

L 10 U 1156/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 4 U 688/13
Datum
03.02.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 1156/14
Datum
14.07.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 03.02.2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 04.03.2005 streitig.

Die am 1950 geborene Klägerin war bei der Firma P. S. als Reprogräfin beschäftigt (Arbeit an einem Plattenkopiergerät mit überwiegend drückenden Bewegungen mit der linken Hand, so die Angaben der Klägerin in der Reha-Klinik G. , Bl. 668 Verwaltungsakte - VA -). Seit 01.01.2011 erhält sie Rente wegen voller Erwerbsminderung (vgl. Bescheid der D. vom 14.11.2011, Bl. 694 VA).

Am 04.03.2005 rutschte die Klägerin auf dem Weg zur Arbeit auf Glatteis aus und stürzte auf die linke Hand. Hierbei erlitt sie einen knöchernen Ausriss aus dem Os triquetrum am linken Handgelenk (vgl. Befundbericht Krankenhaus L. vom 14.03.2005, Bl. 4 VA) sowie eine Läsion des Discus triangularis (vgl. Befund- und Entlassungsbericht Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik - BGU - T. vom 29.09.2005, Bl. 39 VA). Es ergaben sich in der Folgezeit zudem Hinweise auf ein posttraumatisches leichtes Carpaltunnelsyndrom links (vgl. Befundbericht des Dr. N. vom 26.04.2005, Bl. 9 VA), woraufhin am 06.09.2005 eine Carpaltunnelspaltung links sowie eine arthroskopische Teilresektion des Discus triangularis am linken Handgelenk durchgeführt wurden (vgl. Befund- und Entlassungsbericht BGU T. vom 29.09.2005, Bl. 39 VA). Wegen fortbestehender Belastungsschmerzen im Bereich der linken Hand befand sich die Klägerin stationär in der BGU T. im Oktober und November 2005, aus der sie vollschichtig arbeitsfähig entlassen wurde. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in rentenberechtigendem Ausmaß verblieb nach Einschätzung der behandelnden Ärzte nicht (vgl. Befund- und Entlassungsbericht vom 07.11.2005, Bl. 56 f. VA). Die Klägerin erhielt Verletzengeld bis 06.11.2005 und nahm daran anschließend ihre Arbeit als Reprogräfin wieder auf.

Zur Prüfung eines Anspruchs auf Verletztenrente veranlasste die Beklagte eine Begutachtung durch PD Dr. H. , Chefarzt der Hand- und Handgelenkschirurgie an der Orthopädischen Klinik M. , der auf Grund einer Untersuchung der Klägerin im März 2006 als wesentliche Unfallfolgen einen verheilten knöchernen dorsalen Ausriss am Os triquetrum links, eine Läsion des triangulären Komplexes links, eine schmerzbedingte leichte Einschränkung der aktiven Handgelenksexension und -flexion (40-0-60°) sowie eine schmerzbedingte, subjektive Kraftminderung der linken Hand umschrieb und die hieraus resultierende MdE mit 10 v.H. beurteilte.

Mit Bescheid vom 12.06.2006 und Widerspruchsbescheid vom 05.10.2006 lehnte die Beklagte - gestützt auf das Gutachten des PD Dr. H. - die Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 04.03.2005 bestandskräftig ab (vgl. Bl. 129 VA und Bl. 150 ff. VA).

Im Dezember 2007 stellte sich die Klägerin wegen Beschwerden im linken Handgelenk bei dem Orthopäden Dr. F. vor (Befund am linken Handgelenk: reizlose Narbe, freie Beweglichkeit, Schmerzen zentral im Handgelenk, vgl. H-Arztbericht vom 12.12.2007, Bl. 153 VA). Die daraufhin veranlasste Vorstellung in der BGU T. im März 2008 ergab - bei gewissem Aggravationsverhalten - eine freie Fingerbeweglichkeit bei Faustschluss und Fingerstreckung, eine seitengleiche aktive Handgelenksbeweglichkeit (Extension/Flexion beidseits 60-0-80°, Pronation/Supination beidseits 90-0-90°, Ulnarduktion/Radialduktion beidseits 40-0-20°) sowie eine freie Ellenbogenbeweglichkeit. Eine Probekblockade des Nervus interosseus posterior mit anschließender Arbeitsbelastungserprobung zur Erueierung einer Handgelenksdenervation wurde empfohlen (vgl. ambulanter Untersuchungsbericht mit fachärztlicher Stellungnahme vom 06.03.2008, Bl.

163 ff. VA), die im August 2008 - bei zeitgleicher Blockade des Nervus cutaneus brachii posterior, des Ramus superficialis nervi radialis und des Ramus dorsalis nervi ulnaris - durchgeführt wurde. Die anschließende Belastungssimulation ergab jedoch weiterhin (leicht abgemilderte) Schmerzen (vgl. Zwischenbericht Klinikum L. vom 19.08.2008, Bl. 208 f. VA).

Im Dezember 2008 berichtete die Klägerin über eine Verschlimmerung ihrer Beschwerden (permanent starke Schmerzen bis in die Finger hinein, unkontrollierbare Zuckungen, häufiges Taubheitsgefühl und Kribbeln in der ganzen Hand, deutlich verminderte Belastbarkeit der Hand, vgl. Bl. 235 VA). Eine Untersuchung im Klinikum L. im Januar 2009 ergab eine etwa seitengleiche Bemuskelung beider Arme, keine pathologischen Veränderungen des Hautcolorits im Bereich der linken oberen Extremität, eine seitengleiche Durchblutung, eine seitengleiche endgradig freie Beweglichkeit im Bereich des linken und rechten Handgelenks sowohl bei Extension wie Flexion, Ulnarabduktion und Radialabduktion. Feinmotorische Bewegungsausführungen (Spitzgriff, Schlüsselgriff, Opponieren des Daumens zu den übrigen L. fingern, Faustschluss) ließen sich seitengleich ohne Mühe durchführen. Die Überprüfung der groben Kraft ergab links eine Minderung gegenüber rechts. Die Klägerin gab Dysästhesien streckseitig über dem Handrücken an. Die Durchführung einer komplexen Therapie wurde empfohlen (vgl. Befundbericht vom 30.01.2009, Bl. 244 f. VA).

Bis zu der daraufhin in der BGU L. ab 20.04.2009 durchgeführten komplex-stationären Rehabilitation, anlässlich derer eine objektivierbare Arm-Hand-Nervenstörung beidseits ausgeschlossen wurde (vgl. neurologischer Befundbericht vom 05.05.2009, Bl. 266 VA), war die Klägerin arbeitsfähig und auf ihrem alten Arbeitsplatz als Reprogräfin erwerbstätig. Ab 20.04.2009 erhielt sie erneut Verletztengeld. Am 15.05.2009 wurde eine erneute Arthroskopie des linken Handgelenks durchgeführt, die einen ausgeprägten Diskusschaden ergab. Trotz psychosomatisch-depressiver Vorgeschichte lehnte die Klägerin eine psychologische Mitbetreuung während des stationären Aufenthaltes ab (vgl. Befundbericht BGU L. vom 25.06.2009, Bl. 285 f. VA). Am 16.06.2009 erfolgte ein offenes Diskusdebridement und Denervierung des Nervus interosseus posterior und anterior (vgl. Bericht BGU L. vom 18.06.2009, Bl. 282 VA).

