L 8 U 3205/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 8 U 5351/14
Datum
19.07.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 3205/16
Datum
26.01.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 19.07.2016 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Instanzen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger aufgrund eines Arbeitsunfalls am 07.07.2010 Verletztenrente über eine gewährte Gesamtvergütung hinaus zusteht.

Der 1966 geborene Kläger war am 07.07.2010 in Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit als Konstruktionsmechaniker gestürzt und auf die rechte Hand gefallen. Durchgangsarzt Dr. K. diagnostizierte am Unfalltag eine Prellung der rechten Hand und des rechten Unterarms. Er beschrieb als Befund einen Druckschmerz und eine dezente Schwellung der rechten Hand mit ziehenden Schmerzen im vierten und fünften Strahl ohne röntgenologisch sicheren Hinweis auf eine knöcherne Läsion (Durchgangsarztbericht vom 07.07.2010). Eine Magnetresonanztomographie (MRT) des rechten Ellenbogens und der rechten Hand am 13.07.2010 ergab einen knöchern unauffälligen Befund des Ellenbogens und der Hand, ein Weichteilödem und eine Läsion in der Strecksehne am humeralen Ansatz im Ellenbogen sowie ein subkutanes Weichteilödem der Hand, vor allem am Hypothenar (Muskelvorsprung der Handinnenfläche) ohne strukturell fassbare Verletzung (radiologischer Befundbericht des Instituts für diagnostische Radiologie F. vom 13.07.2010). Die Durchgangsärzte Dr. Z. und K. diagnostizierten am 27.07.2010 ein chronisches regionales Schmerzsyndrom bei Zustand nach Prellung des rechten Ellenbogens und der rechten Hand bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit (Zwischenbericht von Dr. Z. und K. vom 27.07.10).

Auf der Grundlage der nach Untersuchung des Klägers am 06.08.2010 durch Dr. P. , S.klinik Orthopädie Bad K. , gestellten Diagnose eines Morbus Sudeck (Berichte vom 02.08. und 10.08.2010) wurde eine Sudeck-spezifische Schmerztherapie eingeleitet. Der Kläger wurde in der S.klinik Orthopädie vom 10.08.2010 bis 27.09.2010 stationär behandelt und als weiter arbeitsunfähig entlassen. Der Entlassungsbericht enthält den Hinweis, nach Rückgang der CRPS (Complex Regional Pain Syndrom)-Symptomatik könne eine stufenweise Wiedereingliederung beim bisherigen Arbeitgeber vorgenommen werden (Entlassungsbericht der S.klinik Orthopädie vom 27.10.2010). Nachuntersuchungen in der S.klinik Orthopädie am 25.10.2010, 05.11.2010, 17.12.2010 18.01.2011 und 18.02.2011 ergaben bei geklagten fortbestehenden Schmerzen in der bildgebenden Diagnostik eine angedeutete Minderung der Knochendichte im Bereich der rechten Handwurzel, aber ansonsten jeweils einen Normalbefund (Berichte der S.klinik Orthopädie vom 26.10.2010, 07.11.2010, 17.12.2010 20.01.2011 und 20.02.2011).

Nach Klärung der Berufseignung als Bautechniker durch die Abteilung Re-Integration-Management der S.klinik Orthopädie (Bericht vom 03.03.2011 des Diplompsychologe H. , Bericht von Dr. P. vom 27.04.2011) bewilligte die Beklagte mit Bescheid vom 21.07.2011 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und förderte die Fortbildung des Klägers zum Bautechniker für die Zeit vom 12.09.2011 bis Juli 2013 und bewilligte Übergangsgeld für die Dauer der Fortbildung (Bescheid vom 26.07.2011). Der Kläger schloss die Ausbildung erfolgreich zum 10.07.2013 ab (Bescheinigung der Schule vom 11.07.2013). Danach war er arbeitslos (Klägerangabe von 04.12.2013). Seit 01.07.2014 arbeitet der Kläger in Vollzeit als Bautechniker (Mail des Klägers vom 18.06.2014 an die Beklagte).

Im Rahmen des Feststellungsverfahrens holte die Beklagte ein Vorerkrankungsverzeichnis der IKK-Klassik, O. vom 31.05.2011 ein und veranlasste eine Begutachtung durch Dr. P ... In seinem Gutachten vom 29.08.2011 beschrieb er als Unfallfolge eine langsam rückläufige chronifizierte Schmerzsymptomatik nach klinischem CRPS der rechten Hand und schätzte die unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ab 22.07.2011 auf 20 v.H. bis voraussichtlich zum 31.12.2012, danach auf 10 v.H. Mit Bescheid vom 08.11.2011 gewährte die

Beklagte dem Kläger eine Gesamtvergütung unter Bewilligung einer Rente als vorläufige Entschädigung für den Zeitraum vom 12.09.2011 bis 31.12.2012 nach einer MdE um 20 v.H.

