der unfallmedizinischen Wissenschaft ergeben sich folgende MdE-Erfahrungssätze:

Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Seite 581: Handgelenksversteifung in Neutralstellung 25 in Beugung oder Überstreckung von je 45 ° 40 Versteifung der Unterarmdrehung in Mittelstellung 30 in Einwärtsdrehstellung 20 in Auswärtsdrehstellung 40 Funktionsstörungen im Bereich der Langfinger und des Daumens 10-25 Seite 605: Verlust des Daumens je nach Ausprägungsgrad: 10/20

Mehrhoff/Ekkernkamo/Wich, Unfallbegutachtung, 13. Auflage, Seite 171: Handgelenk Versteifung des Handgelenks in Nullstellung 0/0/0 25-30 Grad oder 10/0/10 Grad - infolge von Veränderungen an den Handwurzelknochen (Falschgelenk am Kahnbein, Mondbeintod usw. mit sekundärarthrotischen Veränderungen) 30 Kahnbeinfalschgelenk mit schweren Funktionseinschränkungen des Handgelenkes 20-30 Mondbeintod mit schweren Funktionseinschränkungen des Handgelenkes 20 Hand In schlechter Stellung oder mit Falschgelenk- bildung verheilte Brüche mehrerer Mittelhand- knochen mit Beeinträchtigung der Beweglichkeit von Fingern - unvollständiger Faustschluss - - aufgehobener Faustschluss bis 30 Seite 173: Verlust eines Fingers Daumenendglied 10 Daumenendglied und halbes Grundglied 15 ganzer Daumen (I. Finger) 20 ganzer Daumen und I. Mittelhandknochen 25 Seite 175: Versteifung des Daumenendgelenks 10 Versteifung des Daumengrundgelenks in Nullstellung (0/0/0 Grad) 15 - in Beugstellung von 45-90 Grad 10 Versteifung des End- und des Grundgelenks des Daumens 15 Versteifung des Daumensattelgelenks - in Spitzgriffstellung 10 - in ungünstiger Stellung 20 Versteifung des Daumensattel-, Grund- und Endgelenks - in Spitzgriffstellung 20 - in ungünstiger Stellung 25

Thomann/Schröter/Gosser, Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, 2. Auflage, Seite 558/559: Verlust des Daumens im Daumensattelgelenk 25 Verlust des Daumens im Daumengrundgelenk 20 Verlust des Daumens im Daumenendgelenk 15 Versteifung des Handgelenks (in Streckung/ Beugung 10-10-0, Ulnarabduktion 0-10°) bei freier Unterarmdrehung 25 Versteifung des Handgelenks in Streckstellung (0-0-0) bei freier Unterarmdrehung 30 Radiusfraktur mit Achsabknickung und Einschränkung der Handgelenkbeweglichkeit um insgesamt 40° 10 Radiusfraktur mit erheblicher Achsabknickung und Einschränkung der Handgelenkbeweglichkeit um insgesamt 80° 20 Versteifung des Daumensattelgelenks in Spitzgriffstellung 10 Versteifung des Daumensattelgelenks in ungünstiger Stellung 20 Versteifung des Daumens im Grundgelenk 10 Versteifung des Daumens im Endgelenk unter 10 Versteifung des Daumens im Grund- und Endgelenk 15 Versteifung des Daumens im Sattel- und Grundgelenk 20 Versteifung des Daumens im Sattel-, Grund- und Endgelenk 25

Ludolph, Der Unfallmann, 13. Auflage, Seite 214: Versteifung eines Handgelenks in Funktionsstellung (15-20° handrückenwärts, 15° ellenwärts) 25 Versteifung eines Handgelenks in Neutral-0-Stellung (0/0/0) 30 Konzentrische Bewegungseinschränkung in einem Handgelenk um die Hälfte 15 Seite 215: Verlust des Daumens je nach Betroffenheit: 10/15/20