Bei fortbestehenden Beschwerden befand sich die Klägerin im Juli und August 2009 erneut zur komplex-stationären Rehabilitation in der BGU L. und dort anschließend im August und September 2009 zur stationären Schmerztherapie. Hier gab die Klägerin multiple Beschwerden den ganzen Körper betreffend an (Schultern, Knie, Sprunggelenk, rechte Leiste, HWS, Lumbalbereich, linkes Handgelenk, vgl. Bl. 489 VA), eine wesentliche Veränderung der Schmerzsituation konnte nicht erzielt werden, vielmehr gab die Klägerin in der Abschlussevaluation stärkere Schmerzen an als zu Beginn der Therapie, mit denen sie schlechter umgehen könne als bisher. Die Schmerzmedikation war dabei auf Grund Unwohlsein, Kopfschmerzen und Unterbauchbeschwerden bereits zum 28.08.2009 eingestellt worden (vgl. Bl. 489 VA). Zudem zeigte sich ein Erschöpfungssyndrom (vgl. Abschlussbericht vom 10.08.2009, Bl. 483 ff. VA). Ab September 2009 befand sich die Klägerin in Behandlung bei Dr. R., Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie, die - bei Ausschluss einer entzündlich rheumatischen Erkrankung - einen Verdacht auf ein chronisches Schmerzsyndrom (Differentialdiagnose: Fibromyalgiesyndrom) bei berichteten diffusen Schmerzen (Finger-Handbereich, Beine), reduzierter Schlafqualität und Neigung zu vegetativen Beschwerden äußerte (vgl. Befundbericht vom 17.09.2009, Bl. 413 VA).

Wegen einer Pankreatitis idiopathischer Genese befand sich die Klägerin im September und Oktober 2009 zur stationären Behandlung im Krankenhaus M. (vgl. Entlassungsbericht vom 01.12.2009, Bl. 471 ff. VA).

Die Beklagte holte Gutachten bei dem Neurologen und Psychiater Dr. B. und PD Dr. L., Chefarzt der Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie an der BGU L. ein. Dr. B. schloss anlässlich der Untersuchung der Klägerin im Februar 2010 bei unauffälligen neurologischen Untersuchungsbefunden eine objektivierbare Arm-Hand-Nervenstörung links aus und äußerte den Verdacht auf eine - nicht unfallbedingte - somatoforme Schmerzstörung. Eine unfallbedingte MdE aus nervenärztlicher Sicht lag nach Einschätzung des Gutachters nicht vor. Bei der Untersuchung durch PD Dr. L. im Februar 2010 berichtete die Klägerin von belastungsabhängigen Handgelenksbeschwerden links, einem belastungsabhängigen Taubheitsgefühl aller Finger beidseits und im Bereich des rechten Fußes, von nächtlichen Kribbelparästhesien im Bereich der Finger der rechten Hand und der Zehen des rechten Fußes, Kopfschmerzattacken, einer Schmerzhaftigkeit des rechten Fußes, beider Schultern, beider Handgelenke, der rechten Hüfte und beider Beine. Die Prüfung der Gelenkbeweglichkeit ergab eine freie Beweglichkeit für die Ellenbogengelenke, eine geringfügig eingeschränkte Unterarmdrehung linksseitig (Supination 80° und Pronation 75°), Extension und Flexion waren im Seitenvergleich nahezu identisch (rechts: 40-0-40°, links: 30-0-40°), die Radialduktion war mit 30° für beide Handgelenke regelgerecht, die Ulnarduktion betrug links 25°, rechts 40°. Faustschluss und Fingerstreckung waren komplett möglich. Bei der Faustschlusskraftmessung zeigte sich linksseitig eine Grobkraftminderung. Als wesentliche Unfallfolgen sah PD Dr. L. eine leichte Bewegungseinschränkung des linken Handgelenks, eine Kraftminderung der linken Hand, die radiologisch beschriebenen Veränderungen im linken Handgelenk (diskrete Arthrosezeichen v.a. radiocarpal und im distalen Radioulnargelenk sowie einen älteren knöchernen dorsalen Abriss am Os triquetrum) sowie subjektive Beschwerden im linken Handgelenk (mit hoher Wahrscheinlichkeit durch die neu aufgetretene, unfallunabhängige Fibromyalgie verschlimmert) an und schätzte die daraus resultierende MdE auf 10 v.H.

Die Klägerin befand sich im April und Mai 2010 in der A.-Klinik B., wo sie u.a. unter den Diagnosen Fibromyalgiesyndrom und rezidivierende Depression, zurzeit mittelgradig ausgeprägt, behandelt wurde (vgl. Befundbericht vom 17.05.2010/25.05.2010, Bl. 463 ff. VA). Die Klägerin gab dort Ganzkörperschmerz (Wirbelsäule, Brustkorb, Kopf, rechtes Auge, Schultern, Arme, linkes Handgelenk, rechter Fuß, rechte Hüfte, rechter Oberschenkel, vgl. Bl. 464 VA), nächtliche Kribbelparästhesien und Taubheitsgefühle in beiden Armen und Beinen an.

Im Auftrag der Beklagten erstattete PD Dr. L., Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie ein Gutachten mit radiologischem Zusatzgutachten auf Grund einer Untersuchung der Klägerin im Januar 2011. PD Dr. L. diagnostizierte u.a. ein Pankreas divisum (d.h. angeborener normvarianter Verlauf des Pankreashauptganges mit erhöhtem Risiko für rezidivierende Pankreatitiden). Als mögliche Auslöser der akuten Pankreatitis im September 2009 sah PD Dr. L. einen Sludge (d.h. verdicktes Gallesekret als Vorstufe von Gallensteinen) in der Gallenblase, das von der Klägerin eingenommene Blutdruckmedikament Aprovel (Irbesartan) sowie die angeborene Normvariante (Pankreas divisum) an. Eine Auslösung durch die fast drei Wochen zuvor abgesetzte Schmerzmedikation hielt PD Dr. L. auf Grund der zeitlichen Latenz für sehr unwahrscheinlich. Die von der Klägerin geschilderten internistischen Beschwerden (Brennen im Oberbauch, morgendliche Übelkeit, gelegentliches Erbrechen, wechselnde Stuhlgewohnheiten mit vorherrschender Obstipation) wertete er als unfallunabhängig.

Im Mai und Juni 2011 befand sich die Klägerin zur stationären Rehabilitation in der Reha-Klinik G., wo u.a. eine schwergradige depressive Symptomatik und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert und ein Verdacht auf eine Dysthymia geäußert wurden (vgl.

Entlassungsbericht vom 17.06.2011, Bl. 35 ff. SG-Akte). Trotz vorliegenden persönlichkeitsstruktureller und biographischer Faktoren (drohende Repressalien als Kind wegen der deutschen Abstammung, schwere Kindheit bei sehr strengen Eltern mit Schlägen von Mutter und Vater, Alkoholproblem des Vater, Benachteiligung gegenüber dem älteren Bruder durch die Eltern, Flucht aus Tschechien, Trennung des Ehemanns und dessen schnelle Wiederheirat, alleinige Erziehung der kleinen Kinder, hoher finanzieller Druck, große Entfernung zu den Enkelkindern, abfällige Behandlung durch den Chef), die die Entwicklung einer chronischen Schmerzstörung sowie der Depression begünstigten, sei der Unfall als wesentlicher kausaler Faktor zu betrachten.