Mit Schreiben seines Bevollmächtigten vom 17.06.2013 beantragte der Kläger die Weiterzahlung seiner Verletztenrente über den Gesamtvergütungszeitraum hinaus. Die Beklagte veranlasste eine radiologische Untersuchung durch Prof. Dr. L. , der keinen Nachweis einer sekundären Arthrose oder eines Morbus Sudeck des rechten Handgelenks fand sowie eine unauffällige knöcherne Darstellung des rechten Ellenbogens ohne sekundäre Traumafolgen beschrieb (radiologischer Befundbericht von Prof. Dr. L. vom 20.09.2013). Prof. Dr. S. beschrieb in seinem orthopädisch/unfallchirurgischen Gutachten vom 04.11.2013 als Unfallfolgen noch eine Dysästhesie im Bereich der ulnaren Handkante und der Langfinger IV und V rechts, eine belastungsabhängige Schwellneigung im Bereich der rechten Hand und eine Hyperhidrosis im Bereich der rechten Handfläche. Er schätzte die unfallbedingte MdE auf 10 v.H. ein, regte aber die Einholung eines neurologisch/schmerztherapeutischen Gutachtens an. Das daraufhin von der Beklagten veranlasste neurologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. H. vom 29.04.2014 kam zu der auf neurologischem Gebiet gegebenen MdE von unter 10 v.H. Mit Bescheid vom 15.05.2014 lehnte die Beklagte die Weitergewährung der Rente ab.

Hiergegen legte der Kläger am 02.06.2014 Widerspruch ein. Die Unfallfolgen seien nicht ausreichend beachtet und bewertet worden. Es bestünde nahezu ein ständiges Taubheitsgefühl von der rechten Handunterseite bis in den Ellenbogen sowie ein unaufhörliches Kribbeln im Bereich des kleinen Fingers und des Ringfingers und des Mittelfingers. Die auch von Dr. P. durchgehend beschriebene chronifizierte Schmerzsymptomatik werde überhaupt nicht berücksichtigt, obgleich bei der Begutachtung durch Dr. H. mehrfach auf das ständige "Brandgefühl" im Hand- und Fingerbereich hingewiesen worden sei. Mit Widerspruchsbescheid vom 15.10.2014 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Der Kläger erhob am 18.11.2014 Klage vor dem Sozialgericht Freiburg (SG) und wiederholte zur Begründung sein Vorbringen im Widerspruchsverfahren. Er verwies darauf, dass die Gebrauchseinschränkungen der rechten Hand auch durch die häufige Einnahme starker Schmerzmittel und die Notwendigkeit ärztlicher schmerztherapeutische Behandlung bestätigt werde. Die erheblichen Einschränkungen hätten Auswirkungen selbst bei der Verrichtung einfacher Bürotätigkeiten, wie Schreiben, Greifen, Bedienung der PC-Tastatur.

Das SG hörte die Ärzte Dr. B. und K. aus der behandelnden Arztpraxis "Schmerztherapie Praxisklinik Z. " als sachverständige Zeugen. In der von den Ärzten unterzeichneten sachverständigen Aussage vom 25.02.2015 teilten sie mit, die seit 27.07.2010 aufgenommene Behandlung bei wechselnden neuropathischen Beschwerden dauere an, fände ab Mitte 2013 nur noch selten statt. Die Erwerbsminderung bestehe beim Kläger aus schmerztherapeutischer Sicht aus einer sensiblen Restsymptomatik, der anhaltenden Schmerzsymptomatik und mittelbar aus den Unfallfolgen bedingten psychosomatischen Belastungen. Eine MdE um 20 v.H. sei gerechtfertigt.

In dem vom Sozialgericht von Amts wegen eingeholten Gutachten von Dr. Ko. vom 13.07.2015 mit ergänzender Äußerung vom 07.12.2015 schätzte der Sachverständige die MdE auf 20 v.H. ein.

Die Beklagte erhob Einwendungen gegen die gutachterlichen Ausführungen von Dr. Ko. unter Berufung auf die vorgelegten beratungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. B. vom 24.09.2015 und 01.03.2016.

Mit Urteil vom 19.07.2016 hob das SG den angefochtenen Bescheid der Beklagten nebst Widerspruchsbescheid auf und verurteilte sie, dem Kläger eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. ab 01.01.2013 zu gewähren. In den Entscheidungsgründen stützte sich das SG auf die Ausführungen von Dr. Ko ...

