

L 1 U 1536/16

Land

Freistaat Thüringen

Sozialgericht

Thüringer LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Gotha (FST)

Aktenzeichen

S 18 U 3539/12

Datum

07.10.2016

2. Instanz

Thüringer LSG

Aktenzeichen

L 1 U 1536/16

Datum

12.12.2019

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 7. Oktober 2016 sowie der Widerspruchsbescheid vom 15. Mai 2012 aufgehoben und der Bescheid vom 25. Januar 2012 abgeändert und als weitere Unfallfolge eine Ruptur des SL-Bandes festgestellt und die Beklagte verurteilt, der Klägerin ab dem 1. März 2011 eine Verletztenrente unter Annahme einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 v.H. zu gewähren. Die Beklagte wird zur Übernahme von Heilbehandlungskosten über den 31. Dezember 2008 hinaus verurteilt. Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit steht die Feststellung weiterer Folgen des Arbeitsunfalls vom 3. Dezember 2008, die Gewährung von Heilbehandlung über den 31. Dezember 2008 hinaus sowie die Gewährung einer Verletztenrente auf Grundlage einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in Höhe von 20 von Hundert (v.H.) ab 1. März 2011.

Die 1956 geborene und bei der Beklagten als Sachbearbeiterin versicherte Klägerin rutschte am 3. Dezember 2008 auf dem Weg zur Arbeit auf Glatteis aus und stürzte auf ihre linke Seite. Der sodann aufgesuchte D-Arzt Dr. Sch. stellte u.a. beim linken Handgelenk einen Druckschmerz über der Fossa tabatiere und einen Bewegungsschmerz fest. Er diagnostizierte multiple Prellungen sowie einen Verdacht auf eine scapholunäre Dissoziation links (Bericht vom 3. Dezember 2008). Eine kernspintomographische Untersuchung vom 18. Dezember 2008 führte zu der Beurteilung einer Ruptur des SL-Bandes alter Genese (MRT-Befund vom 18. Dezember 2018). Prof. Dr. H. berichtete in Folge einer stationärer Behandlung der Klägerin, dass die am 6. April 2009 durchgeführte Arthroskopie des linken Handgelenks eine viertgradige SL-Bandruptur ohne wesentliche Knorpelschäden bestätigt habe. Diese SL-Ruptur sei aufgrund noch vorhandener Bandreste am ehesten auf das genannte Unfallereignis zurückzuführen (Abschlussbericht vom 7. April 2009). Wegen reichlich vorhandener Bandreste empfahl der Operateur Dr. F., dass nach sechs Wochen die Rekonstruktion des SL-Bandes durchgeführt werden solle (Operationsbericht zur Handgelenksarthroskopie vom 6. April 2009). Der von der Beklagten zur handchirurgischen Heilverlaufkontrolle hinzugezogene Dr. St. schätzte wegen der intakten Gelenkflächen ein, dass die SL-Bandruptur unfallabhängig sei (spezielle handchirurgische Heilverlaufkontrolle vom 14. Mai 2009). Im Rahmen einer weiteren stationären Behandlung erfolgte am 1. Juli 2009 die Rekonstruktion des SL-Bandes. Im Abschlussbericht des Universitätsklinikum Jena vom 2. Juli 2009 führte Prof. Dr. H. aus, intraoperativ hätten sich noch nahtfähige Bandstümpfe gefunden, weshalb die direkte Naht erfolgt sei. Außerdem seien zusätzlich die Bandstümpfe refixiert worden. Mit seinem, von der Beklagten in Auftrag gegebenen, ersten Rentengutachten vom 4. März 2011 stellte Dr. B. als Folge des Unfalls eine zweitgradige posttraumatische medikorpale Arthrose mit erheblicher Bewegungseinschränkung des linken Handgelenks bei konsolidierter radiokarpaler Teilarthrodese, eine Kraftminderung in der linken Hand sowie chronische Schmerzen im linken Handgelenk fest. Die MdE schätzt er auf 30 v.H. Der hierzu befragte Beratungsarzt Dr. C. führte aus, die im Gutachten dokumentierten Befunde seien mit einer Versteifung des Handgelenks in funktionsgünstiger Stellung gleichzusetzen. Die MdE sei daher auf 25 v.H. zu schätzen (beratungsgärtliche Stellungnahme vom 15. April 2011). Der ebenfalls befragte Beratungsarzt Dr. L. stellte fest, dass bei der kernspintomographischen Untersuchung am 18. Dezember 2008 keine Verletzungszeichen befundet worden seien. Es seien auch nicht andeutungsweise irgendwelche Hinweise (Weichteilödeme/knöcherner Ödeme) auf eine stattgehabte Krafteinwirkung zur Darstellung gelangt. Aufgrund der am 3. Dezember 2008 erhobenen klinischen und nativ röntgenologischen Befunde und insbesondere nach der kernspintomographischen Untersuchung vom 18. Dezember 2008 könne ausgeschlossen werden, dass es durch die versicherte Tätigkeit zu einer gedeckten Verletzung im Bereich der linken Handwurzel, nämlich zu einer Verletzung der Kapsel-Band-Verbindung zwischen Kahn- und Mondbein, gekommen sei (beratungsgärtliche Stellungnahme vom 27. Mai 2011). Der Handchirurg und Beratungsarzt Dr. Sch. schätzte ein, dass es durch das Unfallereignis mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu einer Handgelenkverletzung mit SL-Dissoziation Grad IV gekommen sei. Diese sei zwar rechtzeitig erkannt, aber zu spät operativ behandelt worden. Daraus resultierten eine chronische Instabilität des Handgelenks unter Einschluss der Gelenkflächen und die chronische Schmerzen.

Bei einem stationärem Aufenthalt vom 22. Juni 2011 bis 2. Juli 2011 erfolgte schließlich ein operativer Handgelenkersatz durch eine Totalendoprothese links.