Mit Bescheid vom 30.09.2011 stellte die Beklagte die Zahlung von Verletztengeld mit Ablauf des 04.10.2011 ein (vgl. Bl. 603) und gab ein weiteres Gutachten bei dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychotherapie Dr. H. in Auftrag, der auf Grund einer Untersuchung der Klägerin im November 2011 kontextbezogen im Hinblick auf den Arbeitsunfall vom 04.03.2005 und Kränkungen durch den Arbeitgeber und Ärzte von einer starken Klagsamkeit, einer Einschränkung der geistigen Flexibilität, einer vorwurfsvollen Haltung und einer hohen Kränkbarkeit der Klägerin berichtete. Auf neurologischem Fachgebiet sah er keine Gesundheitsschäden, insbesondere kein Carpalunnelsyndrom und keine Ulnaris-Schädigung links. Auf psychiatrischem Fachgebiet diagnostizierte Dr. H. eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die sich auf dem Boden einer ängstlich depressiven Grundpersönlichkeit durch äußere psychosoziale Belastungen, Verlust/Trennung des Ehepartners und Konfliktsituationen entwickelt habe. Zwar könne das Unfallereignis nicht hinweggedacht werden, allerdings sei den unfallunabhängigen Faktoren (ängstlich depressive Grundpersönlichkeit, unmittelbare Reaktion des Arbeitgebers, Trennung des Ehemannes und dessen rasche Wiederheirat) überragende Bedeutung für die somatoforme Schmerzstörung zuzumessen, weshalb Dr. H. auch keine Unfallfolgen und dementsprechend auch keine MdE auf psychiatrischem Fachgebiet sah.

Des Weiteren erstatteten Prof. Dr. G. , Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie an der BGU L. auf Grund einer Untersuchung der Klägerin im November 2011 und der Neurologe und Psychiater Dr. L. auf Grund einer Untersuchung der Klägerin im Mai 2012 ein Gutachten. Prof. Dr. G. beschrieb als Unfallfolgen eine leichte Bewegungseinschränkung des linken Handgelenks (Extension/Flexion: 50-0-45°, Radial-/Ulnaruktion: 30-0-15°, Pro-/Supination des Unterarms: 90-0-90°) und eine leichte Muskelminderung der linken oberen Extremität und schätzte die daraus resultierende MdE auf 10 v.H. ein. Dr. L. beschrieb eine seitengleiche Handbeschwellung, eine unauffällige Trophik, reizlose Narbenverhältnisse und eine freie Beweglichkeit der linken Hand. Die von der Klägerin nach eigenen Angaben am Untersuchungstag eingenommenen Schmerzmedikamente Ibuprofen und Escitalopram waren im Blutserum nicht nachweisbar. Die von Dr. L. durchgeführte testpsychologische Untersuchung ergab bei deutlicher Überschreitung der Cutoff-Werte Hinweise auf Aggravation und Simulation. Dr. L. diagnostizierte eine aktuell leichtgradige rezidivierende depressive Störung verbunden mit einer Neigung zur Somatisierung, die er nicht als Unfallfolge bewertete und daher keine MdE auf nervenärztlichem Fachgebiet sah. Zwar habe das Unfallereignis im Zusammenwirken mit anderen Ursachen diese Gesundheitsstörung begünstigt. Im Vergleich zu den unfallunabhängigen Faktoren (Belastung am Arbeitsplatz, problematische Biographie, frühe Trennung vom Vater beider Kinder, eine zur Verdrängung und Somatisierung neigende Persönlichkeit, Hinweise auf bereits L. e vor dem Unfall bestehende psychische Störungen) spiele der Arbeitsunfall jedoch ein untergeordnete Rolle. Das Unfallereignis habe die bereits vor dem Unfall unfallunabhängigen Gesundheitsbeeinträchtigungen (Depressivität seit 1999) vorübergehend verschlimmert. In den ersten Monaten seien dabei nur leichte Bewegungseinschränkungen und Schmerzen, jedoch keine Zeichen einer relevanten psychiatrischen Störung dokumentiert. Erst deutlich später und nicht mehr unfallkausal werde eine zunehmende psychiatrische Auffälligkeit beschrieben.

Von Mai bis Juli 2012 befand sich die Klägerin in der Klinik W. (Diagnosen auf psychiatrischem Fachgebiet: chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, vgl. Befundbericht vom 19.10.2012, Bl. 48 ff. SG-Akte). Als für die Schmerzen bedeutsame Faktoren wurden die Lernerfahrungen der Klägerin in ihrer Herkunftsfamilie (von beiden Eltern geschlagen, Vater Alkoholiker, ständige Abwertung der Klägerin) und ein deshalb nur schwach ausgeprägtes Selbstwertgefühl, Aggressionshemmungen und ein kaum vorhandener Zugang zu eigenen Wünschen und Bedürfnissen gesehen.

Gestützt auf die Gutachten des Dr. H. , Dr. L. , Prof. Dr. G. und PD Dr. L. lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 22.11.2012 und Widerspruchsbescheid vom 30.01.2013 weiterhin die Gewährung von Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 04.03.2005 ab.

Hiergegen hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Karlsruhe erhoben und geltend gemacht, als weitere Unfallfolgen seien ein Zustand nach Pankreatitis mit noch bestehenden Pankreaszysten und ein Fibromyalgiesyndrom bzw. eine somatoforme Schmerzstörung zu berücksichtigen.

Das Sozialgericht hat Auskünfte der behandelnden Ärzte eingeholt. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. hat von einer nervenärztlichen Behandlung seit 11.08.2011 berichtet und als Behandlungsdiagnosen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bzw. eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mitgeteilt, die bereits vor dem Unfall bestanden hätten, weshalb er sich den Einschätzungen des PD Dr. L. , Dr. H. und Dr. L. (keine MdE) anschloss. Dr. H. , Fachärztin für Innere Medizin und Hausärztin der Klägerin, hat von einer Behandlung der Klägerin seit 1991 (bis Sommer 2007 durch die Praxisvorgängerin Dr. D.) berichtet und einen Auszug der Patientenakte der Klägerin seit 2005 übersandt. Sie hat sich dem Gutachten des PD. Dr. L. angeschlossen. Dr. R. hat über eine erstmalige Vorstellung der Klägerin im September 2009 berichtet (Diagnose: Verdacht auf chronisches Schmerzsyndrom) und sich der Beurteilung der Gutachter Dr. L. und Dr. H. angeschlossen.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 03.02.2014 abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, dass die vorhandenen Unfallfolgen - leichte Bewegungseinschränkung und Muskelminderung am linken Handgelenk sowie eine Minderung der groben Kraft der linken Hand - mit einer MdE um 10 v.H. zu bemessen seien und sich hierbei auf das Gutachten des Prof. Dr. G. gestützt. Weitere Folgen des Arbeitsunfalls lägen nicht vor. Insbesondere könne das geltend gemachte Fibromyalgiesyndrom bzw. die somatoforme Schmerzstörung nicht als Unfallfolge anerkannt werden. Die somatoforme Schmerzstörung bei depressiver Störung habe laut Dr. S. schon vorbestanden. Auch ein Zustand nach Pankreatitis mit noch bestehenden Pankreaszysten könne nicht als Unfallfolge anerkannt werden. Der geäußerte Verdacht, es habe sich hierbei um eine arzneimitteltoxische Pankreatitis gehandelt, habe sich durch das Gutachten des PD Dr. L. und durch die Auskünfte der Dr. H. und Dr. R. nicht bestätigt.

