

## L 8 U 1128/17

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
8  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 3 U 988/15  
Datum  
10.02.2017  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 8 U 1128/17  
Datum  
28.09.2018  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Sind das Unfallereignis und die zum Unfallzeitpunkt psychiatrisch nicht als krankheitswertig zu beschreibende Persönlichkeitsstruktur an der Entstehung einer psychischen Störung (hier dissoziative Bewegungsstörung als Konversionsstörung) wesentlich beteiligt gewesen, ist mit der Feststellung, dass unfallbedingte Ursachen an der Unterhaltung des gleichgebliebenen Krankheitsbilds nicht mehr mitwirken, ein hinreichend wahrscheinlicher Unfallzusammenhang der fortbestehenden Erkrankung wegen des Wechsels der Wesensgrundlage entfallen. Für diese rechtliche Beurteilung reicht somit aus, dass die nicht krankheitswertige Persönlichkeitsstruktur in einem Bedingungsgefüge mit nicht näher zu beschreibenden unfallfremden äußeren Umständen als die psychische Störung allein unterhaltender Faktor wirkt. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10.02.2017 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Instanzen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach einem Arbeitsunfall streitig.

Der 1988 geborene Kläger erlitt am 25.03.2014 einen bei der Beklagten versicherten Arbeitsunfall, als ihm beim Heruntertragen eines Metallvordachs das Dach auf die linke Schulter fiel.

Dr. S. stellte am 26.03.2014 eine Schulterprellung links mit reaktivem Impingement der linken Schulter sowie einen HWS-Steifhals fest. Es habe eine tastbare Schwellung im Trapezius-Bereich links bestanden, die druckdolent gewesen sei. Die HWS sei komplett bewegungseingeschränkt mit aufgehobener Umwendbewegung gewesen. Arbeitsunfähigkeit bestehe voraussichtlich bis 14.04.2014 (Durchgangsarztbericht vom 26.03.2014, Blatt 1 VA).

Im Nachschaubericht vom 03.04.2014 (Blatt 3 VA) beschrieb Dr. S. eine deutliche Besserung im HWS- und Schulterbereich ohne drop arm bei noch vorhandenem endgradigen Impingement. Probleme bereite nunmehr die linke Hand, nach anfänglicher Schwellung im körperfernen Unterarmbereich links imponiere jetzt eine nur schmerzhaft mögliche, deutlich abgeschwächte Flexion der Finger 2 und 3 in sämtlichen Gelenkabschnitten. Zum Unfallmechanismus sei nachzutragen, dass dem Kläger eine Metallplatte von circa 200 kg, die einem Kollegen aus der Hand rutschte, die Hand mit Gewalt hyperflektiert habe und der Kläger dann auf die linke Körperhälfte gestürzt sei.

Am 08.04.2014 (Gesprächsnotiz Blatt 5 VA) teilte der Kläger telefonisch mit, dass kein Faustschluss möglich sei, er könne weder etwas greifen noch heben, es befinde sich eine Delle im Unterarm.

Prof. Dr. D. erstattete den Zwischenbericht vom 09.04.2014 (Blatt 15 VA) und führte aus, dass der Kläger eine Beschwerdeverschlechterung im Sinne einer eingeschränkten Beugung der Finger nach Schulterprellung angegeben habe. Eine erkennbare Pathologie habe nicht bestanden, die Schulter sei passiv frei beweglich gewesen, die Sensibilität intakt, Hinweise auf eine Sehnen- oder Muskelverletzung hätten nicht bestanden.

Prof. Dr. M. gab im Durchgangsarztbericht vom 17.04.2014 unter der zusätzlichen Diagnose einer schweren Zerrung des linken Unterarms an, dass sich am Schultergelenk links keine äußeren Verletzungszeichen und keine Schwellung ergaben. Das Ellenbogengelenk sei unauffällig gewesen, es habe keine signifikante Schwellung am Unterarm bestanden. Am Daumenstrahl habe eine endgradige Bewegungseinschränkung ohne Bewegungsschmerzangabe bestanden, die aktive Streckung und Beugung im Bereich der Langfinger sei

nicht möglich gewesen, die periphere Sensibilität und Durchblutung intakt. Arbeitsunfähigkeit wurde bis 01.05.2014 angenommen.