Nach Anhörung der Klägerin beauftragte die Beklagte Dr. Sch. mit der Erstellung eines orthopädisch-traumatologischen Zusammenhangsgutachtens. Dieser gelangte zu der Feststellung (Zusammenhangsgutachten vom 20. Oktober 2011), dass zwar der Unfallhergang grundsätzlich für eine SL-Ruptur geeignet sei, jedoch keine frischen Verletzungsmerkmale, wie z.B. Hämatome oder Schürfungen, die auf eine erhebliche Krafteinwirkung hinweisen würden, dokumentiert worden seien. Auch werde keine Funktionsminderung am linken Handgelenk beschrieben, was insgesamt auf eine harmlose Distorsion des Handgelenks hindeute. Bei den Röntgenaufnahmen am 3. Dezember 2008 seien frische knöcherne Verletzungen ausgeschlossen worden. Bei der folgenden MRT-Untersuchung habe sich kein Anhalt für eine frische Einblutung bzw. einen typischen Reizerguss im linken Handgelenk/Handwurzelbereich, der ein frisches Trauma bedinge, gezeigt. Eine Bandstruktur zwischen Kahn- und Mondbein werde in den Aufnahmen gar nicht mehr dargestellt, was auf eine unfallunabhängige SL-Bandschädigung als Zeichen einer vorbestehenden dynamischen Instabilität hinweise. Die vier Monate später stattgefunden OP könne keine Rückschlüsse mehr zur Entstehung der SL-Bandverletzung machen. Unfallbedingt sei lediglich eine Verstauchung im Bereich des linken Handgelenks, die nach ca. 2 - 3 Wochen folgenlos ausgeheilt sein sollte. Die Beklagte erkannte mit Bescheid vom 25. Januar 2012 den Arbeitsunfall an. Als Unfallfolgen stellte sie eine Verstauchung des linken Handgelenks fest. Diese sei folgenlos ausgeheilt, unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe bis zum 31. Dezember 2008 bestanden. Ein Anspruch auf Verletztengeld über diesen Tag hinaus bestehe nicht. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit habe bis zum 31. Dezember 2008 bestanden. Ein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung über diesen Tag hinaus bestehe im Übrigen nicht. Keine Folgen des Arbeitsunfalls sei die SL-Dissoziation am linken Handgelenk. Der Widerspruch der Klägerin wurde mit Widerspruchsbescheid vom 15. Mai 2012 zurückgewiesen. Hiergegen hat die Klägerin Klage erhoben. Das Sozialgericht hat Dr. U. mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. Dieser hat zur Kausalität des Unfallereignisses mit der SL-Ruptur festgestellt (Sachverständigengutachten vom 11. April 2013), dass die Vorgeschichte eher ein Argument für die Annahme eines Unfallzusammenhangs darstelle und auch die Hergangsschilderung für einen Unfall-zusammenhang spreche. Hingegen finde sich der für eine akute traumatische SL-Bandruptur typische klinische Befund mit hochgradig schmerzhafter Bewegungseinschränkung im linken Handgelenk, kombiniert mit einer Weichteilschwellung oder auch bereits einer Ergussbildung im Durchgangsarztbericht nicht. Der klinische Erstbefund sei daher eher ein Argument gegen die Annahme eines Zusammenhangs. Ebenso der kernspintomographische Befund: Das für akute traumatische Rupturen des SL-Bandes typische Spongiosaödem in den angrenzenden Skelettabschnitten komme kernspintomographisch nicht zur Darstellung. Andererseits seien bei der Arthroskopie etwa vier Monate nach dem Unfallereignis Reste des SL-Bandes, aber noch keinerlei Knorpelschäden an den Gelenkflächen festgestellt worden. Der intraoperative Befund sei deswegen ein schwerwiegendes Argument für die Annahme eines Unfallzusammenhangs. Als Alternativursache komme zwar eine frühere unfallbedingte Ruptur in Betracht. In Würdigung der leeren Vorgeschichte, der adäquaten Gewalteinwirkung, der zeitnah zum Unfall röntgenologisch fehlenden Zeichen der chronischen Instabilität und insbesondere in Würdigung des intraoperativen Befundes mit noch vorhandenen Bandresten, zugleich aber fehlenden Sekundärschäden an den Knorpelflächen, schätze er ein, dass mehr für als gegen die Annahme eines Unfallzusammenhangs spreche. Der zeitnah zum Unfall erstellte kernspintomographische Befund bleibe jedoch diskrepant zu allen anderen Kausalitätskriterien. Der ursächliche Zusammenhang mit der SL-Bandruptur sei daher nicht sicher, aber zumindest überwiegend wahrscheinlich. Die MdE hat Dr. U. auf 25 v.H. geschätzt.

Mit dem vom Sozialgericht veranlassten radiologischen Gutachten vom 13. September 2013 hat Prof. Dr. B. den MRT-Befund des linken Handgelenks vom 18. Dezember 2008 nachbegutachtet. Die Tatsache, dass keine Flüssigkeit im Gelenkspalt vorliege und insbesondere eine Kontrastmittelaufnahme im SL-Spalt fehle, schließe eine frische Verletzung aus. Die Darstellung der Kontrastmittelaufnahme sei als Hinweis auf ein ca. 14 Tage altes Trauma zu fordern, um eine frische Verletzung zu belegen. Es ergäben sich jedoch keine Hinweise auf eine am 3. Dezember 2008 eingetretene frische Verletzung. Die Ruptur des SL-Bandes sei älterer Natur, denn es fehlten jegliche knöcherne oder Weichteilbefunde, die ein Hinweis auf ein akutes Trauma darstellten. Es sei nicht nachvollziehbar, dass eine akute Zerreißen des SL-Bandes bei einem Unfall statfinde und keinerlei Begleitbefunde nachzuweisen seien. Es ergäben sich auch keine Widersprüche mit den klinischen Befunden vom 3. Dezember 2008 und zum intraoperativen Befund vom 6. April 2009. Soweit dort reichlich Bandreste beschrieben worden seien, sei zu vermuten, dass es sich um die Bindegewebsmasse im erweiterten SL-Spalt handle. Insoweit sei zu bedenken, dass bei der Arthroskopie unter hohem Druck Flüssigkeit ins Gelenk instilliert werde, um die engen Strukturen auseinander zu drängen.

Mit seiner ergänzenden Stellungnahme vom 2. Oktober 2013 hat Dr. U. ausgeführt, dass auch der radiologische Sachverständige für den Widerspruch des kernspintomographischen Befundes zum intraoperativen Befund keine Erklärung finde. Er äußere nur die Vermutung, dass der Operateur eine Bindegewebsmasse als Bandreste fehlinterpretiert habe. Zur Frage der Unfallabhängigkeit eines Morbus Sudeck bzw. eines neuropathischen Schmerzsyndroms und zur Frage von mittelbaren Unfallfolgen aufgrund der erfolgten Behandlungen des linken Handgelenks hat das Sozialgericht ein Sachverständigengutachten der Neurologin Dr. O. eingeholt. Diese hat mit ihrem Sachverständigengutachten vom 31. März 2016 festgestellt, dass ein Morbus Sudeck (CRPS) und/oder ein neuropathisches Schmerzsyndrom im Bereich der linken Hand nicht vorlägen. Hinsichtlich der Kausalitätsbeurteilung seien sowohl die Vorgeschichte sowie der geschilderte Mechanismus ein Argument für den Unfallzusammenhang. Im Bericht des erstbehandelnden D-Arzt es seien zudem oberflächliche äußere Verletzungen sowie ein Druck- und Bewegungsschmerz im Bereich des linken Handgelenks dokumentiert. Zwar spreche die in der MRT fehlende Knochenmarködembildung eher gegen einen Unfallzusammenhang, die vier Monate spätere Arthroskopie habe jedoch noch Reste des Bandes allerdings ohne Knorpelschaden nachgewiesen. Letzteres mache einen Unfallzusammenhang wieder wahrscheinlicher, da bei länger zurückliegender Bandruptur mit chronischer Instabilität schon Knorpelschäden zu erwarten seien. Im Übrigen könne nach mittlerweile neun Operationen am linken Handgelenk die aktuelle Bewegungseinschränkung nicht mehr auf einzelne Eingriffe zurückgeführt werden. Es handle sich um das Ergebnis des Behandlungsverlaufs der letzten sieben Jahre. Die MdE sei auf 25 v.H. einzuschätzen. Mit Urteil vom 7. Oktober 2016 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Ein Ursachenzusammenhang sei nicht wahrscheinlich. Insoweit sei auf das Sachverständigengutachten des Prof. Dr. B. zurückzugreifen. Die Ruptur müsse bereits vor dem Unfallereignis vorhanden gewesen sein. Der am 6. April 2009 erhobene operative Befund könne Prof. Dr. B. zur Folge auch keinen Hinweis auf noch vorhandene Bandreste geben. Es handle sich vielmehr um Weichteilgewebe.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin.