Gegen den ihren Prozessbevollmächtigten am 10.02.2014 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 07.03.2014 Berufung zum Landessozialgericht eingelegt und auf ihren bisherigen Vortrag verwiesen. Die vorliegenden Gutachten seien nicht verwertbar, da bei den seitens der Beklagten beauftragten Gutachter eine gewisse Abhängigkeit gegeben sei.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 03.02.2014 sowie den Bescheid vom 22.11.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.01.2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr auf Grund des Arbeitsunfalls vom 04.03.2005 Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Die Beteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144, 151 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässige Berufung, über die der Senat auf Grund des Einverständnisses der Beteiligten nach § 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist unbegründet.

Gegenstand des Rechtsstreits ist der Bescheid vom 22.11.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.01.2013, mit dem die Beklagte es weiterhin ablehnte, der Klägerin wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 04.03.2005 Verletztenrente zu gewähren. Diese Rentenablehnung bezog sich - da bereits mit bestandskräftigem Bescheid vom 12.06.2006 die Gewährung von Verletztenrente anlässlich des Arbeitsunfalls abgelehnt wurde - nur auf die Zeit ab 13.06.2006, was bereits hinreichend deutlich durch die Formulierung des Verfügungssatzes ("wegen der Folgen Ihres Arbeitsunfalls besteht weiterhin kein Anspruch auf Rente") zum Ausdruck kommt. Damit liegt nur insoweit eine Entscheidung der Beklagten über eine Ablehnung von Verletztenrente vor, weshalb sich der zulässige Streitgegenstand dementsprechend auf die Zeit ab 13.06.2006 beschränkt. Soweit sich das Begehren der Klägerin auf Verletztenrente auch auf die Zeit vor dem 13.06.2006 beziehen sollte, ist die Klage - mangels einer anfechtbaren Verwaltungsentscheidung insoweit - unzulässig. Am Rande weist der Senat darauf hin, dass es keinerlei Hinweise darauf gibt, dass die Beklagte mit dem bestandskräftigen Bescheid vom 12.06.2006 zum damaligen Zeitpunkt einen Anspruch auf Verletztenrente zu Unrecht verneinte. Insoweit haben die nachfolgenden, den Zeitraum ab 13.06.2006 betreffenden Ausführungen zum Ausmaß der Unfallfolgen, insbesondere auf chirurgischem und neurologischen Fachgebiet, und der MdE auch für die Zeit vor dem 13.06.2006 Gültigkeit.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 22.11.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.01.2013 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Der Klägerin steht Verletztenrente auch ab 13.06.2006 nicht zu.

Für die Zeit vom 20.04.2009 bis 04.10.2011 scheidet ein Rentenanspruch bereits aus Rechtsgründen aus, weil die Klägerin Anspruch auf Verletzengeld hatte. Nachdem das - wegen Eintritts von Arbeitsunfähigkeit ab 20.04.2009 gewährte - Verletzengeld bestandskräftig mit Bescheid vom 30.09.2011 mit Ablauf des 04.10.2011 eingestellt wurde, kann die beantragte Verletztenrente in analoger Anwendung des § 72 Abs. 1 Nr. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) frühestens ab 05.10.2011 beginnen (dazu LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 09.12.2010, L 10 U 550/08 in juris Rdnr. 31; KassKomm/Ricke, Sozialversicherungsrecht, § 72 SGB VII Rdnr. 3). Im Übrigen ist auch insoweit darauf hinzuweisen, dass - wie nachfolgend im Einzelnen dargestellt wird - die Unfallfolgen auf chirurgischem Fachgebiet zu keinem Zeitpunkt ein rentenrelevantes Ausmaß erreichten und auf neurologischem und internistischem Fachgebiet ab Juni 2006 keine Unfallfolgen mehr vorlagen. Unfallfolgen auf psychiatrisch-psychosomatischem Fachgebiet sind - wie sich aus den nachfolgenden Ausführungen ebenfalls ergibt - nicht wesentlich auf den Unfall zurückzuführen bzw. ohne Auswirkungen auf die MdE.

Für die Zeit vom 13.06.2006 bis 19.04.2009 und ab 05.10.2011 fehlt es am Nachweis rentenberechtigender funktioneller Einschränkungen.

Rechtsgrundlage des klägerischen Begehrens auf Verletztenrente ist § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII. Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Bei Verlust der Erwerbsfähigkeit wird Vollrente geleistet, bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit wird Teilrente in Höhe des Vmhundertsatzes der Vollrente geleistet, der dem Grad der MdE entspricht (§ 56 Abs. 3 SGB VII).

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 22.06.2004, B 2 U 14/03 R in SozR 4-2700 § 56 Nr. 1): Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des

Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel.

Davon, dass bei der Klägerin in der Zeit vom 13.06.2006 bis 19.04.2009 und ab 05.10.2011 funktionelle Beeinträchtigungen in einem Ausmaß vorlagen, die eine MdE um mindestens 20 v.H. rechtfertigen, vermag sich der Senat nicht zu überzeugen. Ein Stützrententatbestand, auf Grund dessen bereits eine MdE um 10 v.H. zu einem Anspruch auf Verletztenrente führen würde (vgl. [§ 56 Abs. 1 Satz 2](#), 3 SGB VII), liegt nicht vor.

Wie das Sozialgericht zutreffend dargelegt hat, rechtfertigen die Unfallfolgen auf unfallchirurgischem Fachgebiet - leichte Bewegungseinschränkung und Muskelminderung am linken Handgelenk sowie eine Minderung der groben Kraft der linken Hand - lediglich eine MdE um 10 v.H. Das Sozialgericht hat sich dabei zu Recht auf das Gutachten des Prof. Dr. G. gestützt, welches - in Übereinstimmung mit der gängigen unfallmedizinischen Literatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl., S. 544: Speichenbruch mit Achsenabknickung und Einschränkung der Handgelenksbewegungen um insgesamt 40°: MdE um 10 v.H.; Speichenbruch mit erheblicher Achsenabknickung und Einschränkung der Handgelenksbewegungen um insgesamt 80°: MdE um 20 bis 30 v.H.) sowie mit dem Gutachten des PD Dr. Lenhardt - für die vorhandenen funktionellen Beeinträchtigungen (leichte Bewegungseinschränkung des linken Handgelenks mit Extension/Flexion: 50-0-45°, Radial-/Ulnardeviation: 30-0-15°, Pro-/Supination des Unterarms: 90-0-90° und eine leichte Muskelminderung der linken oberen Extremität, so die von Prof. Dr. G. erhobenen Befunde, vgl. Bl. 756 VA, und damit eine Einschränkung der Handgelenksbewegungen um insgesamt 20° gegenüber den "Normalwerten", vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 573) eine MdE um 10 v.H. veranschlagte. Im Übrigen behauptet auch die Klägerin keine aus den Unfallfolgen auf unfallchirurgischem Fachgebiet resultierende höhere MdE, sondern macht ausschließlich weitere, bisher unberücksichtigte Unfallfolgen auf internistischem und psychiatrischem Fachgebiet geltend. Der Senat sieht deshalb insoweit gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück.

Noch vorhandene Unfallfolgen auf neurologischem Fachgebiet bei ursprünglich vorhandenem leichtem posttraumatischem Carpaltunnelsyndrom links sind - nach bereits im September 2005 erfolgreich durchgeführter Carpaltunnelspaltung - für die Zeit ab 13.06.2006 nicht mehr festzustellen. Dies ergibt sich für den Senat aus dem neurologischen Befundbericht der BGU L. vom Mai 2009 sowie den Gutachten des Dr. B. , des Dr. H. und des Dr. L. , die allesamt bei neurologisch unauffälligen Untersuchungsbefunden eine objektive Arm-Hand-Nervenstörung links überzeugend ausschlossen. Im Übrigen macht auch die Klägerin selbst keine Unfallfolgen auf neurologischem Fachgebiet geltend.