Mehrhoffe/Meindl/Murr, Unfallbegutachtung, 12. Auflage, Seite 160: Handgelenk Versteifung des Handgelenks in Nullstellung 0/0/0 Grad oder 10/0/10 Grad 20-30 infolge von Veränderungen an den Handwurzelknochen (Falschgelenk am Kahnbein, Mondbeintod usw. mit sekundärarthrotischen Veränderungen) 30 Kahnbeinfalschgelenk ... 20-30 Mondbeintod 20 Seite 161: Hand In schlechter Stellung oder mit Falschgelenkbildung verheilte Brüche mehrerer Mittelhandknochen mit Beeinträchtigung der Beweglichkeit von Fingern bis 30 Glatte Verluste an den Fingern Verlust eines Fingers Daumenendglied ... 10 Daumenendglied und halbes Grundglied. 15 ganzer Daumen (I. Finger) 20

Vor diesem Hintergrund konnte der Senat unter Berücksichtigung der unfallchirurgischen Funktionsbehinderungen in Form einer geringfügigen Einschränkung der Handgelenkbeweglichkeit handrückenwärts (10 Grad) und einer geringen Einschränkung der Daumenbeweglichkeit von 10 Grad keine MdE von 10 annehmen, denn die MdE liegt unter 10 v.H. Denn unter chirurgischen Aspekten ist der Kläger noch in der Lage, Hand und den Daumen in erheblich stärkerem Umfang einzusetzen als die mit einer MdE um 10 v.H. bewerteten Fälle des Verlustes des Daumens im Endgelenk oder einer Versteifung des Daumens im Grundgelenk. Selbst wenn die Bewegungseinschränkungen des Daumens einer vollständigen Versteifung des Daumens im Endgelenk gleichgestellt würde, wird die MdE mit unter 10 eingeschätzt. Auch unter Berücksichtigung der geringen 10-gradigen Streckhemmung des Handgelenks nach handrückenwärts, die vorliegend angesichts der Bewertung einer vollständigen Versteifung eines Handgelenks in Funktionsstellung mit 25 nur geringfügig erscheint, kann vorliegend keine MdE von 10 angenommen werden. Soweit auch Prof. Dr. G. eine MdE von 15 v.H. angenommen hat, hat er dabei die Sensibilitätsstörungen und Schmerzen mitbewertet (dazu siehe unten).

Der Senat konnte nicht feststellen, dass beim Kläger ein Morbus Sudeck bzw. ein komplexes regionales Schmerzsyndrom besteht. Prof. Dr. Schr. konnte in seinem Gutachten dies ausdrücklich ausschließen (Blatt 131 der Beklagtenakte = Seite 14 des Gutachtens). Prof. Dr. Dr. W. konnte ebenfalls eine solche Symptomatik nicht feststellen. Soweit Prof. Dr. Me. in seinem Gutachten für den Senat mitgeteilt hat, es liege objektivierbar eine Temperaturminderung der rechten Hand vor, welche auf eine Innervationsstörung der vegetativen Nervenfasern im Bereich der rechten Hand hinweise, möglicherweise habe früher ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS Typ II) bestanden, denn die im ersten Rentengutachten (14.12.1981) und im ersten neurologischen Gutachten (9.11.1982) berichteten Beschwerden und Symptome wiesen in diese Richtung und eine vegetative Störung in dieser Ausprägung sei bei einem Engpasssyndrom im Sulcus nervi ulnaris ganz ungewöhnlich, so konnte der Gutachter nicht feststellen, dass jetzt noch ein solches Syndrom vorliegt, denn er hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ein solches möglicherweise früher - d.h. nicht mehr jetzt - vorgelegen haben könnte, weshalb eine ergänzende Befragung von Amts wegen nicht erforderlich war. Soweit Prof. Dr. Me. als Syndrome eines CRPS Typ II die gegenüber links verminderte Temperatur, Schmerzen, eine Gefühlsminderung sowie eine Umfangsminderung im Bereich zwischen Daumen und Zeigefinger beschrieben hat, jedoch keine Hautveränderungen/Hautverfärbungen (zu den Voraussetzungen eines CRPS vgl. Schönberger et al. a.a.O. Seite 231 ff., 398 ff.) und keine Schwellungen oder Ödeme, lässt sich für den Senat aus seinem Gutachten ableiten, warum Prof. Dr. Me. bei seiner Untersuchung kein CRPS diagnostiziert und das Vorliegen in der Vergangenheit für möglich aber nicht nachgewiesen beschrieben hat, zumal die eingeschränkte Fingerbeweglichkeit sich unfallchirurgisch erklären lässt und die Sensibilitätsbeschwerden auch durch die Nervenschädigung zu erklären sind.