Die W. S. GmbH (Arbeitgeberin) erstatte die Unfallanzeige vom 23.04.2014 (Blatt 20 VA) und gab an, dass ein Vordach von vier Mann getragen worden sei, einer sei aus dem Gleichgewicht gekommen, weil er die letzte Treppenstufe übersehen habe, und habe das Vordach losgelassen, sodass dieses dem Kläger auf die Schulter gefallen sei.

Der Chirurg Dr. K. diagnostizierte im Zwischenbericht vom 05.05.2014 (Blatt 30 VA) eine Fallhand links und führte aus, dass die Physiotherapie fortzusetzen sei und eine Radialisschiene links verordnet worden sei.

Prof. Dr. M. , städtisches Klinikum K. , beschrieb im Befundbericht vom 12.05.2014 (Blatt 33 VA) einen Zustand nach Schulterprellung links mit psychogener Parese der linken Hand und legte dar, dass sich in dem MRT des Plexus brachialis dieser komplett unauffällig und ohne Anhalt für eine Läsion oder Traumafolge gezeigt habe. In der Neurographie habe ebenfalls kein pathologischer Befund erhoben werden können, sodass eine psychogene Parese der linken Hand vorliege. Die Schulter sowie Handgelenk und Finger seien frei beweglich gewesen, ebenso der Ellenbogen. Aktiv sei die Abduktion der linken Schulter nur bis 90° gelungen. Der Tonus für die Beuge- und Strecksehnen sei vorhanden gewesen, allerdings weder der Faustschluss noch die komplette Streckung möglich.

Die Beklagte zog das Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse (i. c. , Blatt 39/40 VA) bei.

Der Neurologe Prof. Dr. G. erstattete den nervenärztlichen Befundbericht vom 13.05.2014 (Blatt 43/51 VA) und führte aus, dass sich der Kläger mit einer hochgradigen Funktionsstörung der linken Hand vorgestellt habe. Neurologisch lasse der Befund an eine untere Armplexusläsion denken, wobei das Reflexmuster regelrecht gewesen sei und die Sensibilität ungestört. Die umfassende elektrophysiologische Abklärung habe in allen Teilbereichen regelrechte Befunde gezeigt, insbesondere hätten sich keine proximalen Blockaden ergeben. Das MEP sei gänzlich unauffällig gewesen, sodass keine elektrophysiologische Schädigung zu objektivieren gewesen sei. Aufgrund der klinischen Verteilung der Lähmungserscheinungen sei von einer Psychogenese der Lähmung auszugehen. Dafür spreche auch die Anamnese mit zunächst intakter Motorik, die erst im weiteren Verlauf sekundär betroffen gewesen sei.

Im Befundbericht vom 06.06.2014 (Blatt 60 VA) beschrieb Prof. Dr. M. eine aktiv für Streckung und Beugung mögliche Daumenbewegung, die Handgelenksexension sei aktiv bis 40° möglich gewesen, die Langfinger selbst hätten noch nicht aktiv gebeugt und gestreckt werden können, die Schulterbewegung sei inzwischen auch aktiv fast frei möglich. Im Befundbericht vom 21.07.2014 (Blatt 82 VA) wurde eine auf 30-0-50° verbesserte Handgelenksbeweglichkeit beschrieben, die Daumenbewegung sei im IP- und Grundgelenk möglich gewesen, aber weiterhin keine Reaktion der Langfinger. Zum Vorbefund habe sich eine Verbesserung ergeben, eine funktionell bedeutsame Pseudoparese bestehe indessen weiter.

Prof. Dr. G. erstattete den weiteren nervenärztlichen Befundbericht vom 17.07.2014 (Blatt 92/100 VA) und verwies auf weiterhin motorisch und sensibel elektrophysiologisch regelrechte Armnerven. Elektromyographisch habe sich kein Hinweis für eine axonale Schädigung ergeben, eine zentrale Genese sei bereits bei der Erstvorstellung ausgeschlossen worden, klinisch habe sich weiterhin das Bild einer psychogenen Lähmung der Finger der linken Hand gezeigt.