Neben den genannten Unfallfolgen auf unfallchirurgischem Fachgebiet lagen in dem Zeitraum vom 13.06.2006 bis 19.04.2009 zwar auch zur Überzeugung des Senats bereits gewisse psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen der Klägerin vor, die wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 03.04.2006 zurückzuführen waren. Der von Dr. H. übersandten Patientenakte der Klägerin sind zeitnah zum Arbeitsunfall Behandlungen durch die Praxisvorgängerin Dr. D. wegen psychischer Beschwerden - März, Mai, Oktober 2006: psychosomatische Deregulation/Anpassungsstörung (vgl. Bl. 55 SG-Akte) - zu entnehmen. Diese sind wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 03.04.2006 zurückzuführen. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten des Dr. L. , der nachvollziehbar trotz der vorbestehenden psychischen Erkrankungen eine vorübergehende Verschlimmerung der psychischen Gesundheitsbeschwerden wegen der aus der Verletzung des linken Handgelenks resultierenden Schmerzen und operativen Eingriffe sah.

Davon, dass diese allerdings auch mit Beeinträchtigungen einher gingen, die eine messbare MdE rechtfertigten, vermag sich der Senat nicht zu überzeugen. Allein aus den von Dr. H. mitgeteilten Diagnosen (psychosomatische Deregulation/Anpassungsstörung) lässt sich eine messbare MdE nicht ableiten, maßgeblich sind die daraus resultierenden funktionellen Beeinträchtigungen. Dr. L. wies in diesem Zusammenhang zutreffend darauf hin, dass für diese Zeit keine Zeichen einer relevanten psychiatrischen Störung dokumentiert sind. Dies wird bestätigt durch die ärztlichen Befundberichte für den besagten Zeitraum, die allesamt keine psychischen Auffälligkeiten der Klägerin beinhalten. Gegen eine wesentliche psychische Beeinträchtigung bereits zu dieser Zeit spricht zudem, dass keine fachpsychiatrische Behandlung erfolgte. Auch in ihrem Schreiben vom Dezember 2008, in welchem die Klägerin über eine Verschlimmerung ihrer Beschwerden berichtete (permanent starke Schmerzen bis in die Finger hinein, unkontrollierbare Zuckungen, häufiges Taubheitsgefühl und Kribbeln in der ganzen Hand, deutlich verminderte Belastbarkeit der Hand, so die Angaben der Klägerin, vgl. Bl. 235 VA), machte diese keine psychischen Beeinträchtigungen geltend. Dies korrespondiert wiederum mit der Patientenakte der Dr. H. , welcher für Februar 2009 der Vermerk, dass es der Klägerin psychisch "eigentlich gut" gehe (vgl. Bl. 55 SG-Akte), zu entnehmen ist.

Erst in der Folgezeit traten relevante psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen hinzu und nach und nach auch in den Vordergrund der Beschwerden und Heilbehandlung. Erstmals dokumentiert wurden relevante psychische Beeinträchtigungen im Rahmen der ab 20.04.2009 durchgeführten stationären Behandlung in der BGU L. - und damit zu einem Zeitpunkt, zu dem bereits Verletztengeld gewährt wurde (ab 20.04.2009) - , wo Einschränkungen von Seiten des psychischen Zustandes gesehen und ein Verdacht auf eine psychosomatische Störung geäußert wurden (vgl. Zwischenbericht/Antrag auf Verlängerung vom 07.05.2009, Bl. 258 f. VA). Eine ärztlicherseits für notwendig erachtete psychologische Mitbetreuung während des stationären Aufenthaltes in der BGU L. im Mai und Juni 2009 lehnte die Klägerin ab (vgl. Befundbericht vom 25.06.2009, Bl. 285 f. VA), so dass sich das konkrete Ausmaß und die funktionellen Beeinträchtigungen nicht feststellen lassen. Die Diagnose Fibromyalgie/Verdacht auf ein chronisches Schmerzsyndrom (so Dr. R. , vgl. Befundbericht der vom 17.09.2009, Bl. 413 VA) bzw. Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen und körperlichen Symptomen und rezidivierende depressive Störung (so der Abschlussbericht der BGU L. vom 10.08.2009, Bl. 483 ff. VA) wurden erstmals im September 2009 gestellt. Hier zeigten sich bereits Schmerzen nicht nur in der vom Arbeitsunfall betroffenen linken Hand, sondern bereits den gesamten Körper betreffend (Schultern, Knie, Sprunggelenk, rechte Leiste, HWS, Lumbalbereich, linkes Handgelenk, vgl. Bl. 489 VA). Ob diese Erkrankungen - wie die Klägerin meint - wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 04.03.2005 zurückzuführen sind, kann damit, weil diese Störungen erst danach auftraten, für den Zeitraum 13.06.2006 bis 19.04.2009 offen bleiben (siehe hierzu später).

Auch die Frage, ob Unfallfolgen auf internistischem Fachgebiet (laut Klägerin: Zustand nach Pankreatitis) vorlagen, kann für den Zeitraum 13.06.2006 bis 19.04.2009 offen bleiben, denn diese Erkrankung trat erst im September 2009 - und damit nach dem 19.04.2009 - ein (vgl. Entlassungsbericht des Krankenhaus M. vom 01.12.2009, Bl. 471 ff. VA).

Die Klägerin hat auch für die Zeit ab 05.10.2011 (Tag nach dem durch Bescheid vom 30.09.2011 bestandskräftig festgestellten Ende des Verletztengeldanspruchs) keinen Anspruch auf Verletztenrente. Wie bereits dargelegt, rechtfertigen die Unfallfolgen auf unfallchirurgischem Fachgebiet lediglich eine MdE um 10 v.H. Weitere Unfallfolgen, die zu einer Erhöhung der MdE auf mindestens 20 v.H. führen könnten, sind nicht festzustellen. Die in der Zeit ab 05.10.2011 vorliegenden Erkrankungen der Klägerin auf internistischem und psychiatrischem Fachgebiet sind nicht wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 04.03.2005 zurückzuführen.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit) und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung erwiesen sein, d. h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [2 RU 43/84](#) in SozR 2200 § 555a Nr. 1). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [a.a.O.](#)); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, [B 2 U 47/98 R](#) in [SozR 3-1300 § 48 Nr. 67](#); Urteil vom 02.05.2001, [B 2 U 16/00 R](#) in [SozR 3-2200 § 551 Nr. 16](#)). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.1988, [2/9b RU 28/87](#) in SozR 2200 § 548 Nr. 91). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, [2 RU 31/90](#) in [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#)).

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gilt wie allgemein im Sozialrecht für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden die Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 12.04.2005, [B 2 U 27/04 R](#) in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#)). Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden schon aus diesem Grund nicht ursächlich. Andernfalls ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob das versicherte Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinn), z.B. Krankheitsanlagen, so war die versicherte Ursache wesentlich, sofern die unversicherte Ursache nicht von überragender Bedeutung war. Eine überwiegende oder auch nur gleichwertige Bedeutung der versicherten gegenüber der konkurrierenden Ursache ist damit für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs nicht Voraussetzung.