Soweit Prof. Dr. Me. in der Vergangenheit ein möglicherweise bestehendes, aber nicht diagnostiziertes CRPS angenommen hat, ergibt sich auch für die Vergangenheit keine höhere MdE, denn eine bloß vermutete Gesundheitsstörung - Prof. Dr. Schr. hatte ein CRPS/Morbus Sudek ausdrücklich ausgeschlossen, und dabei die noch bei Dr. N. festgestellte livide Verfärbung berücksichtigt -, die auch nach Prof. Dr. Me. nicht als aktuell bestehend diagnostiziert worden war, kann der Senat weder eine unfallbedingte Gesundheitsstörung feststellen, noch eine MdE daraus ableiten.

Aber selbst wenn der Senat ein CRPS als Unfallfolge annehmen würde, wäre dies vorliegend mit einer MdE von allenfalls 10 zu bewerten. Zwar hat der Kläger Schmerz in Ruhe und unter Belastung beschrieben - der aber in vielen der Gutachten auch mit deutlicher Aggravationstendenz zusammen verstanden wurde -, jedoch konnte der Senat angesichts der vom Kläger den Gutachtern mitgeteilten Medikation keinen hohen Analgetikabedarf feststellen. So hat er gegenüber Prof. Dr. Me. als einzige Medikation die Einnahme von Sertralin (Antidepressivum) und Tavor (ein beruhigendes, angstlösendes Medikament) angegeben. Prof. Dr. Dr. W. gegenüber hat der Kläger die Einnahme von CipraleX (ein Antidepressivum) gegen Unruhe, Tavor und Mirtazapin (ein Antidepressivum) und gelegentlich Ibuprofen

angegeben. Bei Prof. Dr. Schr. hat der Kläger lediglich die Einnahme eines Mittels bei Prostatabeschwerden angegeben. Vor diesem Hintergrund war der Kläger – ein unfallbedingtes CRPS als wahr unterstellt – allenfalls in die Gruppe P1 bei einem MdE-Rahmen von 10-20 v.H. (vgl. Schönberger et al. a.a.O. S. 402) einzustufen. Da er jedoch gar keine oder allenfalls äußerst geringe Schmerzmittel-/Analgetikaeinnahme und damit auch kein Bedürfnis nach solchen Mitteln beschrieben hat, konnte der Senat eine MdE-Bemessung von mehr als 10 nicht annehmen.

Die von Prof. Dr. Me. festgestellte hochgradige, aber inkomplette Endastschädigung des Nervus ulnaris in der rechten Hohlhand ist durch den Unfall vom 11.05.1981 rechtlich wesentlich hinreichend wahrscheinlich verursacht. Diese Nervenschädigung rechtfertigt eine MdE um 10 v. H. Nach den Erfahrungssätzen der unfallmedizinischen Wissenschaft ergeben sich folgende MdE-Erfahrungssätze:

Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Seite 252: Vollständiger Ausfall: Beschädigter Nerv N. ulnaris (Ellennerv), oberer 25 N. ulnaris, unterer 20

Mehrhoft/Ekkernkamp/Wich, Unfallbegutachtung, 13. Auflage, Seite 172: N. ulnaris, in Abhängigkeit von der Höhe der Schädigung 20-30