Gegen das der Beklagten am 03.08.2016 zugestellte Urteil hat sie am 25.08.2016 Berufung eingelegt. Sie macht geltend, das SG stütze sich zu Unrecht auf das Gutachten von Dr. Ko ... Der Sachverständige stelle für die von ihm angenommene Diagnose einer traumatischen Schädigung des Nervus ulnaris auf die fünf Jahre zurückliegende elektroneuromyografische Untersuchung von Dr. J. am 23.07.2010 ab, wobei jedoch für die Differenzierung eines CRPS Stadium I oder Stadium II und hinsichtlich der Lokalisation eine aktuelle elektrophysiologischen Befunderhebung erforderlich wäre. Den medizinischen Erfahrungssatz, wonach es falsch sei, dass ein CRPS Typ II nur so lange anhalte als eine Nervenschädigung nachweisbar sei, was ihrem Vorbringen – dem Beklagtenvorbringen – entspreche, benenne er nicht. Vielmehr sei nach den Leitlinien der DGM entsprechend den Ausführungen ihres Beratungsarztes Dr. B. davon auszugehen, dass ein CRPS nicht mehr vorliege, da die vier Diagnosepunkte der Leitlinie nicht mehr vollständig erfüllt seien. Ebenfalls komme Dr. H. zum Ergebnis, dass die Zeichen oder Reste eines CRPS nicht mehr vorliegen. Soweit im angefochtenen Urteil davon ausgegangen werde, dass ein CRPS über den gesamten Zeitraum mit einer MdE um 20 v.H. vorliege, könne dem nicht gefolgt werden. Selbst Dr. Ko. gehe von einer vorübergehenden Besserung der Symptomatik aus. Mit den Befunden von Prof. Dr. S. habe sich das SG aber nicht auseinandergesetzt. Unabhängig davon sei die MdE-Einschätzung von Dr. Ko. nicht nachvollziehbar, denn er stütze sich hierbei auf die Versorgungsmedizinischen Grundsätze, die in der gesetzlichen Unfallversicherung keine Anwendung fänden. Darüber hinaus sei fraglich, weshalb eine diffuse, leichte Schwäche der rechten Hand mit einer MdE um 10 v.H. bewertet werde. Soweit Dr. Ko. hinsichtlich der Beeinträchtigungen von einer fehlenden Überlappung ausgehe und eine unfallbedingte Gesamt-MdE von 20 v.H. damit begründe, sei dies nicht nachvollziehbar. Prof. Dr. S. habe ausweislich seines Gutachtens die Sensibilitätsstörungen sowie die Schmerzen an der rechten Handkante sowie der Langfinger insbesondere bei Belastung oder Temperaturwechsel wie auch die geringe Krafteinschränkung berücksichtigt. Die Aussage von Dr. Ko. , mit dem Befund einer seitengleichen Beschwielung und fehlenden Zeichen trophischer Störungen könne eine relevante Symptomatik nicht zulässigerweise ausgeschlossen werden, sei im Hinblick darauf, dass Rentenbegutachtung im Kern Funktionsbegutachtung sei, nicht zutreffend.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 19.07.2016 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Kläger beruft sich zur Begründung auf die Ausführungen im angefochtenen Urteil und die Darlegungen des Sachverständigen Dr. Ko ... Er benötigte weiterhin Behandlung wegen den traumatischen Verletzungen der rechten Hand.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Schriftsatz der Beklagten vom 15.12.2017, Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten vom 20.12.2017).

Der Senat hat die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Akten des Sozialgerichts beigezogen. Auf diese Unterlagen und auf die vor dem Senat angefallene Berufungsakte wird wegen weiterer Einzelheiten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach § 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten, über die der Senat gemäß § 124 Abs. 2 SGG mit dem Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist gemäß §§ 143, 144 SGG zulässig und begründet. Der streitgegenständliche Bescheid der Beklagten vom 15.05.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.10.2014 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Weitergewährung der Verletztenrente infolge des Unfalls vom 07.07.2010. Das angefochtene Urteil des SG war daher aufzuheben.

Nach § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls - das sind nach § 7 SGB VII Arbeitsunfälle (§ 8 SGB VII) und Berufskrankheiten (§ 9 SGB VII) - über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern (§ 56 Abs.1 Satz 3 SGB VII).

Nach § 62 Abs. 1 Satz 1 SGB VII soll während der ersten drei Jahre nach dem Versicherungsfall (§ 7 SGB VII) der Unfallversicherungsträger die Rente als vorläufige Entschädigung festsetzen, wenn der Umfang der Minderung der Erwerbsfähigkeit noch nicht abschließend festgestellt werden kann. Spätestens mit Ablauf von drei Jahren nach dem Versicherungsfall wird kraft Gesetzes die Rente nicht mehr als vorläufige Entschädigung, sondern als Rente auf unbestimmte Zeit geleistet, wenn keine Entscheidung über die endgültige Rentengewährung getroffen wurde (§ 62 Abs. 2 Satz 1 SGB VII). § 62 Abs. 2 Satz 2 SGB VII räumt der Beklagten das Recht ein, bei der erstmaligen Festsetzung der Rente nach der vorläufigen Entschädigung den Vomhundertsatz der MdE abweichend von der vorläufigen Entschädigung festzustellen, auch wenn sich die Verhältnisse nicht geändert haben, was eine Entscheidung über die Rente auf unbestimmte Zeit im Dreijahreszeitraum des § 62 Abs. 2 Satz 1 SGB VII bedingt.

Vorliegend hat die Beklagte innerhalb des gesetzlichen Dreijahreszeitraums mit Bescheid vom 08.11.2011 dem Kläger eine Rente als vorläufige Entschädigung für den Zeitraum vom 12.09.2011 bis 31.12.2012 nach einer MdE um 20 v.H. als Gesamtvergütung bewilligt. Mit der befristeten Rentenbewilligung im Rahmen einer Gesamtvergütung kann die gesetzliche Folge der Weitergewährung der vorläufigen Entschädigung als Rente auf unbestimmte Zeit nicht eintreten, weshalb der Weitergewährungsantrag des Klägers vom 17.06.2013 sich nicht auf die Rechtsfolge des § 62 Abs. 2 S. 1 SGB VII stützen kann.