Sie beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 7. Oktober 2016 sowie den Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 15. Mai 2012 aufzuheben und

unter Abänderung des Bescheides vom 25. Januar 2012 die Ruptur des SL-Bandes der linken Hand als weitere Folge des Arbeitsunfalles festzustellen und die Beklagte zu verurteilen, Kosten der Heilbehandlung über den 31. Dezember 2008 hinaus zu übernehmen sowie eine Verletztenrente ab dem 1. März 2011 unter Berücksichtigung einer MdE i.H.v. 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet ihre Entscheidungen und das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend.

Der Senat hat den Handchirurgen Dr. St. zunächst mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens nach Aktenlage beauftragt. Dieser gelangte in seinem Sachverständigengutachten vom 18. Dezember 2017 zu der Einschätzung, dass die Ruptur des SL-Bandes am linken Handgelenk unmittelbare und die anschließende Implantation einer Handgelenks-Totalendoprothese mittelbare Folge des Arbeitsunfalles vom 3. Dezember 2008 seien. Mit dem kernspintomographischen und dem intraoperativen Befund fänden sich zwar zwei (scheinbar) widersprechende außerordentliche gewichtige Aspekte im Hinblick auf die Zusammenhangsfrage. Dieser Widerspruch ließe sich jedoch mit der Annahme einer bereits am SL-Band bestehenden Vorschädigung auflösen. Der Sturz auf Glatteis habe dann bereits bei geringer kinetischer Energie im Handgelenk zu einem Abriss des SL-Bandes geführt. Der Abriss des vorgeschädigten Bandes führe dabei nicht zu den sonst üblichen Einblutungen an der Abrissstelle. Dies erkläre einerseits den kernspintomographischen Befund mit fehlender Flüssigkeitsansammlung im SL-Spalt und andererseits aber auch noch die arthroskopisch sowie besonders intraoperativ nachgewiesenen Befunde. Die Klassifikation noch nahtfähiger Bandstümpfe am SL-Band ließe sich nur auf diese Weise erklären. Bei dem Sturz habe es sich schließlich nicht um ein Gelegenheitstrauma gehandelt. Das vorgeschädigte SL-Band müsse noch seine volle Funktionalität gehabt haben, da anderenfalls Knorpelschädigungen am Kahnbein oder der körperfernen Speiche aufgetreten wären.

Unter Bezugnahme auf die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. L. vom 23. Januar 2018 hat die Beklagte die Einschätzung des Sachverständigen hinsichtlich eines Vorschadens beanstandet. Tatsächlich sei wohl eine Schadensanlage gemeint. Im Übrigen handle es sich bei dem Ergebnis der kernspintomographischen Untersuchung um ein K.O.-Kriterium. Auch stelle der Sturz lediglich eine Gelegenheitsursache dar. Ein Unfallzusammenhang ergebe sich keinesfalls. Hierauf hat Dr. St. mit seiner ergänzenden Stellungnahme vom 6. April 2019 erwidert, dass der Kernspintomographieuntersuchungsbefund keineswegs der entscheidende Befund sei. In der Handchirurgie sei es Konsens, dass die arthroskopische oder die intraoperative Betrachtung, die wesentlich sensitivere Untersuchung gegenüber einem indirekten Befund einer kernspintomographischen Untersuchung darstelle. Gegen die Annahme einer nur minimalen Krafteinwirkung durch den Sturz spreche die Darstellung im D-Arzt-Bericht und der Umstand, dass ein Sturz auf Glatteis stattgefunden habe. Dem hat die Beklagte die weitere beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. L. vom 7. Mai 2018 entgegengehalten. In Betracht käme kein Vorschaden, sondern allenfalls eine Schadensanlage, also anlagebedingt klinisch stumme Veränderungen. Von solchen sei vorliegend nicht auszugehen. Die besondere Sensitivität der Arthroskopie im Übrigen, sei nur unter der Voraussetzung gegeben, dass diese zeitnah erfolge. Hinsichtlich des zweiten operativen Eingriffs sei festzustellen, dass sich der OP-Bericht nicht in der Akte befinde. Schließlich sei sieben Monate nach einer viertgradigen Zusammenhangstrennung keine Naht von Bandstümpfen mehr möglich. Mit weiterer beratungsärztlicher Stellungnahme vom 21. Juli 2018 hat Dr. L. ausgeführt, dass nicht von einem auf die im Handgelenk gestreckte Hand geschilderten Sturz auszugehen sei, sondern dass die Klägerin auf die Seite gefallen sei und sich mit dem linken Arm abgefangen habe. Der Hergang bzw. Ablauf der versicherten Tätigkeit spreche also keineswegs für einen Unfallzusammenhang. Dr. St. blieb mit seinen ergänzenden Stellungnahmen vom 18. Juni 2018 und 27. August 2018 bei seiner Einschätzung, dass der Unfallhergang geeignet gewesen sei. Im Übrigen hob er hervor, dass eine Naht auch nach einer Dauer von mehreren Monaten grundsätzlich möglich sei, solange jedenfalls entsprechende Bandreste vorhanden seien.