Die im September 2009 diagnostizierte Pankreatitis ist - wie das Sozialgericht zutreffend dargelegt hat - nicht wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 04.03.2005 zurückzuführen. Zu Recht hat das Sozialgericht - gestützt auf das Gutachten des PD Dr. L. - ausgeführt, dass sich der Verdacht einer arzneimitteltoxischen Pankreatitis nicht bestätigen ließ. Zwar gibt es - so PD Dr. L. - verschiedene Medikamente, die im Verdacht stehen, in seltenen Fällen Pankreatitiden auszulösen. Jedoch sei für einen klaren Zusammenhang zwischen einer Bauchspeicheldrüsenentzündung und Medikamenteneinnahme ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Medikamenteneinnahme und Pankreatitis, Besserung der Symptome nach Absetzen des Medikaments und Wiedereinsetzen der Symptome nach Reexposition des Medikaments zu fordern. PD Dr. L. legte für den Senat nachvollziehbar dar, dass gegen die Verursachung der Pankreatitis durch in der BGU L. anlässlich der Schmerztherapie bis 28.08.2009 verabreichten Schmerzmittel (dann Absetzen der Schmerzmittel auf Grund Unwohlsein, Kopfschmerzen und Unterbauchbeschwerden, vgl. Bl. 489 VA) somit die zeitliche Latenz von 18 Tagen zwischen dem Absetzen der Schmerzmittel und dem Zeitpunkt des Beginns der Pankreatitis (Aufnahmetermin 15.09.2009 wegen "aus dem Schlaf heraus plötzlich krampfartige Schmerzen im Bereich des rechten Oberbauches", vgl. Entlassungsbericht Krankenhaus M. vom 01.12.2009, Bl. 471 ff. VA; "in der Nacht aus dem Schlaf heraus mit stärksten epigastrischen Schmerzen aufgewacht (), es folgte die umgehende Krankenhausaufnahme in M. ", so die Angaben der Klägerin gegenüber PD Dr. L. , Bl. 566 f. VA) spricht. Beschwerden vor bzw. unmittelbar nach dem Absetzen der Schmerzmittel, die auf eine Pankreatitis hinweisen könnten, sind laut PD Dr. L. nicht dokumentiert. Soweit die Klägerin hiergegen einwendet, sie habe bereits während des Aufenthaltes in der BGU L. unter Beschwerden gelitten, führt dies zu keinem für sie günstigen Ergebnis. Die von der Klägerin berichteten unspezifischen Bauchbeschwerden ("als läge ein Stein im Magen", "als wäre Wasser im Bauch"), welche sich auch nach Angaben der Klägerin deutlich von der Pankreatitis unterschieden, sah PD Dr. L. als Symptome einer häufig auftretenden Nebenwirkung des von der Klägerin eingenommenen Medikaments Diclofenac. Ob es sich hierbei möglicherweise doch - trotz untypischer Beschwerdesymptomatik - bereits um eine leichte Bauchspeicheldrüsenentzündung handelte, ist im Nachhinein nicht mehr zu klären. Laborwerte oder sonografische Untersuchungen, die Hinweise auf eine zu diesem Zeitpunkt bereits vorliegende Pankreatitis hätten geben können, liegen nicht vor. PD Dr. L. zeigte zudem weitere mögliche Ursachen der Pankreatitis auf. So kommen auch ein Sludge in der Gallenblase und die bei der Klägerin bestehende angeborene Normvariante einer Pankreas divisum als Ursache der Pankreatitis in Betracht. Im Ergebnis ist eine schmerzmittelinduzierte Pankreatitis damit zwar möglich. Die bloße Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs genügt indes - wie bereits dargelegt - nicht für die Annahme von Wahrscheinlichkeit. Wegen der zeitlichen Latenz ist ein Zusammenhang - so PD Dr. L. nachvollziehbar - sogar unwahrscheinlich.

Dieser Einschätzung des PD Dr. L. hat sich auch Dr. H. , Internistin und Hausärztin der Klägerin, angeschlossen. Zum selben Ergebnis gelangte auch das Krankenhaus M. , welches die Diagnose einer Pankreatitis idiopathischer Genese stellte, deren letztendliche Ursache nicht geklärt werden konnte (vgl. Bl. 471 und 473 VA).

Der Einwand der Klägerin gegen die Ausführungen des PD Dr. L. , die von ihm berücksichtigen, in der BGU L. verabreichten Medikamente seien nicht vollständig, ist nicht geeignet die überzeugenden Ausführungen des PD Dr. L. in Zweifel zu ziehen. Zwar trifft es zu, dass PD Dr. L. die von der Klägerin ergänzend genannten Medikamente nicht als in der Schmerztherapie von 10.08.2009 bis 28.08.2009 eingenommene Schmerzmittel berücksichtigte (vgl. insoweit die Auflistung des PD Dr. L. , Bl. 575 VA). Die von der Klägerin angeführte Medikamente (Novalgin, Voltaren resinat, Saroten, Pantozol, vgl. Bl. 769 VA) nahm sie jedoch nach eigenen Angaben während der Schmerztherapie

vorangehenden stationären Aufenthaltes in der BGU L. vom 22.07.2009 bis 10.08.2009 ein (vgl. Bl. 769 VA). Damit liegt insoweit eine noch größere zeitliche Latenz (ca. fünf Wochen) zwischen Medikamenteneinnahme und Pankreatitis vor, welche entsprechend der überzeugenden Ausführungen des PD Dr. L. gegen eine hierdurch verursachte Pankreatitis spricht.

Auch die in der Zeit ab 05.10.2011 vorliegenden psychischen Erkrankungen der Klägerin sind nicht wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 04.03.2005 zurückzuführen.

Bei der Klägerin entwickelte sich - wie bereits dargelegt - ab dem Jahr 2009 eine somatoforme Schmerzstörung mit Schmerzen den gesamten Körper betreffend und - im weiteren Verlauf - eine depressive Störung. Dies entnimmt der Senat den Gutachten des Dr. B. , des Dr. H. und des Dr. L. ...

Dr. B. beschrieb anlässlich der Begutachtung im Februar 2010 eine subdepressive Stimmungslage der Klägerin, die unter deutlichem Leidensdruck zahlreiche Beschwerden ("wahnsinnige Kopfschmerzen, Schmerzen in beiden Schultern und Armen, Schmerzen am ganzen Rücken, Völlegefühl im Bauch, Spannungsgefühl im linken Handgelenk, stechende und elektrisierende Schmerzen im Narbenbereich am linken Handgelenk mit Ausstrahlung in die Finger und mittlerweile auch nach oben hin bis in die linke Schulter", so die Angaben der Klägerin, vgl. Bl. 425 VA) schilderte und recht klagsam wirkte. Frisch- und Altgedächtnis, Konzentration, Aufmerksamkeit und affektives Verhalten der Klägerin waren dabei ungestört. Dr. B. äußerte basierend auf diesem Befund nachvollziehbar einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung.