Thomann/Schröter/Gosser, Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, 2. Auflage, Seite 558/559: Lähmung an den oberen Extremitäten N. ulnaris (Ellennerv), oberer 25 N. ulnaris, unterer 20

Ludolph, Der Unfallmann, 13. Auflage, Seite 214: Vollständige Lähmung (Ausfall) eines N. ulnaris (Ellennerv) - oberer (proximaler) Anteil 25 - unterer (distaler) Anteil 20

Mehrhoft/Meindl/Murr, Unfallbegutachtung, 12. Auflage, Seite 161: Lähmungen und Teillähmungen N. ulnaris, in Abhängigkeit von der Höhe der Schädigung 20-30 Teillähmungen (Paresen) sind geringer zu bewerten.

Die beim Kläger bestehenden Beeinträchtigungen durch die Verletzung des Nervus ulnaris bestehen in einer Temperaturdifferenz (rechts kälter links) und einer Schwächung der Fingerspreizung an der durch den Unfall geschädigten Hand mit deutlicher Atrophie im rechten Spatium interosseum I (zwischen Daumen und Zeigefinger) und geminderter Einzelkraft am rechten Arm sowie Sensibilitätsstörungen in Form eines Taubheitsgefühls der Haut und verminderter Schmerzwahrnehmung an der Oberseite des Zeige- und Mittelfingers sowie in der Handfläche unterhalb von Zeige- und Mittelfinger. Eine Krallenhand, welche üblicherweise gefunden wird bei Läsionen des Nervus ulnaris, die am Handgelenk oder höher lokalisiert sind, besteht dagegen nicht, wie Prof. Dr. Schr. mitgeteilt hat. Die Atrophien und elektromyographischen Denervierungszeichen beschränken sich weitestgehend auf den Raum zwischen Daumen und Zeigefinger und sparen insbesondere den Hypothenar und die Finger- und Handbeugemuskeln im Unterarm aus. Damit ist die unfallbedingte funktionelle Beeinträchtigung des Klägers eher gering und schränkt die Breite der Arbeitsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht wesentlich ein. Insoweit hält der Senat mit Prof. Dr. Me. die Bewertung der hochgradigen aber inkompletten Nervenverletzung mit einer MdE um 10 v.H. für ausreichend bewertet. Dies entspricht im Ergebnis auch der Bewertung der früheren Gutachter, die unter Einschluss der chirurgischen Funktionsbehinderungen einen GdB von 15 angenommen hatten (vgl. z.B. Gutachten Prof. Dr. G.). Dabei sind die von den Gutachtern, insbesondere auch Prof. Dr. Me. beschriebenen geringfügigen Sensibilitätsstörungen im Bereich der Narben an der Hand mitberücksichtigt, denn diese führen nicht zu weiteren funktionellen Einschränkungen der Teilhabe am Arbeitsleben. Eine ergänzende Befragung von Prof. Dr. Me. dahingehend, ob er diese bei seiner MdE-Bewertung berücksichtigt hat, war daher von Amts wegen nicht einzuholen, denn bei der vom Senat vorzunehmenden rechtlichen Bewertung der MdE wäre der Senat nicht an die Einschätzung von Prof. Dr. Me. gebunden.

Soweit Prof. Dr. Schr. eine dauerhafte MdE um 20 v.H. angenommen hat, folgt ihm der Senat nicht. Prof. Dr. Dr. W. , Prof. Dr. Me. und das SG haben mit guten Gründen ausgeführt, weshalb der Einschätzung von Prof. Dr. Schr. nicht zu folgen ist. Der Senat schließt sich nach eigener Prüfung diesen Ausführungen an. Denn insoweit hat Prof. Dr. Schr. den durch die vollständige Läsion des unteren Nervus ulnaris gesteckten MdE-Rahmen voll ausgeschöpft, obwohl die funktionellen Auswirkungen im vorliegenden Fall in keiner Weise vergleichbar sind. Der Senat konnte eine der vollständigen Lähmung entsprechende Funktionsbeeinträchtigung der Hand nicht feststellen.