Am 31.07.2014 stellte sich der Kläger erneut bei Prof. Dr. M. vor (Befundbericht vom 04.08.2014, Blatt 115 VA), der eine weitere Verbesserung der Bewegungsfähigkeit im Handgelenk und am Daumen beschrieb. An den Langfingern sei weiterhin keine aktive Beugung und Streckung möglich gewesen, bei regelrechtem Sehnenonus. Eine Überweisung zum Psychotherapeuten sei auf Wunsch des Klägers ausgestellt worden.

Die Beklagte zog die Behandlungsunterlagen des Chirurgen Dr. K. (Blatt 123/127), der Fachärztin für Anästhesiologie Dr. S. vom 16.01.2012 (Blatt 128/138 VA) und des Hautarztes Dr. F. (Blatt 139/141 VA) bei.

Der psychologische Psychotherapeut Dipl. Psych. W. erstatte den Erstbericht Psychotherapeutenverfahren vom 24.08.2014 (Blatt 148/51 VA) und beschrieb den Verdacht auf eine dissoziative Bewegungsstörung. Therapiemotivation und Problembewusstsein müssten noch überprüft werden, auch könne eine bewusste Simulation nicht ausgeschlossen werden.

Prof. Dr. M. gab im Befundbericht vom 01.09.2014 (Blatt 158/159 VA) an, dass Daumen und Handgelenk wieder gut beweglich seien, es finde sich keine Muskelatrophie an der Hand, die Langfinger seien aktiv nicht beweglich, allerdings habe sich der Tonus bei passiver Beugung und Streckung erhöht. Eine Arbeitsbelastung könne erst eingeleitet werden, wenn wieder eine Beweglichkeit der Langfinger gegeben sei.

Im Abschlussbericht Psychotherapeutenverfahren vom 02.10.2014 (Blatt 168/171 VA) gab Dipl. Psych. W. an, dass sich eine eindeutige und belastbare psychische Reaktion in Folge des Unfallereignisses nicht gezeigt habe, stattdessen habe eine auffallende Diskrepanz zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und beobachtbarem Verhalten bestanden.

Am 06.10.2014 stellte sich der Kläger in der Reha-Sprechstunde der S. Klinik B. vor (Aktenvermerk Blatt 174 VA), wo die Notwendigkeit der Abklärung der bestehenden klinischen Befunde aufgrund einer intensiven Diagnostik gesehen wurde. Ergänzend erstattete der Unfallchirurg Dr. F. den Bericht über die Heilverfahrenskontrolle vom 09.10.2014 (Blatt 182/186 VA), der darlegte, dass es ihm nicht möglich sei, definitiv zu klären, ob es sich um eine psychogene Parese der Hand handle oder Aggravation vorliege.

Die Beklagte führte eine Kurz-KSR in der BG-Unfallklinik L. durch, hinsichtlich derer Dr. K. im Abschlussbericht vom 05.11.2014 (Blatt 199/202 VA, neurologischer Befundbericht Dr. B. vom 28.10.2014, Blatt 192/195 VA) ausführte, dass die Durchführung einer psychosomatischen Rehabilitation empfohlen werden, die bei fehlendem Unfallzusammenhang zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchzuführen sei. Der Kläger sei weiter arbeitsunfähig, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit in rentenberechtigendem Ausmaß werde nicht verbleiben.

Aufgrund der erneuten Vorstellung des Klägers bei Prof. Dr. M. am 13.11.2014, bat dieser (Schreiben vom 18.11.2014, Blatt 227 VA) um

Mitteilung, ob und ggf. durch wen die von der BG-Klinik L. empfohlene Reha durchgeführt werde.

Mit Bescheid vom 26.11.2014 (Blatt 235/237) erkannte die Beklagte das Ereignis vom 25.03.2014 als Arbeitsunfall und eine folgenlos ausgeheilte Schulterprellung links mit vorübergehender Einschränkung der Schultergelenksbeweglichkeit sowie eine folgenlos ausgeheilte Zerrung der Halswirbelsäule als Unfallfolgen an. Einen Anspruch auf Leistungen, insbesondere Heilbehandlung, Verletztengeld und sonstige Geldleistungen sowie einen Anspruch auf Rente oder sonstige Rehabilitationsmaßnahmen lehnte sie ab. Zur Begründung führte sie unter anderem aus, dass der erforderliche Vollbeweis für das Vorliegen einer Lähmung der Langfinger unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde und festgestellten Auffälligkeiten nicht habe erbracht werden können.