Soweit die Beklagte daher im angefochtenen Bescheid vom 15.05.2014 die Weitergewährung der Rente über den 31.12.2012 hinaus mit der Begründung abgelehnt hat, eine rentenberechtigende MdE liege nicht vor, war sie rechtlich nicht gehindert, sich für ihre Ablehnungsentscheidung auf diesen Ablehnungsgrund zu stützen. Die Ermächtigung in § 62 Abs. 2 Satz 2 SGB VII befugt den Unfallversicherungsträger dazu, über das Recht des Versicherten auf eine Rente auf unbestimmte Zeit ohne Bindung an den Regelungsgehalt seiner Rentenbewilligung als vorläufige Entschädigung nach den Grundsätzen einer Erstentscheidung zu entscheiden. Er darf dabei anders als in der vorläufigen Bewilligung entscheiden, ohne dass dafür eine wesentliche Änderung gegenüber den Verhältnissen eingetreten sein müsste, die bei Erlass der letzten vorläufigen Anspruchsfeststellung vorgelegen hatten. Der Vorläufigkeitsvorbehalt, welcher der Feststellung des Rentenanspruchs durch den Zusatz "als vorläufige Entschädigung" beizufügen ist (vgl. Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, § 62 Anmerkung 5.1), schließt ein schutzwürdiges Vertrauen des Versicherten auf diesen Verwaltungsakt insoweit aus, als dessen Regelung auf der Tatsache der noch nicht abschließend einschätzbaren MdE beruht. Der Gesetzesbegriff "Feststellung einer Rente" auf unbestimmte Zeit bedeutet die Entscheidung des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung über das subjektiv-öffentliche Recht eines Versicherten auf Rente. Diese Entscheidung kann auch negativ ausfallen, also zu der Feststellung führen, dass ein Rentenanspruch nicht besteht (BSG Urteil vom 16.03.2010 - B 2 U 2/09 R; LSG Baden-Württemberg Urteil vom 23.09.2014 - L 9 U 220/11 - , beide sozialgerichtsbarkeit.de).

In Anwendung dieser Grundsätze konnte der Senat für den Zeitraum ab 01.01.2013 keine Unfallfolgen feststellen, die eine rentenberechtigende MdE um 20 v.H. begründen.

Hierbei kann der Senat dahinstehen lassen, ob die vom Kläger geklagten Beschwerden an der rechten Hand als CRPS Stadium I bzw. Stadium II zu diagnostizieren sind, wovon Dr. Ko. ausgeht, oder diese Diagnose nicht mit letzter Sicherheit gestellt werden kann, was der Ansicht des Beratungsarztes Dr. B. entspricht.

Ginge man von einer gesicherten Diagnose eines unfallbedingten CRPS aus, sind die von den sich gutachterlich äußernden Ärzten darauf zurückzuführenden Funktionseinschränkungen nicht mit einer MdE um 20 v.H. zu bemessen.

Die Bemessung der MdE ist die Feststellung von Tatsachen, 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 tägliche Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (BSG a.a.O.; zuletzt BSG 22.06.2004 - B 2 U 14/03 R - SozR 4-2700 § 56 Nr. 1). 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.sozialgerichts-barkeit.de).