Sodann hat die Beklagte den Operationsbericht des Dr. F. vom 6. Juli 2009 zusammen mit einer beratungsärztlichen Stellungnahme des Dr. L. vom 23. Oktober 2018 vorgelegt. Nach Auffassung des Beratungsarztes bestünden anhand des Operationsberichts erhebliche Zweifel daran, dass am 1. Juli 2009 ein vor 30 Wochen vor der Operation durch den Arbeitsunfall verursachter Riss des SL-Bandes links genäht worden sei. Dr. St. hat den Operationsbericht mit ergänzender Stellungnahme vom 15. Dezember 2018 so ausgewertet, dass der Operateur ausdrücklich den arthroskopischen Befund beschreibe. Bezüglich der Zusammenhangsfrage sei die beschriebene Vorgehensweise (Rekonstruktion des dorsalen Anteils des SL-Bandes mit PDS-Nähten sowie einem Mikro-Titananker) besonders bedeutsam. Sie bestätige, dass noch genügend Reste des SL-Bandes vorhanden waren, die mit der Naht und einem Titananker versorgt werden konnten. Nach dem nun vorliegenden Operationsbericht seien die Bandreste für eine Naht auch tatsächlich ausreichend gewesen. Mit seinen Stellungnahmen vom 14. Januar 2019 und 14. Juni 2019 hat der Beratungsarzt Dr. L. an seiner Auffassung festgehalten. Mit ergänzender Beweisanordnung hat der Senat den Sachverständigen Dr. St. zu seiner Einschätzung hinsichtlich der MdE befragt. Dr. St. hat in seinem ergänzenden Sachverständigengutachten vom 8. Oktober 2019 dargelegt, dass die MdE seit 1. März 2011 und ab da fortlaufend mit 20 v.H. einzuschätzen sei. Er stellte eine erhebliche Minderung der linksseitigen Handgelenksbeweglichkeit mit verbliebener Streckfähigkeit auf 30 Grad und Beugefähigkeit auf 10 Grad, eine erhebliche Minderung der groben Kraft und Minderung der Muskulatur links und eine Anschwellung der Beugesehnscheiden im ellenseitigen linken Unterarmbereich reaktiv auf den Einsatz einer Handgelenksprothese mit endgradiger Minderung der Fingerbeweglichkeit am Ring- und Kleinfinger fest. Hieraus und aufgrund des erfolgten Ersatzes des linken Handgelenks durch eine Totalendoprothese ergebe sich unter Berücksichtigung der anerkannten Erfahrungswerte zur MdE-Einschätzung die festgestellt MdE von 20 v.H.

Die Klägerin ist der Einschätzung des Sachverständigen Dr. St. sowohl bezüglich der Unfallkausalität, als auch der MdE-Einschätzung beigetreten. Die Beklagte ist weiterhin der Auffassung, dass die SL-Bandruptur nicht mit dem Unfallereignis im Zusammenhang stehe. Sofern ein Unfallzusammenhang jedoch angenommen werde, sei die MdE-Einschätzung des Sachverständigen Dr. St. zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakte und der Gerichtsakte, welche Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach §§ 143, 144 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässige Berufung der Klägerin ist begründet. Sie hat einen Anspruch auf

Feststellung des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Unfallfolge (hierzu 1.) sowie einen Anspruch auf Übernahme von Heilbehandlungskosten über den 31. Dezember 2008 hinaus (hierzu 2.) und Gewährung einer Verletztenrente (hierzu 3.).

Richtige Klageart für die Feststellung weiterer Unfallfolgen ist die kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) und [§ 55 Abs. 1, 3 SGG](#). Soweit die Klägerin die Übernahme weitere Heilbehandlungskosten und Zahlung von Verletztenrente begehrt, handelt es sich um eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#). 1. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Feststellung der SL-Band-Ruptur als Unfallfolge; die Berufung ist insoweit begründet.

Rechtsgrundlage für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls ist [§ 8 Abs. 1 Satz 1](#) des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Für einen Arbeitsunfall ist es danach erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer oder sachlicher Zusammenhang). Diese Verrichtung muss zu dem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt (Unfallkausalität) und das Unfallereignis einen Gesundheits(erst)schaden verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen auf Grund des Gesundheits(erst)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls, sondern insbesondere für die Gewährung einer Verletztenrente (vgl. Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 30. Juni 2009 - [B 2 U 22/08 R](#), nach juris). Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung gibt es unterschiedliche Beweisanforderungen. Für die äußerlich fassbaren und feststellbaren Voraussetzungen "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfallereignisses", "Unfallereignis" und "Gesundheitserstschaden" wird eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit gefordert, die vorliegt, wenn kein vernünftiger die Lebensverhältnisse klar überschauender Mensch noch zweifelt (Vollbeweis). Vermutungen, Annahmen, Hypothesen und sonstige Unterstellungen reichen daher ebenso wenig aus wie eine (möglicherweise hohe) Wahrscheinlichkeit. Hinreichende Wahrscheinlichkeit wird von der ständigen Rechtsprechung für die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Unfallereignis und Gesundheitserstschaden (haftungsbegründende Kausalität) sowie dem Gesundheitserstschaden und der Unfallfolge im Sinne eines länger andauernden Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) für ausreichend erachtet (vgl. BSG, Urteil vom 20. März 2007 - [B 2 U 27/06 R](#), nach juris). Hinreichende Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände diejenigen so stark überwiegen, die für den Ursachenzusammenhang sprechen, dass darauf eine richterliche Überzeugung gegründet werden kann (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#), nach juris). Sofern die notwendigen tatbestandlichen Voraussetzungen nicht von demjenigen, der sie geltend macht, mit dem von der Rechtsprechung geforderten Grad nachgewiesen werden, hat er die Folgen der Beweislast dergestalt zu tragen, dass dann der entsprechende Anspruch entfällt.

Zur Feststellung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung infolge eines Versicherungsfalles muss zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten Unfallfolgen ein Ursachenzusammenhang nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung bestehen. Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie, nach der jedes Ereignis Ursache eines Erfolges ist, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (conditio-sine-qua-non). Erst nachdem feststeht, dass ein bestimmtes Ereignis eine naturwissenschaftliche Ursache für einen Erfolg ist, stellt sich die Frage nach einer wesentlichen Verursachung des Erfolgs durch das Ereignis. Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist zwischen Ursachen zu unterscheiden, denen der Erfolg zugerechnet wird, und anderen, die für den Erfolg rechtlich unerheblich sind. Als kausal und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. des Gesundheitsschadens abgeleitet werden (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#), nach juris). Ausgehend hiervon steht zur Überzeugung des Senats fest, dass das Ereignis vom 3. Dezember 2008 wesentlich für die SL-Bandruptur am linken Handgelenk war. Für einen Kausalzusammenhang - für den wie ausgeführt ein Vollbeweis nicht erforderlich und eine hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreichend ist - zwischen dem Unfallereignis und der erfolgten SL-Ruptur sprechen der Unfallhergang (hierzu unter a.), die klinische Vorgeschichte (hierzu unter b.) sowie der arthroskopische und der intraoperative Befund (hierzu unter c.). Der Annahme eines Kausalzusammenhangs steht schließlich weder der klinische Erstbefund (hierzu unter d.) noch der kernspintomographische Befund entgegen (hierzu e.); auch liegt nicht lediglich eine Gelegenheitsursache vor (hierzu unter f.).