Eine Schädigung des Nervus radialis oder des Nervus medianus konnten Prof. Dr. Ma. und Prof. Dr. Schr. für den Senat überzeugend ausschließen.

Eine Verletzung des Ellenbogens, die Ursache des Sulcus ulnaris-Syndroms sein könnte, war unfallnah nicht festgestellt worden. So hat zwar der D-Arzt Prof. Dr. Sp. eine Prellmarke am rechten Olecranon beschrieben, doch konnte schon der Gutachter des Ersten Rentengutachtens Dr. R. Verletzungen des Ellenbogens nicht mehr feststellen. Daher ist die Bewertung von Prof. Dr. Me. , dass das Sulcus ulnaris-Syndrom nicht rechtlich wesentlich hinreichend wahrscheinlich auf den Unfall vom 11.05.1981 zurückgeführt werden kann, überzeugend. Auch Prof. Dr. W. hat ein Kubitaltunnelsyndrom (Synonym für Sulcus ulnaris Syndrom) diagnostiziert und als nicht unfallbedingt beschrieben. Vor diesem Hintergrund konnte der Senat nicht feststellen, dass das Sulcus ulnaris-Syndrom rechtlich wesentlich hinreichend wahrscheinlich auf den Unfall vom 11.05.1981 zurückgeführt werden kann.

Der Senat konnte auch nicht feststellen, dass der Kläger unfallbedingt an einer Depression leidet. Zwar hat der Kläger mehrfach angegeben, deswegen an einer Depression zu leiden, weil er seine rechte Hand nicht einsetzen könne. Dennoch hat keiner der Gutachter, auch nicht Prof. Dr. Schr. eine solche Depression feststellen können. So hat Prof. Dr. Schr. angegeben (Blatt 128 der Beklagtenakte = Seite 11 des Gutachtens), der Kläger sei in Auswertung der ZUNG-Depressionsskala nicht im depressiven Bereich. Auch die weiteren Gutachter Prof. Dr. Dr. W. und Prof. Dr. Me. haben keine Anhaltspunkte für eine Depression mitteilen können. Alleine aus der Angabe, zuletzt Mirtazapin (vgl. Gutachten Prof. Dr. Dr. W. , Blatt 25 der SG-Akte = Seite 11 des Gutachtens) oder andere Antidepressiva (s.o.) einzunehmen, lässt sich weder die Diagnose der Depression ableiten noch diese auf den Unfall vom 11.05.1982 zurückführen. Der Senat konnte sich damit nicht davon überzeugen, dass eine Depression nicht vorliegt und somit diese auch nicht rechtlich wesentlich hinreichend wahrscheinlich auf den Unfall vom 11.05.1982 zurückgeführt werden kann. Insoweit schließt sich der Senat auch in Kenntnis und Würdigung der im Berufungsverfahren gewonnenen Beweisergebnisse der Beweiswürdigung des SG an und nimmt insoweit auf dessen zutreffenden Ausführungen Bezug. Darüber hinaus ist das klägerische Vorbringen, der Verlust des Arbeitsplatzes und die lange Zeit der Arbeitslosigkeit wegen der Einschränkungen an der rechten Hand seien für die Depression verantwortlich, auch nicht plausibel. Arbeitsunfähigkeitszeiten

sind ab 1994 wegen Wirbelsäulenbeschwerden dokumentiert (vgl. Vorerkrankungsverzeichnis der AOK vom 13.12.2012), zuletzt sechs Monate vom 25.07.2000 bis 28.01.2001 wegen Lumboschialgie, Ischialgie, akute Appendizitis. Auf die Hand bezogene Arbeitsunfähigkeitszeiten sind dagegen nicht aufgeführt.