Prof. Dr. S. hat in seinem orthopädisch/unfallchirurgischem Gutachten vom 04.11.2013 in Übereinstimmung zu dem orthopädisch-unfallchirurgischen Bericht von Dr. P. vom 30.01.2013 eine freie Beweglichkeit beider Ellenbogengelenke, einen beidseits vollständigen Faustschluss, rechts leicht abgeschwächt, sowie eine freie Beweglichkeit aller Finger, insbesondere rechts eine vollständig mögliche Grifffunktion mit Pinzettengriff und Schlüsselgriff beschrieben. Die Handgelenksbeweglichkeit war bei der Untersuchung durch Prof. Dr. S. im Seitenvergleich rechts nur geringfügig endgradig eingeschränkt (handrückenwärts/hohlhandwärts 80/0/70° rechts, 80/0/80° links; speichenwärts/ellenwärts 20/0/20° rechts, 20/0/30° links). Insoweit vergleichbare Befunde hat auch Dr. Ko. bei seiner Untersuchung des Klägers am 23.06.2015 erhoben. Auch Dr. Ko. beschreibt einen möglichen Faustschluss rechts, eine vollständige Fingerbeweglichkeit beidseits, wobei die Beugung und die Spreizung der Finger IV und V rechts geringgradig schwächer als links (Kraftgrad 4/5) waren, und – nicht ganz vereinbar mit dem Befund des möglichen Faustschlusses rechts – ein Beugedefizit der Finger IV und V zur Handfläche mit Abstand von 1 cm. Er beschreibt abweichend zum Befund von Prof. Dr. S. noch eine eingeschränkte Einwärtsdrehung des rechten Handgelenks bis 90°, die vergleichbare Handgelenksbewegung links wird nicht mitgeteilt, wobei er diese Einschränkung nicht auf den Unfall, sondern auf eine Unterarmfraktur des Klägers, die er im Alter von sieben Jahren erlitten hatte, bezieht. Dies ergibt zunächst für die MdE-Schätzung der Funktionalität des Handgelenks, die sich grundsätzlich nach den Bewegungsmaßen im Handgelenk richtet (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl., Seite 581), keine relevante Erwerbsminderung. Der Senat konnte in Anwendung dieser Bewertungsgrundsätze der unfallmedizinischen Literatur nur eine MdE von weniger als 10 v.H. feststellen. Eine dem Verletzungsmuster nach Speichenbruch mit Achsenabknickung und Einschränkung der Handgelenksbewegung um insgesamt 40°, die eine MdE um 10 v.H. rechtfertigt, vergleichbare Beeinträchtigung der Handgelenksbeweglichkeit liegt bei der durchgehend diagnostizierten freien, allenfalls geringfügig endgradig eingeschränkten Handgelenksbeweglichkeit mit insgesamt 20° aus zwei Bewegungsrichtungen nicht vor, unabhängig davon dass eine mögliche Achsenabknickung nach Speichenbruch als mögliche Folge des nicht versicherten Unfalls des Klägers in seiner Kindheit gegeben sein mag. Unfallbedingte Auswirkungen auf eine vorbestehende Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit sind nicht erkennbar. Bei an jeder Hand vollständig erhaltenen und für alle Grifffunktionen einsetzbaren Fingern ist nach den Bewertungskriterien der unfallmedizinischen Literatur im Vergleich zu den Verletzungsmuster an den Fingern (vgl. Schönberger u.a., a.a.O. Seite 605 ff) ebenfalls keine MdE um mindestens 10 v.H. zu rechtfertigen.

Soweit die vom Kläger geklagten Gefühlsstörungen und Schmerzen von den genannten unfallversicherungsrechtlichen Bewertungstabellen für die Handgelenksbeweglichkeit oder bei Fingerverlust nicht erfasst werden, da in den MdE-Bewertungsrahmen nur die damit üblicherweise verbundenen Schmerzen berücksichtigt sind, bestimmt sich die MdE nach den speziellen MdE-Bewertungskriterien für ein CRPS (vgl. Schönberger u.a., a.a.O., Seite 402). Danach beträgt die MdE unter 10 v.H., wenn kein wesentlicher Schmerz in Ruhe oder unter geringer Belastung vorliegt (P0), 10-20 v.H. bei Schmerzfreiheit in Ruhe, jedoch Schmerz bei Bewegung und/oder geringer Belastung auftritt und kein hoher Analgetikabedarf besteht (P1), 20-30 v.H. bei Ruheschmerz, jedoch ausreichender Linderung bei Hochlagerung und Belastungsreduktion und meist dauerhafter Analgetikaeinnahme (P2), 40-80 v.H. bei ausgeprägten Schmerzen in Ruhe, ohne Linderung durch Immobilisation und Lagerung und nachweislich ausgeprägten trophischen Störungen (P3).

In Anwendung dieser Bewertungskriterien sind die vom Kläger geltend gemachten Sensibilitätsstörungen und geklagten Schmerzen an der ulnaren Handkante und seitlich der Finger IV und V der Bewertungsstufe für eine MdE um 10-20 v.H. (P1) zuzuordnen. Ihre Ausprägung rechtfertigt jedoch nicht, den Bewertungsrahmen der Stufe P1 bis zu einer MdE um 20 v.H. voll auszuschöpfen. Der Senat konnte insoweit nur eine MdE von 10 v.H. feststellen.