a.) Der Unfallhergang war geeignet, eine SL-Band-Ruptur zu verursachen. Entsprechend den sachverständigen Ausführungen des Dr. St. kann ein SL-Band bei einem Sturz auf das gestreckte oder gebeugte Handgelenk reißen. Von solch einem Sturz geht der Senat in Auswertung des Akteninhaltes und nach Anhörung der Klägerin im Rahmen der mündlichen Verhandlung aus. Dem steht nicht entgegen, dass die Klägerin das Unfallgeschehen nicht näher beschreiben kann und dass weder im D-Arzt-Bericht, noch der Unfallanzeige vom 12. Dezember 2008 noch im beantworteten Fragenkatalog zum Unfall vom 23. Februar 2009 entsprechende ausdrückliche Angaben zum Sturz auf die Hand gemacht worden sind. Diesen Angaben lassen sich zwar keine genauen Hinweise auf das konkrete Unfallgeschehen entnehmen. Soweit dort von einem Fallen auf die linke Seite, einem Abfangen mit dem rechten Arm oder schlicht nur von einem heftigen Sturz berichtet wird, schließt das jedoch einen Sturz auf die linke Hand nicht aus. Der Senat weist ausdrücklich darauf hin, dass die Anforderungen an die Sicherung eines Unfallherganges nicht überspannt werden dürfen. Verständlicherweise kann von niemandem erwartet werden, sich bei einem Fallen auf die linke Seite an alle Einzelheiten sozusagen in Zeitlupe zu erinnern. Entscheidend tritt hinzu, dass dem D-Arztbericht vom 3. Dezember 2008 entsprechende klinische Befunde (Schmerzen im Handgelenk, Schürfwunden und Schwellungen an den Fingern) zu entnehmen sind, die eine Betroffenheit der linken Hand nahelegen. Auch die vom D-Arzt veranlasste Röntgenuntersuchung der linken Hand und des linken Handgelenks, der Diagnose des Verdachtes auf eine scapholunäre Dissoziation links sowie letztlich die Anlegung eines Tape-Verbandes sind hinreichend deutliche Zeichen dafür, dass bei dem Sturz tatsächlich ein Sturz (auch) auf die linke Hand erfolgte. Insoweit schließt sich der Senat der Einschätzung der Sachverständigen Dres. U. (vgl. Sachverständigengutachten vom 11. April 2013), O. (vgl. Sachverständigengutachten vom 31. März 2016) sowie St. (vgl. Sachverständigengutachten vom 18. Dezember 2017) und auch des Gutachters im Verwaltungsverfahren, Dr. Sch. (Gutachten vom 20. Oktober 2011), an. Soweit der Beratungsarzt Dr. L. (vgl. beratungsärztliche Stellungnahmen vom 21. Juli 2018 und vom 24. September 2018) zu einer anderen Einschätzung gelangt, ist dies aus vorgenannten Gründen für den Senat nicht überzeugend. b.) Für einen Ursachenzusammenhang spricht auch die klinische Vorgeschichte. Insoweit sind die Ausführungen sämtlicher Sachverständigen übereinstimmend: Es findet sich, was auch der Beratungsarzt der Beklagten einräumt (vgl. beratungsärztliche Stellungnahmen vom 23. Januar 2018 und 7. Mai 2018), keinerlei Vorerkrankung, die die Annahme eines entsprechenden Vorschadens des SL-Bandes begründen würde (so auch die Sachverständigengutachten der Dres. U. und O.). Soweit Dr. St. eine entsprechende Vorerkrankung bzw. Vorschädigung beschreibt (vgl. Sachverständigengutachten vom 18. Dezember 2017), führt dies