Damit konnte der Senat auch unter Berücksichtigung der gegenseitigen Auswirkungen, Überschneidungen oder Verstärkungen nicht feststellen, dass die gesamt-MdE, gebildet aus Einzel-MdE-Werten von 10 (CRPS) - unterstellt -, 10 (Schädigung des Nervus ulnaris) und unter 10 (chirurgische Beeinträchtigungen), auf 20 v.H. anzunehmen war. Denn die funktionellen Auswirkungen des - vom Senat unterstellten - CRPS Typ II in Form von Schmerzen bei Muskelminderung in der Hand und die Funktionsbeeinträchtigungen durch die Schädigung des Nervus ulnaris bei Muskelminderung überschneiden sich so, dass eine Addition beider Teilwerte nicht gerechtfertigt erscheint.

Eine Erhöhung der MdE nach [§ 56 Abs. 2 Satz 3 SGB VII](#) kommt vorliegend nicht in Betracht. Denn eine besondere berufliche Betroffenheit liegt beim Kläger nicht vor. Eine besondere berufliche Betroffenheit setzt nämlich voraus, dass eine wirtschaftlich messbare Beeinträchtigung der Nutzung erworbener besonderer Kenntnisse und Erfahrungen vorliegt, die eine durch die bisher verrichtete Tätigkeit erworbene besonders günstige Stellung im allgemeinen Erwerbsleben mindert (BSG 30.06.2009 - [B 2 U 3/08 R - Breith. 2010, 31](#) = juris). Vorliegend konnte der Senat bei dem Kläger als ungelerten Bauwerker keinen Verlust von Fähigkeiten feststellen, die ihm eine besonders günstige Stellung im Erwerbsleben verschafft haben. Der Kläger hat allenfalls auch nur Einschränkungen geltend gemacht, die mit der allgemeinen Ausbildung und der Berufserfahrung in einem allgemeinen Lehrberuf bzw. einer Anlern Tätigkeit verbunden und erworben werden. Der Verlust bzw. die Einschränkung dieser allgemeinen Fähigkeiten wird aber gerade durch die Bemessung der MdE ausgeglichen, weshalb eine zusätzliche Erhöhung der MdE nicht gerechtfertigt ist.

Auch aus dem vom Kläger vorgelegten Vergleich der Gutachten Prof. Dr. Dr. W. und Prof. Dr. Schr. ergibt sich nichts abweichendes. Denn soweit der Kläger auf - aus seiner Sicht bestehende Ungereimtheiten - verwiesen hat, konnte der Senat diese mit dem Gutachten von Prof. Dr. Me. klären. Dass der Kläger angegeben hat (Blatt 54 der Senatsakte = Seite 17 seiner Ausführungen), ein CRPS sei ein Begleitsymptom bzw. eine Komplikation, welches nach einer Karpaltunneloperation auftreten könne, eine solche nicht stattgefunden habe und nach Literatur und Befunderhebung ein solches nicht ausgeschlossen werden könne, reicht nicht zur Feststellung eines Gesundheitsschadens, der im Vollbeweis geführt werden muss. Die bloße, sich aus der Literatur ergebende Möglichkeit des Auftretens von Symptomen genügt nicht, um das Vorliegen eines Gesundheitsschadens annehmen zu können und auch nicht dazu, diesen hinreichend wahrscheinlich rechtlich wesentlich auf den Unfall vom 11.05.1981 zurückführen zu können. Soweit der Kläger aber eine zu niedrige MdE-Bemessung rügt und insoweit auf die Rententabelle für die Lähmung peripherer Nerven in Fischer/Herget/Mollowitz, Das ärztliche Gutachten im Versicherungswesen bzw. die Tabelle von Hausotter in Neurologische Begutachtung, hingewiesen hat (vgl. Blatt 72/73 der Senatsakte = Seite 28/29 seiner Ausführungen), übersieht er, dass dabei die vollständige Lähmung des Nervus ulnaris zugrunde gelegt wird, bei ihm aber nur eine inkomplette Schädigung besteht, dass die angegebenen GdB-Sätze und die bei Hausotter zugrunde gelegten versorgungsrechtlichen MdE-Sätze andere Lebensbereiche abbilden und auf die MdE-Bewertung der gesetzlichen Unfallversicherung nicht übertragbar sind (dazu vgl. Senatsurteil vom 25.08.2017 - [L 8 U 1987/16](#) -), und dass die bei Fischer et al. zugrunde gelegten Sätze dem privaten Versicherungsrecht (Versicherungswesen) entstammen und ebenfalls nicht auf die MdE-Bildung nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung übertragbar sind, weshalb die Unterscheidung in Gebrauchs- und Gegenhand auch vorliegend nicht zu einer Erhöhung der MdE führt (vgl. Senatsurteil vom 25.08.2017 - [L 8 U 1987/16](#) -).