Dass die geltend gemachten Beschwerden des Klägers in den nächsthöheren Bewertungsrahmen einer MdE 20-30 v.H. (P2) einzustufen sind, hat der Senat nicht feststellen können. Die Voraussetzung eines -durchgehenden- Ruheschmerzes war für den Senat nicht mit der erforderlichen, an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit festzustellen. Zwar hat der Kläger gegenüber Dr. Ko. angegeben, seine rechte Hand schmerze kontinuierlich; den Ruheschmerz hat er auf der Zehn-Punkte-Skala der Schmerzintensität mit 2-3 Punkten bewertet. In Konkretisierung dieser Beschwerden bezieht er sich auf ein kontinuierliches Kribbeln und brennende Schmerzen an der rechten Hand, die nachts weniger und meist erträglich seien. Unangenehm und schmerzhaft sei es für ihn, wenn er mit der Handkante oder kleinfingerseitig etwas berühre oder heftiger anstoße. Diese Beschwerdeschilderung widerspricht seinen Beschwerdeangaben bei der neurologischen Untersuchung durch Dr. H. am 16.04.2016. Schmerzen sind von ihm bei dieser Untersuchung nicht ausdrücklich thematisiert worden. Vielmehr schilderte er bei Dr. H. vorwiegend Sensibilitätsstörungen in Form eines Taubheitsgefühls an den Fingern IV und V sowie an der Unterarminnenseite – insoweit abweichend zu den nur die Handkante betreffenden Beschwerdeangaben bei Prof. Dr. S. und Dr. Ko. – sowie eines immer wieder auftretenden "Elektrisierens", auch habe er immer wieder ein Brandgefühl an der Außenseite der rechten Hand, verstärkt bei Kälte. Selbst wenn diese Sensibilitätsstörungen als schmerzhaft empfunden werden, was nicht ausdrücklich angegeben worden ist, ist der Beschwerdeschilderung nicht zu entnehmen, dass die als – möglicherweise – schmerzhaft empfundene Sensibilitätsstörungen des Brandgefühls und des Elektrisierens als Ruheschmerz auftritt und nicht von äußeren Bedingungen angestoßen wird. Vielmehr lässt die Formulierung, dass diese Sensibilitätsstörungen "immer wieder" auftreten, ein mehr oder weniger gelegentlich vorhandenes Beschwerdebild erkennen. Dies korreliert weitgehend mit den Angaben bei der Untersuchung durch Prof. Dr. S ... Dort war nur von dauerhaft bestehenden Dysästhesien im Bereich der rechten ulnaren Handgelenkskante die Rede, was eine Form der Sensibilitätsstörung mit spontanen oder provozierten abnormen, unangenehmen Sinneswahrnehmungen ist, die meist auf taktile Wahrnehmungen (Oberflächensensibilität) bezogen sind (vgl. Pschyrembel online, Stichwort Dysästhesie). Soweit gegenüber Prof. Dr. S. Schmerzen thematisiert worden sind, hatte sie der Kläger auf den Bereich der Finger IV und V sowie der ulnaren Handkante bezogen, insbesondere bei Belastung oder bei Temperaturwechsel.

Aus dem klinischen Untersuchungsbefund ergab sich eine ungestörte Sensibilität an allen Fingern. Nur auf Druck hatte der Kläger eine Dysästhesie im Bereich der ulnare Handkanten und beim Beklopfen der Handkante sowie der Finger IV und V einen elektrisierenden Schmerz angegeben, was mit den Angaben des Klägers bei Dr. H. über ein als schmerzhaft empfundenes Brennen/"Elektrisieren" übereinstimmt. Abgesehen von dauerhaften, einem häufigen Wechsel in der Erscheinungsform unterliegenden Sensibilitätsstörungen sind Dauerschmerzen auch in Form eines ständigen Ruheschmerzes diesen Angaben und den erhobenen Befunden nicht zu entnehmen. Eine wechselnde Schmerzintensität und sogar längere schmerzfreie Zeiten wurden bereits schon im Befundbericht der S.klinik Orthopädie vom 30.01.2013 von Dr. P. dargelegt. Der Kläger hatte im August 2012 die Schmerzmedikamente abgesetzt, jedoch sei es nach mehreren Wochen wieder langsam zu zunehmenden brennenden Missempfindungen der rechten Hand gekommen, weshalb ab Ende September 2012 eine Neueinstellung der medikamentösen Therapie aufgenommen worden sei. Zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. P. am 29.01.2013 waren die brennenden Missempfindungen wieder langsam rückläufig, die Schmerzsymptomatik war auf die ulnare Handkante bis zum ulnaren Unterarm rechts lokalisiert. Schmerzen an den Fingern wurden nicht geklagt, lediglich die brennende Missempfindung habe sich an der Streck- und Palmarseite der ulnaren Langfinger entlang ausgedehnt. Die klinische Untersuchung ergab dann auch nur eine Druckschmerzhaftigkeit an der ulnaren Handkante sowie an den Fingergelenken IV und V, was wiederum für belastungsabhängige Beschwerden und nicht für einen Ruheschmerz spricht.

Der Kläger hat auch keinen hohen Analgetikabedarf. Dr. Ko. berichtet, dass der Kläger eigenen Angaben zufolge nur unregelmäßig und in Intervallen je nach Beschwerden Gabapentin 300 und Arcoxia 90 einnehme. Dies sind nach Dr. Ko. ein membranstabilisierendes Medikament bei chronischen Nervenschäden (Gabapentin) und ein nicht stereoidhaltiges Schmerzmedikament (Arcoxia). Auch bei Dr. H. hatte der Kläger angegeben, nur gelegentlich Arcoxia einzunehmen, was mit den übrigen dokumentierten anamnestischen Angaben zur Schmerzmedikation übereinstimmt. So hatte bereits Dr. P. in seinem Bericht vom 15.02.2012 als aktuelle Medikation die Einnahme von Arcoxia 1x1 bei Bedarf angegeben.

Der Senat geht deshalb davon aus, dass seit 01.01.2013 kein Ruheschmerz besteht, aber in wechselnder Form als schmerzhaft empfundene Sensibilitätsstörungen selbst bei geringster Belastung/Einwirkung auftreten, weshalb der solchermaßen umschriebene dauerhafte Schmerzzustand in den Bewertungsrahmen P1 einer MdE von 10-20 v.H. einzustufen ist. Hieraus folgen für den Senat jedoch keine solchen Belastungen, die eine rentenrelevante MdE um 20 v.H. begründen.