zu keiner anderen Beurteilung. Dr. St. meint hier eine - im Übrigen kausalitätsunschädliche - Schadensanlage (vgl. hierzu e.). c.) Ganz wesentlich für einen Ursachenzusammenhang sprechen der arthroskopische und der intraoperative Befund. Nach der Darstellung des Sachverständigen Dr. St. mit Sachverständigengutachten vom 18. Dezember 2017 sind bei einem lange zurückliegenden Unfall bei arthroskopischer und bei direkter operativer Exploration so gut wie keine Bandreste mehr nachweisbar, da diese nach einer Ruptur schrumpfen und im Laufe von Jahren sich nahezu völlig zurückziehen. Vorliegend stellt jedoch der Bericht über die arthroskopische Untersuchung am Kahnbein eine intakte Gelenkfläche dar und berichtet über reichlich Bandreste zwischen Kahnbein und Mondbein. Dieser arthroskopische Befund mit einem Nachweis reichlich vorhandener Bandreste und fehlenden Schäden am Knorpel des Kahnbeins, spricht - wie die Sachverständigen Dres. St., O. und U. übereinstimmend ebenfalls ausführen - wesentlich für einen Unfallzusammenhang. Das tatsächliche Vorhandensein von ausreichend und damit nahtfähigen Bandstümpfen ist letztlich dem OP-Bericht vom 1. Juli 2009 zu entnehmen, der - worauf Dr. St. zutreffend hinweist - die tatsächliche Zusammenführung der Bandreste beschreibt. Deswegen ist die vom Beratungsarzt angeführte Diskussion, ob überhaupt nahtfähige Bandstrümpfe vorhanden waren, nicht weiterführend. Ausweislich der am 1. Juli 2009 erfolgten OP waren tatsächlich Bandreste vorhanden, die genäht wurden. Insofern ist auch die Vermutung des Sachverständigen Prof. Dr. B. (radiologisches Gutachten vom 13. September 2019), dass bei der Arthroskopie vom 6. April 2009 nicht Bandreste, sondern Bindegewebsmasse zur Darstellung gelangte, nicht durchgreifend. Dieser Vermutung stehen jedenfalls die tatsächlichen Feststellungen aufgrund der OP am 1. Juli 2009 von vorhandenen Bandresten entgegen. Diese wurden mit entsprechenden chirurgischen Instrumenten gefasst und zur Rekonstruktion des Bandsystems verwandt. Dass die Naht - was auch Dr. St. einräumt (vgl. ergänzende Stellungnahme vom 18. Juni 2018) - gegebenenfalls aufgrund der Kürze der Reste und der bereits vergangenen Zeit nicht erfolgreich war, ist bei der Kausalitätsbeurteilung ohne Relevanz. Entscheidend ist vielmehr, dass, anders als vorliegend - und das stellt auch der Beratungsarzt der Beklagten nicht in Abrede -, bei einer länger zurückliegenden Schädigung am SL-Band so gut wie keine, ganz sicher aber keine nahtfähigen Bandreste zu erwarten gewesen wären. Denn bei einem lange zurückliegenden Bandschaden oder bei einem Bandschaden aufgrund degenerativer Genese existieren so gut wie keinerlei Bandstrukturen mehr. Eine Naht des Bandes ist dann nicht mehr möglich, weil entweder keine Bandreste mehr vorliegen oder zerfaserte Bandreste nicht mehr nahtfähig sind. Vorliegend kommt hinzu, dass Knorpelschäden weder arthroskopisch noch interoperativ beschrieben wurden, was eine chronische Insuffizienz des SL-Bandes ausschließt. Denn solche Knorpelschäden wären aber bei einer länger zurückliegenden Bandruptur zu erwarten gewesen. Bei einer chronisch vorbestehenden Insuffizienz der Bandverbindung hätte den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. U. zur Folge im Übrigen bereits zum Unfallzeitpunkt eine entsprechende sekundäre Arthrose, wie sie sich bei der Klägerin in dem Zeitraum bis 2010 auch tatsächlich entwickelt hat, vorliegen müssen. Insofern ist den Röntgenaufnahmen vom Unfalltag zwar der erweiterte SL-Spalt zu entnehmen, aber keine Tendenz der Entwicklung eines sogenannten SLAC-wrist, also einer typischen Sekundärfolge einer chronischen Insuffizienz des SL-Bandes; röntgenologische Hinweise auf eine chronisch vorbestehende SL-Bandinsuffizienz finden sich bei der Klägerin in Übereinstimmung mit dem arthroskopischen Befund gar nicht. Somit ist, was auch die Sachverständigen Dres. O. (Sachverständigengutachten vom 31. März 2016) und Dr. St. (Sachverständigengutachten vom 18. Dezember 2017) sowie Dr. U. (Sachverständigengutachten vom 11. April 2013) festhalten, die Feststellung noch vorhandener und nahtfähiger Bandreste und das Fehlen von festgestellten Knorpelschäden ein sehr gewichtiger Aspekt, der für einen Unfallzusammenhang spricht. d.) Der klinische Erstbefund spricht ebenfalls nicht gegen einen Unfallzusammenhang. Insofern hat zwar Dr. U. (Sachverständigengutachten vom 11. April 2013) ausgeführt, dass sich der für eine akute traumatische SL-Bandruptur typische klinische Befund mit hochgradiger schmerzhafter Bewegungseinschränkung im linken Handgelenk, kombiniert mit einer Weichteilschwellung oder auch bereits einer Ergussbildung im Durchgangsarztbericht nicht findet und der klinische Erstbefund daher eher ein Argument gegen die Annahme eines Zusammenhangs sei. Die Sachverständige Dr. O. hat den klinischen Erstbefund mit festgestellten oberflächigen Verletzungen sowie Druck- und Bewegungsschmerz im Bereich des linken Handgelenks nicht weiter gewertet (Sachverständigengutachten vom 31. März 2016). Der Sachverständige Dr. St. hat ausgeführt, dass zwar bei länger zurückliegenden Bandschäden oder bei Bandschäden aufgrund einer degenerativen Genese bei klinischer Untersuchung zeitnah zum Unfall keine nennenswerten Schwellungen oder Blutergüsse am Handgelenk zu finden sind (Sachverständigengutachten vom 18. Dezember 2017). Jedoch treten Bandschädigungen am SL-Band aus körpereigenen Gründen häufig beidseits auf. Die Röntgenaufnahmen der Klägerin zeigten rechts jedoch einen altersentsprechenden Normalbefund bei normal weitem Abstand zwischen Kahnbein und Mondbein. Dies spricht für einen Unfallzusammenhang. Hinzu kommt das Verhalten nach dem Unfall. Während die Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit ein Grund für die Annahme einer älteren Schädigung am SL-Band und für die Annahme einer lediglich geringen unfallbedingten Einwirkung spricht, hat die Klägerin vorliegend unverzüglich einen D-Arzt aufgesucht. Dieses wertet Dr. St. zutreffend als einen Aspekt, der für einen Unfallzusammenhang spricht. Mit der nachvollziehbaren Argumentation des Dr. St. sprechen daher zwar die fehlenden Schwellungen und Hämatomme eine substantielle Traumatisierung des Handgelenks. Jedoch sprechen die Anlage eines Tapeverbandes und die vom D-Arzt zusätzlich, über die Routine hinausgehende durchgeführten Kahnbeinspezialaufnahmen, für substantielle klinische Symptome am linken Handgelenk, unmittelbar nach dem Sturz - ohne dass diese Symptome explizit dokumentiert sind. Hinzu kommt, dass als ärztliche Erstbefunde im D-Arztbericht ein Druckschmerz über der Tabatiere (speichenseitiges Handgelenk) und ein Bewegungsschmerz berichtet werden. Bei Druck auf die Tabatiere wird ein Druck auf das Kahnbein vorgenommen. Das hier verletzte SL-Band liegt zwischen Kahnbein und Mondbein. Damit spricht der klinische Befund nicht gegen einen Ursachenzusammenhang, sondern macht nach Auffassung des Senats einen Ursachenzusammenhang wahrscheinlich. e.) Dem Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der SL-Bandruptur steht auch nicht der kernspintomographische Befund der MRT vom 18. Dezember 2008 entgegen. Von keinem Sachverständigengutachter bestritten, spricht dieser Befund (isoliert gesehen) zunächst klar gegen eine am 3. Dezember 2008 frisch eingetretene Verletzung und vielmehr für eine Ruptur des SL-Bandes älterer Natur (vgl. nur die Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. B., Sachverständigengutachten vom 13. September 2013). Anders als vom Beratungsarzt der Beklagten angenommen, handelt es sich bei diesem MRT-Befund jedoch nicht um ein "K.O.-Kriterium" gegen einen Unfallzusammenhang, der jegliche weitere Prüfung überflüssig machen ließe. Insofern ist zwar festzuhalten, dass der MRT-Befund das Fehlen jeglicher knöchernen oder Weichteilbefunden darstellt, die ein Hinweis auf ein akutes Trauma gewesen wären. Zudem ist das Fehlen einer relevanten Kontrastmittelaufnahme im SL-Spalt von besonderer Bedeutung. Diese wäre als Hinweis auf ein ca. 14 Tage altes Trauma zu fordern gewesen, um eine frische Verletzung zu belegen. Andererseits jedoch ist aber auch festzuhalten, dass im MRT-Befund auch keine Knorpelschäden festgestellt wurden, diese sind aber bei einer degenerativen Ruptur des SL-Bandes zu fordern (vgl. Sachverständigengutachten Dr. St. vom 18. Dezember 2017). Zum anderen herrscht nach der Darstellung des Sachverständigen Dr. St. und unter Vorlage entsprechender wissenschaftlicher Fachbeiträge in der Handchirurgie Konsens, dass die arthroskopische oder die intraoperative Betrachtung, die wesentlich sensitivere Untersuchung gegenüber einem indirekten Befund einer kernspintomographischen Untersuchung darstellt (ergänzende Stellungnahme vom 6. April 2018), da nur bei diesen Methoden die knöchernen und bänderlichen Verletzungen überhaupt ersichtlich sind. Weiter ist zu berücksichtigen, dass die kernspintomographischen Befunde keine pathologischen Befunde beschreiben, aber intraoperativ sehr wohl substantielle Bandschädigungen oder Schädigungen am Diskus festgestellt werden können. Insofern beschreibt der Sachverständige Dr. St. die arthroskopische Diagnostik des Handgelenks nachvollziehbar als Goldstandard zur Diagnostik der Bandschäden und Diskusschäden im Handgelenk. Dieser Darstellung ist die Beklagte