Dr. H. bestätigte in der Folgezeit die von Dr. B. geäußerte Verdachtsdiagnose und beschrieb anlässlich der Begutachtung der Klägerin im November 2011 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die sich auf dem Boden einer ängstlich depressiven Grundpersönlichkeit entwickelt habe. Dr. H. beschrieb eine augenfällige Diskrepanz zwischen den Angaben der Klägerin mit heftigen Schmerzen und psychischer Beeinträchtigung und der Verhaltensbeobachtung. So gab die Klägerin gegenüber Dr. H. eine starke Beeinträchtigung durch die Schmerzen (in der linken Hand, den Schultern, dem rechten Fuß, den Hüften, den Zähnen, den Ohren, der rechten Hand, vgl. Bl. 638 VA; tägliche Kopfschmerzen, vgl. Bl. 639 VA) an, weshalb sie nur noch mit Mühe die Haushaltstätigkeiten erfüllen könne, viel Ruhe brauche, sich hinlegen müsse und kaum belastbar sei. Im Rahmen der Begutachtung zeigten sich hingegen keine Beeinträchtigungen von Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Antrieb und Psychomotorik. Die Stimmungslage war ausgeglichen, die affektive Schwingungsfähigkeit voll erhalten. Die Klägerin wirke freundlich, mitunter humorvoll und schwingungsfähig, weshalb Dr. H. nachvollziehbar das Vorliegen einer depressiven Störung ausschloss. Bei der Verhaltensbeobachtung habe die Klägerin schmerzfrei und unproblematisch ihre Handtasche beidseits an der rechten und linken Hand bzw. dem Unterarm getragen. Während der gesamten Exploration sei sie völlig entspannt und sichtlich schmerzfrei gesessen. Es hätten sich keine schmerzbedingten Einschränkungen gezeigt und auch durch Mimik und Gestik sei eine solche nicht reklamiert worden. Kontextbezogen im Hinblick auf den Arbeitsunfall vom 04.03.2005 und die erlittenen Kränkungs-Erlebnisse durch Arbeitgeber und Ärzte beschrieb Dr. H. eine starke Klagsamkeit, eine Einschränkung der geistigen Flexibilität, eine vorwurfsvolle Haltung und eine hohe Kränkbarkeit der Klägerin. Die Klägerin bevorzuge passive Behandlungsansätze, also Ruhe, Medikamente und Schonung.

Dr. L. schilderte anlässlich der Begutachtung der Klägerin im Mai 2012 eine bedrückte Stimmung und eine reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit. Er beschrieb eine wenig flexible Persönlichkeit mit reduzierter verbaler Konfliktlösestrategien, die in Belastungs- und Einengungssituationen zur Somatisierung neige und in körperlichem Ansatz vorhandene Beschwerden verstärke. Die Klägerin gab auch hier Schmerzen im Bereich des linken Handgelenkes, Ellenbogen, Schulter, Kopf, Rücken, Beinen und Zehen an. Sie berichtete von Durchschlafstörungen, Grübeln, Gedankenkreisen, Morgentiefs und Perspektivstörungen. Dr. L. äußerte zwar Zweifel an den Angaben der Klägerin angesichts auffälliger Werte in der testpsychologischen Untersuchung, die Hinweise auf Aggravation und Simulation ergaben, sowie der nicht nachweisbaren Wirkstoffe angeblich eingenommener Medikamente. Im Ergebnis hielt Dr. L. die Klägerin dennoch für leicht depressiv und diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung mit einer Neigung zur Somatisierung, sodass auch der Vorwurf der Klägerin, Dr. L. sei zu Unrecht von Aggravation ausgegangen, ins Leere geht. Die diagnostizierte "Fibromyalgie" stufte Dr. L. als funktionelle Störung im Rahmen der bestehenden Depression ein und ordnete diese daher nachvollziehbar der Diagnose der bestehenden Depression unter.

Der Senat schließt sich den Beurteilungen der Gutachter Dr. H. und Dr. L. an und bejaht einen naturwissenschaftlichen Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und der somatoformen Schmerzstörung im Bereich der linken Hand und der rezidivierenden depressiven Störung. Die körperlichen Folgen des Arbeitsunfalls führten dazu, dass sich die Klägerin zahlreichen Operationen und Behandlungen an der verletzten Hand unterziehen musste, welche nicht die erhoffte Beschwerdelinderung erbrachten und sie letztlich wegen der unfallbedingten schmerzhaften Minderbelastungsfähigkeit der linken Hand ihre bisherige Tätigkeit als Reprogräfin seit April 2009 nicht mehr ausüben konnte. In diesem zeitlichen Zusammenhang finden sich dann erstmals Behandlungen wegen einer somatoformen Schmerzstörung - u.a. wegen Schmerzen in der vom Arbeitsunfall betroffenen linken Hand - , im weiteren Verlauf wegen einer rezidivierenden depressiven Störung. Im Ergebnis lässt sich somit - so Dr. H. überzeugend - das Unfallereignis für den Beginn der somatoformen Schmerzstörung und im weiteren Verlauf der depressiven Erkrankung nicht hinwegdenken, so dass diese, bis heute bestehenden und zwischenzeitlich chronifizierten Erkrankungen im naturwissenschaftlichen Sinn auf den Arbeitsunfall zurückzuführen sind.

Allerdings genügt - wie bereits dargelegt - ein bloßer naturwissenschaftlicher Ursachenzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsstörung nicht zur Bejahung einer Unfallfolge und damit zur Begründung eines Entschädigungsanspruches. Dies verkennt die Klägerin, soweit sie maßgeblich darauf abstellt, die psychischen Erkrankungen hätten sich erst nach dem Arbeitsunfall entwickelt. Die in Rede stehende Gesundheitsstörung muss auch wesentlich auf den Unfall zurückzuführen sein. Dies verneint der Senat vor dem Hintergrund der ebenfalls für die somatoforme Schmerzstörung und die depressive Erkrankung der Klägerin ursächliche Persönlichkeitsstruktur der Klägerin sowie bereits L. e vor dem Unfall bestehenden psychischen Störungen und den neben dem Arbeitsunfall vorliegenden weiteren - unfallabhängige, aber unversicherte sowie völlig unfallunabhängige und daher unversicherte - Ursachen (drohende Repressalien als Kind wegen der deutschen Abstammung, schwere Kindheit bei sehr strengen Eltern mit Schlägen von Mutter und Vater, Alkoholproblem des Vater, Benachteiligung gegenüber dem älteren Bruder durch die Eltern, Flucht aus Tschechien, Trennung des Ehemanns und dessen schnelle Wiederheirat, alleinige Erziehung der kleinen Kinder, hoher finanzieller Druck, große Entfernung zu den Enkelkindern, abfällige Behandlung durch den Chef), die - so Dr. H. und Dr. L. - bei Weitem überwiegend das Beschwerdebild bestimmen und somit von überragender Bedeutung sind.

Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben (BSG, Urteil vom 09.05.2006, [B 2 U 1/05 R](#) in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#), auch zum gesamten Nachfolgenden). Sozialrechtlich ist allein relevant, ob (auch) das Unfallereignis wesentlich war. Wesentlich ist nicht gleichzusetzen mit gleichwertig oder annähernd gleichwertig. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange keine andere Ursache überragende Bedeutung hat. Ist jedoch eine Ursache gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist nur die erstgenannte Ursache wesentlich und damit Ursache im Sinne des Sozialrechts.