Die wechselnden Sensibilitätsstörungen sind in der Form eines Taubheitsgefühls, eines beeinträchtigenden Kälte-/Wärmeempfindens oder Berührungsempfindlichkeit grundsätzlich funktionell wenig bedeutsam, was auch Dr. Ko. im Rahmen seiner MdE-Beurteilung für die Gefühlsminderung der Finger ausgeführt hat. Selbst der Gesichtspunkt, dass den Sensibilitätsstörungen an der Hand eine höhere Wertigkeit zuzumessen ist, weil sie für das "Begreifen" in vielen Berufen gerade von besonderer Bedeutung sind (vgl. Schönberger u.a., a.a.O., Seite 570), führt vorliegend zu keiner anderen MdE-Bewertung der reinen Sensibilitätsstörungen. Betroffen ist zum einen nicht die ganze Hand und zum anderen auch nur funktionell weniger bedeutsame Teile der Hand, nämlich nur die Handkante der rechten Hand und die ulnare Fingergelenksseiten der Finger IV und V, was bei gegebener Fingerbeweglichkeit und nicht betroffenen Fingerspitzen die in vielen Berufen erforderliche Bedienung von Tastaturen, Displays oder Touch-Screens nicht beeinträchtigt. Somit sind die spezielle Sensibilitätsstörung einer brennenden Missempfindung und die damit verbundene Schmerzintensität vorliegend allein MdE-relevant. Diese treten zur Überzeugung des Senats, wie dargelegt, nur belastungsbedingt auf, wenn auch geringe Belastungen für die Schmerzprovokation ausreichend sind. Die Schmerzintensität hatte der Kläger bereits im Januar 2013 mit 2-3 Punkten der 10-Punkte-Schmerzintensitätsskala unter Ruhebedingungen und "teilweise" mit 8-9 Punkten unter Belastung angegeben. Sie wurde aber bei der Untersuchung durch Dr. Ko. als deutlich verbessert dargestellt. Jetzt hatte der Kläger den Ruheschmerz mit 2-3 Punkten und den Belastungsschmerz mit 4-6 Punkten bewertet, was unter anderem auch einer erlangten hinreichenden Anpassung und Gewöhnung geschuldet sein dürfte. Eine maßgebende, schmerzbedingte Beeinträchtigung in der Alltagsbewältigung ist dem Gutachten von Dr. Ko. nicht zu entnehmen. Der Kläger geht seiner neu erlangten Berufstätigkeit nach, wobei die von ihm behauptete Verlangsamung seiner Arbeitsgeschwindigkeit, weil er das Anschlagen der rechten Handkante an einen Gegenstand vermeiden wolle, kompensiert ist, denn diesbezügliche Probleme am Arbeitsplatz werden nicht dargelegt. Auch sonst sind für den Senat keine Einschränkungen am Arbeitsplatz erkennbar, da bei der Bedienung von Tastaturen, auf die der Kläger in seinem Vorbringen abgestellt hatte, in der Regel die Hand mit der Handinnenseite am Handballen abgelegt wird und auch bei sonstigen Tätigkeiten die verschiedenen Greiffunktionen die Handkante und die Fingerseiten nicht tangieren bzw. eine solche Belastung durch angepasste Ausweichbewegung vermeidbar ist. Im Übrigen ist eine relevante Einschränkung der Lebensgestaltung, die Rückschlüsse auf die Erwerbsfähigkeit zuließe, den klägerischen Ausführungen nicht zu entnehmen. Depressive Verstimmungen wurden mit Ausnahme für eine begrenzte Zeit nach dem Unfall 2010 für die Folgezeit verneint, einen entsprechender Befund hat auch Dr. Ko. nicht erhoben. Der berufstätige Kläger geht ausweislich der von Dr. Ko. erhobenen Angaben regelmäßig 1 Stunde spazieren, erledigt die Hausarbeit selbst, hilft seiner Tochter bei den Hausaufgaben und hat weder Ein- noch Durchschlafprobleme. Dies ergibt nicht das Erscheinungsbild eines schwer schmerzgeplagten Menschen. Dass der 1966 geborene Kläger seine angeblich früher praktizierten sportlichen Aktivitäten wie Squash und Motocross-Fahren aufgegeben hat, erlaubt keine weiteren Rückschlüsse auf die unfallbedingte Einschränkung der Lebensgestaltung.

Aus diesen Gründen erscheint dem Senat auch dann, wenn den widersprüchlichen und teilweise vagen Beschwerdeangaben des Klägers doch ein Ruheschmerz im Sinne der angeführten MdE-Bewertungskriterien zu entnehmen wäre, eine Zuordnung zur Bewertungsstufe P2 nicht gerechtfertigt. Eine dauerhafte Analgetikaeinnahme ist nicht dokumentiert. Die auf eigener Einschätzung beruhende Schmerzintensität von 2-3 Punkten, die der Kläger durchgehend für den Ruheschmerz angegeben hatte, ist am untersten Bereich der 10-Punkte-Skala einzustufen und ist durch Kontaktvermeidung der Handkante bzw. der Fingergelenksseiten der Finger IV und V in der Regel auch für diese Intensitätsstufe beherrschbar. Die grundsätzliche Schmerzintensität und Schmerzdauer liegt daher näher bei der Bewertungsstufe P0, die noch einen unwesentlichen Ruheschmerz erfasst, als bei der Bewertungsstufe P2, so dass bei einer vergleichenden Betrachtung dieser untypischen Fallkonstellation eines unwesentlichen Ruheschmerzes mit gelegentlicher, unter nicht beherrschbaren äußeren Bedingungen wie Temperatur- und Wetterschwankungen höherer belastungsbedingter Schmerzintensität dies auch allenfalls eine MdE von 10 v.H. begründen könnte.