nicht substantiiert entgegengetreten. Vielmehr hat sie unter Bezugnahme auf ihren Beratungsarzt das tatsächliche Vorhandensein von Bandstümpfen (vgl. hierzu bereits unter c.) und den erfolgten Behandlungsablauf als solchen in Frage gestellt. Auch Letzteres ist für die Kausalitätsbeurteilung nicht von Relevanz. Während die Sachverständigen Dres. U. und O. ohne Aufklärung der Diskrepanz zwischen dem MRT-Befund und dem arthroskopischen sowie intraoperativen Befund jedenfalls von einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit der Unfallabhängigkeit ausgegangen sind, hat der Sachverständige Dr. St. diese Diskrepanz mit der Annahme einer Schadensanlage begründet. Er hat dargestellt, dass sich dieser Widerspruch nur bei Annahme einer bereits am SL-Band bestehenden Vorschädigung auflösen lässt. Insoweit hat der Sturz auf Glatteis dabei bereits bei geringer kinetischer Energie im Handgelenk zu einem Abriss des SL-Bandes geführt. Dabei führt der Abriss des vorgeschädigten Bandes nicht zu den sonst üblichen Einblutungen an der Abrissstelle. Dies erklärt in der Folge einerseits den kernspintomographischen Befund mit fehlender Flüssigkeitsansammlung im SL-Spalt und andererseits aber auch noch die arthroskopisch sowie besonders intraoperativ nachgewiesenen Befunde. Dies stellt eine schlüssige Annahme dar, die eine nachvollziehbare Erklärung für die beschriebene Diskrepanz der Befunde ist. Den Ausführungen des Sachverständigen schließt sich der Senat an. Sie sind überzeugend und nachvollziehbar. Dabei ist jedoch klarzustellen, dass sich aus den Gesamtumständen zweifelsfrei entnehmen lässt, dass der Sachverständige hier keinen Vorschaden resp. eine Vorschädigung meinte, sondern eine Schadensanlage im Blick hatte. Diese Formulierungunklarheit hat auch der Beratungsarzt der Beklagten zutreffend erkannt, in dem er ausführte (beratungsärztliche Stellungnahme vom 23. Januar 2018), gemeint sei vom gerichtlich bestellten Sachverständigen eine Schadensanlage im Bereich des zur Diskussion stehenden Bandes, also eine vorzeitige Texturstörung, die bis zum Unfall nicht nach außen tritt, also weder der Klägerin noch der Umwelt bekannt waren, da sie zu keinerlei Beschwerden und zu keinerlei Funktionseinbußen geführt haben. Im Übrigen aber ist auch der Beratungsarzt der Beklagten dieser Annahme des Sachverständigen Dr. St. nicht substantiiert entgegengetreten. Nach Darstellung zu den Begrifflichkeiten Vorschaden einerseits und Schadensanlage andererseits, hat er vielmehr eine Gelegenheitsursache angenommen (hierzu unter f.). Das Vorhandensein einer Schadensanlage steht vorliegend einem Versicherungsschutz der Gesetzlichen Unfallversicherung nicht entgegen. Denn die Lehre von der rechtlich wesentlichen Ursache gibt ebenfalls Antwort auf die Frage, ob eine Körperschädigung durch das Unfallereignis auch in den Fällen hervorgerufen wurde, in denen der Versicherte im Unfallzeitpunkt bereits an einer Erkrankung litt oder aber bei ihm wenigstens eine Neigung hierzu in Gestalt einer entsprechenden Disposition oder Schadensanlage bestand. Bestand ein Vorschaden, steht dessen Verschlimmerung durch das Unfallereignis in Rede. Bestand eine Schadensanlage oder Disposition, steht die Auslösung derselben durch das Unfallereignis in Rede. Dies folgt aus dem Schutzzweck der gesetzlichen Unfallversicherung (Wagner in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. 2014, § 8 SGB VII, Rn. 157). Nach herrschender Auffassung gebietet es der Schutzzweck der gesetzlichen Unfallversicherung, den Versicherten in dem Zustand zu schützen, in dem er sich im Zeitpunkt des Unfallereignisses befindet. Ausgangspunkt der Ursachsbewertung ist nach allgemeiner Auffassung deshalb stets der konkrete Versicherte mit seinen Vorerkrankungen, seinen Vorschäden, seiner gesundheitlichen Disposition (vgl. etwa BSG, Urteil vom 27. Oktober 1987 - 2 RU 35/87 sowie vom 9. Mai 2006 - B 2 U 1/05 R, beide nach juris). f.) Der Versicherungsschutz ist schließlich nicht wegen einer Gelegenheitsursache ausgeschlossen. War die Schadensanlage von überragender Bedeutung, so ist die versicherte naturwissenschaftliche Ursache nicht als wesentlich anzusehen und scheidet als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts aus; sie ist dann bloß eine so genannte Gelegenheitsursache (BSG, Urteil vom 12. April 2005 - B 2 U 27/04 R, nach juris). Bei dem vorliegend stattgefundenen Unfallereignis handelt es sich aber nicht um eine Gelegenheitsursache. Eine solche überragende Bedeutung des vorgeschädigten SL-Bandes ist vorliegend nicht auszumachen. Insofern hat der Sachverständige Dr. St. schlüssig und für den Senat überzeugend dargestellt, dass es sich bei dem Sturz um eine substantielle Gewalteinwirkung auf die Hand handelte, die nicht vergleichbar ist mit einer Überlastung der Hand, wie sie beispielsweise beim Wegschieben eines schweren Gegenstandes, beim Hochheben schwerer Gegenstände oder nach einer längeren Fahrradtour auftritt. Vielmehr sorgte bei der Klägerin das SL-Band noch dafür, dass sich Kahnbein und Mondbein nicht abnorm zueinander oder voneinander wegbewegten. Damit hat das SL-Band noch seine volle Funktionalität gehabt. Wäre dem nicht so, hätte das SL-Band seine volle Funktion also nicht mehr ausgeübt, wäre es zu einer verstärkten Knorpelbelastung und in der weiteren Folge langfristig zu einer Knorpelschädigung gekommen. Eine solche verstärkte Knorpelschädigung lag bei der Klägerin vielmehr ausweislich sowohl des kernspintomographischen Befundes als auch des arthroskopischen und intraoperativen Befundes unbestritten nicht vor.