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält weitere Ermittlungen nicht für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit den Gutachten von Prof. Dr. Dr. W., Prof. Dr. Me., Prof. Dr. G. und Prof. Dr. Schr. dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung zur Bewertung der MdE notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Ein weiteres Gutachten war nicht von Amts wegen einzuholen. Einen Antrag nach [§ 109 SGG](#) hat der Kläger nicht gestellt.

Eine weitergehende, ergänzende Befragung des Prof. Dr. Me. von Amts wegen oder auf Antrag des Klägers war aus den bereits oben dargelegten Gründen nicht erforderlich. Soweit der Kläger eine unterbliebene Diskussion der von Prof. Dr. Schr. abweichenden MdE-Einschätzung im Gutachten von Prof. Dr. Me. vermisst, in der Sache war Prof. Dr. Me. Prof. Dr. Schr. im Ergebnis eher gefolgt, war dies nicht nachzuholen. Denn - wie ausgeführt - handelt es sich bei der MdE-Einschätzung auf der Grundlage der gesicherten medizinischen Befunde um eine rechtliche Bewertung, wobei der Senat nicht an die Einschätzung der Gutachter gebunden ist. Daher hat der Senat auf Grundlage der verschiedenen Gutachten selbst die MdE-Bewertung vornehmen können, ohne Prof. Dr. Me. erneut zu befragen. Auch dem in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat gestellten Hilfsbeweis Antrag des Klägers, Prof. Dr. Me. zu den Funktionsbeeinträchtigungen der vollständigen Schädigung des unteren Nervus ulnaris und zu den funktionellen Anteilen an der Gesamtheit dieser Funktionsbeeinträchtigungen durch die gutachterlich festgestellte unfallbedingte Beeinträchtigung zu befragen, war nicht stattzugeben.

Zwar steht einem Beteiligten nach [§ 116 SGG](#) i.V.m. [§§ 402, 397 ZPO](#) das Recht zu, dem gerichtlichen Sachverständigen diejenigen Fragen vorlegen zu lassen, die er zur Aufklärung der Sache als dienlich erachtet. Das Gericht kann den Sachverständigen zur Erläuterung seines Gutachtens zum Termin laden ([§ 118 SGG](#), [§ 411 Abs. 3 ZPO](#)) oder es kann die schriftliche Ergänzung des Gutachtens durch den Sachverständigen veranlassen, wenn dies zweckmäßig erscheint. Dabei müssen die dem Sachverständigen zu stellenden Fragen vom Beteiligten nicht formuliert werden. Es reicht aus, die erläuterungsbedürftigen Punkte hinreichend konkret zu bezeichnen. Die Sachdienlichkeit einer angekündigten Frage ist insbesondere dann zu bejahen, wenn sich die Frage im Rahmen des Beweisthemas hält und nicht abwegig oder bereits eindeutig beantwortet ist; andernfalls kann das Begehren rechtsmissbräuchlich sein (BSG, Beschluss vom 19.11.2009 - [B 13 R 247/09 B](#) -, juris; zuletzt BSG Urteil vom 17.12.2012 - [B 13 R 355/11](#) -, vom 25.10.2012 - [B 9 SB 51/12](#) -, juris). Auf die Frage, ob das Gericht selbst das Sachverständigen Gutachten für erklärungsbedürftig hält, kommt es dabei nicht an. Es gehört zur Gewährleistung des rechtlichen Gehörs dazu, dass die Parteien den Sachverständigen Fragen stellen, ihnen Bedenken vortragen und sie um eine nähere Erläuterung von Zweifelpunkten bitten können (BSG, Beschluss vom 24.07.2012 - [B 2 U 100/12 B](#) -, juris).