Die MdE um 10 v.H. für das angenommene CRPS ist durch keine sonstigen weiteren unfallbedingten Gesundheitsstörungen zu erhöhen. Eine solche Erhöhung war selbst von Dr. Ko. für die von ihm allein als unfallbedingt angenommene vorübergehende Anpassungsstörung nicht vorgenommen worden, da er sie nicht als Dauererkrankung mit einer eine MdE um mindestens 10 v.H. begründeten Ausprägung angesehen hat. Der Senat hat keinen Anlass hierzu Weiteres auszuführen, denn diese MdE-Bewertung dürfte im Hinblick auf den von Dr. Ko. dargestellten Verlauf und die endgültige Remission der psychischen Störung selbst bei unterstelltem wesentlichen Unfallzusammenhang

zutreffend sein. Der nicht näher begründeten MdE-Einschätzung mit 20 v.H. der behandelnden Ärzte Dr. B. und K. in deren sachverständigen Zeugenaussage vom 25.02.2015, die pauschalisierend eine psychosomatische Belastung zugrunde legten, folgte der Senat aus den oben genannten Gründen nicht.

Im Übrigen folgte der Senat der MdE-Einschätzung von Dr. Ko. nicht. Zum einen ist die von ihm zugrunde gelegte Bewertungstabelle der Versorgungsmedizinischen Grundsätze für den Ausfall des unteren Armplexus im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung nicht anwendbar. Es handelt sich bei den den Rechtsbegriffen der MdE und des Grad der Behinderung/Grad der Schädigung (GdB/GdS) unterfallenden Regelungsbereichen um unterschiedliche Rechtsfolgewirkungen (einhellige Meinung, vgl. zuletzt BSG 20.12.2016 - B 2 U 11/15 - juris = SozR 4-2700 § 56 Nr. 4). Denn schon aus § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX und § 30 Abs. 1 BVG ist ersichtlich, dass Bezugspunkt der pauschalisierenden Beurteilung des GdB/GdS i.S.d genannten Vorschriften die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft allgemein ist (zum Begriff der Gesellschaft vgl. Luthe in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 2. Aufl. 2015, § 2 SGB IX, RdNr. 89) bzw. in allen Lebensbereichen (§ 30 Abs. 1 BVG). Dagegen handelt es sich bei der Beurteilung der MdE nach den Regelungen des SGB VII um einen wesentlich engeren Bezugsrahmen. Denn die MdE bemisst sich nicht nach der ganzen Breite des Lebens in der Gesellschaft im Allgemeinen, sondern richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden (Ver-)Minderung der Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens i.S.d. allgemeinen Arbeitsmarktes (§ 56 Abs. 2 SGB VII). Zum anderen verkennt Dr. Ko. die Bedeutung der MdE-Bemessung im Hinblick auf die gebotene Funktionsbewertung, denn eine additive Berücksichtigung von Schmerzen, schmerzhafter Berührungsempfindlichkeit und einer diffusen Schwäche der Handkraft beinhaltet eine nicht gerechtfertigte Aufspaltung gleicher funktioneller Auswirkungen und missachtet ihre teilweise Überschneidung bei der Berücksichtigung der pauschalisierten Bewertungsgrundsätze. Abgesehen davon, dass die Beeinträchtigung von Fingerbeugung und Fingerspreizung bei zwei Fingern mit einem Kraftgrad von vier Fünfteln bereits keine Teil-MdE um 10 v.H. begründet, wie oben ausgeführt, ist die MdE-Tabelle für die Handgelenksbeweglichkeit und die Gesundheitsstörung eines CRPS einschlägig. Erfasst werden nach allgemeiner Übereinkunft in diesen Bewertungsansätzen die mit dem Grad der Bewegungseinschränkung üblicherweise verbundenen Schmerzen und die damit typischerweise einhergehende Kraftminderung (vgl. Senatsurteil vom 25.10.2013 - L 8 U 2828/12 -, juris, www.sozialgerichtsbarkeit.de), was vorliegend insbesondere auf die MdE-Tabelle für die Handgelenksbeweglichkeit zutrifft. Nach dem klinisch festgestellten Ausmaß der Krafteinschränkung ergibt sich kein Anlass für eine besondere Bewertung der Kraftminderung, die in der genannten Bewertungsstufe der Handgelenksbeweglichkeit mit einer MdE von 10 v.H. mitberücksichtigt ist.

Der Senat hat keine Veranlassung zu weiteren Ermittlungen gesehen. Solche sind von den Beteiligten auch nicht geltend gemacht worden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2018-02-12