Wie bereits dargelegt entwickelten sich die im jetzigen Ausmaß vorhandenen psychischen Störungen im Zusammenhang mit den gescheiterten Behandlungsversuchen der Unfallfolgen und der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit der Klägerin im April 2009. Dabei spielten jedoch die Persönlichkeit der Klägerin (ängstlich depressive Grundpersönlichkeit, so Dr. H. ; wenig flexible Persönlichkeit mit reduzierter verbaler Konfliktlösestrategien, die in Belastungs- und Einengungssituationen zur Somatisierung neigt und in körperlichem Ansatz vorhandene Beschwerden verstärkt, so Dr. L.) und die bereits vorbestehende depressive Erkrankung - Depressivität seit 1999, so Dr. L. ; durch den behandelnden Psychiater Dr. S. bestätigt, vgl. Bl. 30 SG-Akte - sowie die massiven biographischen Belastungen (drohende Repressalien als Kind wegen der deutschen Abstammung, schwere Kindheit bei sehr strengen Eltern mit Schlägen von Mutter und Vater, Alkoholproblem des Vaters, Benachteiligung gegenüber dem älteren Bruder durch die Eltern, Flucht aus Tschechien, Aufenthalt im Durchgangslager, Trennung des Ehemanns und dessen schnelle Wiederheirat, alleinige Erziehung der kleinen Kinder) eine überragende Rolle. So stand insbesondere unverändert präsent das schwere Kränkungsereignis durch das von der Klägerin als abrupt erlebte Trennen des Ehemannes von ihr und dessen rasche Wiederheirat im Vordergrund (vgl. Bl. 645 VA), was sie nach eigenen Angaben nie verkraftet habe (vgl. Bl. 637 VA). Daran schloss sich eine Phase der Belastung von Berufstätigkeit und Alleinerziehung der beiden Kinder (zum Zeitpunkt der Trennung sechs und zwei Jahre alt, vgl. Bl. 645 VA) ohne weitere soziale Unterstützung an (vgl. Bl. 487 VA).

Hinzu kamen nach dem Arbeitsunfall berufliche, unversicherte Belastungen. So schilderte die Klägerin erhebliche Kränkungen durch den Arbeitgeber - er habe sie als Dackel beschimpft, vgl. Bl. 681 VA; sie unter Druck gesetzt, vgl. Bl. 666 und Bl. 772 VA; sei rücksichtslos, vgl. Bl. 638 VA; sei nicht einfühlsam, vgl. Bl. 648 VA; behandle sie abfällig, vgl. Bl. 668 VA - und unfallunabhängige Belastungen am Arbeitsplatz - es herrsche ein schlechtes Arbeitsklima mit rauem Umgangston, vgl. Bl. 487 VA. Zudem empfand die Klägerin das Unverständnis der behandelnden Ärzte hinsichtlich ihrer - unfallunabhängigen - Ganzkörperschmerzen als herabwürdigend und sehr belastend (vgl. 648 VA), so sei sie von den Ärzten mit ihren Symptomen und Beschwerden nicht ernst genommen worden und hätte sich dem Vorwurf der Simulation gegenüber gesehen (vgl. Bl. 50 SG-Akte).

Darüber hinaus erlebte die Klägerin auch private Belastungen. Im Oktober 2009 erkrankte sie - wie bereits dargelegt unfallunabhängig - an einer lebensbedrohlichen Pankreatitis und seither bestehen bei ihr Ängste, an einer noch nicht diagnostizierten Erkrankung zu leiden (vgl. Bl. 52 SG-Akte). Ihr Lebenspartner trennte sich im Jahr 2009 von ihr (vgl. Bl. 660 VA), ihr Partnerwunsch blieb danach unerfüllt (vgl. Bl. 51 SG-Akte). Ihre beiden Kinder, mit denen sie ein sehr inniges Verhältnis pflegte (vgl. Bl. 463 VA), zogen beide im Jahr 2010 aus der Wohnung der Klägerin aus (vgl. Bl. 636 VA). Seither leidet die Klägerin unter der Einsamkeit (vgl. Bl. 639 VA), fühlt sich alleine und allein gelassen (vgl. Bl. 51 SG-Akte). Auch die große Entfernung zu ihren Enkelkindern empfindet sie als belastend (vgl. Bl. 38 SG-Akte). Nach der Trennung ihres Lebenspartners und Auszug der beiden Kinder zog die Klägerin im November 2010 in eine kleinere Wohnung um, was zu einer Verschuldung der Klägerin führte und zu einem hohen finanziellen Druck beitrug (vgl. Bl. 38 und 39 SG-Akte).

Dr. H. legte vor diesem Hintergrund, für den Senat überzeugend, dar, dass auf dem Boden der ängstlich depressiven Grundpersönlichkeit der Klägerin sich äußere psychosoziale Belastungen, Verlust/Trennung des Ehepartners, Konfliktsituationen, Krankheit und Unfalltrauma aufpropften, wobei für das jetzige psychische Krankheitsbild die ängstlich depressive Grundpersönlichkeit der Klägerin sowie die in der Biographie hinzugesellenden konkurrierenden Belastungsfaktoren überragende Bedeutung zukommt. Das Unfallereignis ist damit nicht wesentliche Ursache für die bestehenden psychischen Störungen der Klägerin, eine MdE wird daher durch diese Störungen auch nicht verursacht.

Im Ergebnis gelangt der Senat somit insbesondere auf der Grundlage der von der Beklagten eingeholten Gutachten zu dem Ergebnis, dass keine rentenrelevante MdE vorliegt.

Die bloße pauschale Behauptung der Klägerin, sämtliche von der Beklagten eingeholten Gutachten seien nicht verwertbar, da die Gutachter in einem Abhängigkeitsverhältnis zur Beklagten stünden, ist nicht geeignet, begründete Zweifel an den Ausführungen der Gutachter zu erzeugen. Konkrete Tatsachen, die eine mangelnde Objektivität der Gutachter nahe legen könnten, hat die Klägerin nicht vorgetragen.

Vor diesem Hintergrund überzeugt auch die Einschätzung der behandelnden Ärzte der Reha-Klinik G. , die trotz vorliegenden persönlichkeitsstruktureller und biographischer Faktoren den Arbeitsunfall als wesentlicher kausaler Faktor für die Entwicklung einer chronischen Schmerzstörung sowie der Depression sahen, nicht. Eine nähere Begründung ist dem Entlassungsbericht auch nicht zu entnehmen.

In Übereinstimmung zu Dr. H. und Dr. L. sahen auch die behandelnden Ärzte in der Klinik W. nicht in dem Arbeitsunfall die wesentliche Ursache für die bestehenden psychischen Erkrankungen. Sie waren vielmehr der Ansicht, dass die für die Schmerzen bedeutsamen Faktoren die Lernerfahrungen der Klägerin in ihrer Herkunftsfamilie (von beiden Eltern geschlagen, Vater Alkoholiker, ständige Abwertung der Klägerin) und ein deshalb nur schwach ausgeprägtes Selbstwertgefühl, Aggressionshemmungen und ein kaum vorhandener Zugang zu eigenen Wünschen und Bedürfnissen waren, weshalb das Leben der Klägerin letztlich freudlos verlaufe und in der Depression gemündet sei (vgl. Bl. 51 SG-Akte).

Auch die behandelnde Ärzte der BGU L. gelangten zu der Schlussfolgerung, die Schmerzsyndrome hätten sich angesichts L. jähriger Belastungen (nach Trennung des Ehemannes Berufstätigkeit und Alleinerziehung der beiden Kinder ohne weitere soziale Unterstützung) ohne körperliche und seelische Kompensationsmöglichkeiten (Tendenz der Klägerin, eigene Bedürfnisse zurückzustellen und Konfliktfälle schweigend auszuhalten, vgl. Bl. 487 VA) und damit unfallunabhängig entwickelt.

Letztlich hat auch der behandelnde Psychiater Dr. S. die Einschätzung der Gutachter Dr. H. und Dr. L. bestätigt und den Arbeitsunfall vom 04.03.2005 damit nicht als wesentliche Ursache für die von ihm diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung bei depressiver Störung

gesehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-07-15