Nach diesen Maßstäben war Prof. Dr. Me. nicht ergänzend anzuhören, denn sein Gutachten enthält auch aus Sicht des Klägers mit Rücksicht auf den vom Kläger für aufklärungsbedürftig erachteten medizinischen Sachverhalt keine Unklarheiten oder Lücken. Prof. Dr. Me. hat die unfallbedingten funktionellen Einschränkungen des Klägers durch die Endastschädigung des Nervus Ramus profundus in der rechten Hohlhand beschrieben, die grundsätzlich die für das Spreizen und Schließen des Zeigefingers verantwortliche Muskulatur versorgen. Der Sachverständige beschreibt beim Kläger Sensibilitätsstörungen in Form eines Taubheitsgefühls der Haut und verminderte

Schmerzwahrnehmung an der Oberseite des Zeige- und Mittelfingers sowie in der Handfläche unterhalb von Zeige- und Mittelfinger mit geminderter Hauttemperatur im Seitenvergleich. Außerdem eine Atrophie im rechten Spatium interosseum I bei unauffälliger Thenar- und Hypothenmuskulatur. Die Atrophien beschränken sich weitgehend auf den Raum zwischen Daumen und Zeigefinger. Paresen oder Krallenfinger bzw. eine Krallenhand werden ausgeschlossen (vgl. Gutachten von Prof. Dr. Me. , Seite 11). In Übereinstimmung mit den vorangegangenen Gutachten, die ebenfalls unter Bezugnahme des Fehlens einer "Krallenfehlstellung der Finger" eine vollständige Schädigung des Nervus ulnaris ausschließen (vgl. die Gutachten von Prof. Dr. G. 14.01.2013 und von Prof. Dr. Schr. vom 23.04.2013), ist der unfallbedingte Funktionsausfall im Gutachten von Prof. Dr. Me. für die rechtliche Bewertung hinreichend medizinisch umschrieben. Zu beachten ist, dass von den genannten Sachverständigen der vollständige Ausfall des Nervus ulnaris mit einer Krallenhand umschrieben ist, was mit den unfallmedizinischen Bewertungstabellen (vgl. u.a. Schönberger et al., a.a.O., S. 259) im Einklang steht. Der vollständige Nervenausfall beinhaltet damit motorische und sensible Störungen der Handfläche und aller Finger. Demgegenüber sind beim Kläger nur Teile der Hand bzw. der Finger betroffen und außerdem liegt auch nicht das ganze qualitative Spektrum einer Nervenschädigung vor. Motorische Störungen liegen beim Kläger nicht vor. Sensible Störungen beschränken sich auf eine geminderter Schmerzwahrnehmung und eine funktionell wenig bedeutende, herabgesetzte Temperatur der Hand. Der beobachtete Anteil einer Muskelminderung wie auch die Sensibilitätsstörungen sind auf Zeige- und Mittelfinger bzw. die Handfläche zwischen Mittelfinger und Zeigefinger beschränkt. Die Einbeziehung aller Finger wie bei einer Krallenhand und die dadurch bestehenden Einschränkungen sind im Gutachten von Prof. Dr. Me. damit allgemeinverständlich ausgeschlossen worden.

Die Berufung des Klägers war daher in vollem Umfang unbegründet und zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-11-09