2. Entsprechend den Ausführungen unter 1. hat die Klägerin einen Anspruch auf Heilbehandlung hinsichtlich der vorliegenden Unfallfolgen über den 31. Dezember 2008 hinaus nach den §§ 26 ff. SGB VII. Die Beklagte hat in dem angegriffenen Bescheid vom 25. Januar 2012 generell die Behandlungsbedürftigkeit und damit die Übernahme weiterer Heilbehandlungen abgelehnt, da sie davon ausgegangen ist, dass die Behandlung der Unfallfolgen am 31. Dezember 2008 abgeschlossen war. Dies ist nicht zutreffend, sodass die Klägerin einen Anspruch auf Gewährung weiterer Heilbehandlungsmaßnahmen hat. Die Unfallversicherungsträger bestimmen aber im Einzelfall Art, Umfang und Durchführung der Heilbehandlung und der Leistungen zur Teilhabe sowie die Einrichtungen, die diese Leistungen erbringen, nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 26 Abs. 5 Satz 1 SGB VII). Die Beklagte wird daher im Einzelnen zu entscheiden haben, welche dies sind. 3. Die Klägerin hat auch einen Anspruch auf eine Verletztenrente. Nach § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII haben Versicherte in Folge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus Anspruch auf Gewährung von Rente, wenn die Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 v. H. gemindert ist. Ist bei Versicherten die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vohundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht nach § 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente (Stützrentatbestand). Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern (§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII). Ein solcher Fall liegt hier vor. Die durch den Unfall vom 3. Dezember 2008 verursachte MdE ist mit 20 v.H. anzusetzen. Die Bemessung des Grades der MdE ist eine Tatsachenfeststellung, die das Gericht nach § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft. Neben der Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögen des Versicherten ist dabei die Anwendung medizinischer sowie sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens erforderlich. Als Ergebnis dieser Wertung ergibt sich die Erkenntnis über den Umfang der dem Versicherten versperrten Arbeitsmöglichkeiten. Hierbei kommt es stets auf die gesamten Umstände des Einzelfalles an (vgl. BSG, Urteil vom 2. Mai 2001 - B 2 U 24/00 R, nach juris). Bei der Bewertung der MdE ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher maßgebend, sondern vielmehr der damit verbundene Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten (vgl. BSG, Urteile vom 20. Dezember 2016 - B 2 U 11/15 R und vom 22. Juni 2004 - B 2 U 14/03 R, beide nach juris). Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten durch Unfallfolgen beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet. Ärztliche Meinungsäußerung darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit des Verletzten auswirken, sind zwar nicht verbindlich, bilden aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch Unfallfolgen beeinträchtigt sind (vgl. BSG, Urteil vom 23.

April 1987 - [2 RU 42/86](#), juris). Darüber hinaus sind bei der Beurteilung der MdE auch die von der Rechtsprechung sowie von dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten allgemeinen Erfahrungssätze zu beachten, die zwar nicht im Einzelfall bindend sind, aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Beurteilung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis bilden (vgl. BSG, Urteil vom 20. Dezember 2016 - [B 2 U 11/15 R](#), nach juris). In Anwendung dieser Grundsätze ergibt sich, dass die Beklagte mit den angegriffenen Bescheiden unzutreffend von einer MdE von weniger als 20 v.H. ausgegangen ist.

Insoweit ist zunächst festzuhalten, dass sämtliche Sachverständige bei der Klägerin im Bereich der linken Hand Bewegungseinschränkungen festgestellt haben, die mit einer Handgelenksversteifung vergleichbar sind. Entsprechend der im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung geltenden Erfahrungswerte ist bei einer Handgelenksversteifung in Streckstellung (0-0-0 Grad) und bei freier Unterarmdrehung eine MdE vom 30 v.H. und bei einer Handgelenksversteifung in Neutralstellung eine MdE von 25 v.H. gerechtfertigt (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheiten, 9. Auflage 2017, S. 581). Der Sachverständige Dr. St. hat mit seinem ergänzenden Gutachten aber weiter nachvollziehbar dargestellt, dass die Funktionseinbußen bei der Klägerin jedoch nicht gänzlich mit denen bei einer vollen Versteifung des Handgelenkes vergleichbar sind. Während bei Letzterem u.a. jedwede Streck- und Beugebewegung des Handgelenks und auch jede Bewegung des Handgelenks in ellenwertiger oder speichenseitiger Richtung aufgehoben ist, hat die Klägerin noch eine Restfunktionalität insoweit, als dass sie ihr Handgelenk in Streckrichtung noch 30 Grad und in Beugeichtung noch 10 Grad bewegen kann. Insoweit ist die Funktionseinschränkung bei der Klägerin etwas geringer als bei sonst üblicher Handgelenksversteifung. Daher ist der Senat - entsprechend auch der Einschätzung des Sachverständigen Dr. St. - überzeugt, dass eine MdE von 20 v.H. angemessen ist. Auch die Beteiligten halten im Übrigen diese Einschätzung für zutreffend.

Hinsichtlich des Rentenbeginns ist nach [§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) auf den 1. März 2011 abzustellen, da bis zum 28. Februar 2011 Verletztengeld gezahlt wurde (vgl. Schreiben der Beklagten an die ... Hauptgeschäftsstelle E. vom 28. Januar 2011).

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#). Dass die Klägerin erstinstanzlich eine weitere Verletztengeldzahlung und eine höhere MdE (25 v.H.) geltend machte, fällt im Rahmen der Kostenentscheidung nicht weiter ins Gewicht. Dass nunmehr eine MdE von 20 v.H. statt 25 v.H. gewährt wurde, ist aufgrund der geringen Differenz bei der Kostenentscheidung zu verlässigen. Im Übrigen waren die Anerkennung der weiteren Unfallfolge und die Gewährung der MdE ab dem 1. März 2011 die wesentlichen Klagebegehren. Verletztengeld wurde ohnehin bis zum 28. Februar 2011 gezahlt, so dass mit der Gewährung der Verletztenrente ab dem 1. März 2011 kein Raum mehr für einen weiteren Verletztengeldanspruch verbleibt.

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

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2020-02-14