Ergänzend zog die Beklagte den Befundbericht über die am 25.04.2014 durchgeführte MRT (S. Klinikum K. , Blatt 248 VA) bei, die BG-Klinik L. übersandte den Bericht vom 29.12.2014 der Dipl. Psych. R. (Empfehlung einer stationären Abklärung und Behandlung in einer psychosomatischen Klinik) bezogen auf die in der Zeit vom 20.10.2014 bis 24.10.2014 durchgeführte Reha-Abklärung.

Gegen den Bescheid erhob der Kläger am 10.12.2014 Widerspruch (Blatt 260 VA) und machte mit Schriftsatz vom 23.02.2015 (Blatt 310 VA) mit dem Begehren Verletztengeld und Verletztenrente zu gewähren unter anderem geltend, dass Lähmungserscheinungen im Bereich der linken Hand als Unfallfolge anzuerkennen seien und in die Bewertung der Arbeitsunfähigkeit mit einfließen müssten.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 25.02.2015 (Blatt 308/309 VA) zurück.

Am 23.03.2015 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) und machte geltend, dass sich aufgrund des Unfallereignisses eine schmerzhaftige Schwellung und abgeschwächte Flexion der Langfinger entwickelt habe, die psychogene Parese sei auf das Unfallereignis zurückzuführen. Die berufsgenossenschaftliche Unfallklinik habe das Vorliegen einer Bewegungseinschränkung nicht ausschließen können.

Das SG zog den Entlassungsbericht des Reha-Zentrums Bad K. vom 31.07.2015 über die in der Zeit vom 17.06.2015 bis 22.07.2015 durchgeführte stationäre Rehabilitation (Diagnosen: psychogene Lähmung der linken Hand, Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik, Blatt 28/41 SG-Akte) bei.

Der Kläger legte das orthopädisch-unfallchirurgische Gutachten des Dr. K. vom 23.09.2015 (erstellt im Auftrag der S. I. Versicherung, Blatt 53/60 SG-Akte) vor und beantragte die Einholung des neurologischen Sachverständigengutachtens des Dr. M. vom 20.06.2016 (Blatt 45/55 SG-Akte) gemäß § 109 SGG. Dieser diagnostizierte eine psychogene Lähmung der linken Hand auf konversionsneurotischer Grundlage und sah einen sicheren Zusammenhang zwischen Trauma und Symptomatik, allerdings auf psychischer Basis. Es liege eine körperlich funktionelle Einschränkung mittelgradiger Ausprägung vor, die mit einer MdE von 20 v.H. zu bewerten sei. Die Beklagte trat dem Sachverständigengutachten entgegen (Schriftsatz vom 20.07.2016, Blatt 57/58 SG-Akte).

Weiter holte das SG das neurologisch-psychiatrische Sachverständigengutachten des Dr. S. vom 25.11.2016 (Blatt 66/100 SG-Akte) ein, der eine dissoziative Bewegungsstörung der linken Hand diagnostizierte und eine wesentliche Verursachung durch das Unfallereignis bejahte, da die vorbestehende Persönlichkeitsanlage nicht so relevant sei, dass dadurch dem Unfallgeschehen nur ein Verschlimmerungsanteil zuzurechnen sei. Dem Sachverständigengutachten trat die Beklagte entgegen (Schriftsatz vom 12.01.2017, Blatt 106/107 SG-Akte) und wies darauf hin, dass dem Gutachten des Dr. M. zu entnehmen sei, dass ein für die Privatversicherung erstelltes Gutachten des Prof. Dr. D. das Begehren ebenfalls nicht zu stützen scheine, da dieser davon ausgehe, dass die Lähmung der linken Hand nur in der Untersuchungssituation demonstriert werde.

Mit Urteil vom 10.02.2017 änderte das SG den Bescheid der Beklagten vom 26.11.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.02.2015 ab und verurteilte die Beklagte, Verletztengeld über den 28.11.2014 hinaus bis zum 24.09.2015 zu gewähren sowie ab dem 25.09.2015 Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H ... Zur Begründung führte es aus, dass der Kläger aufgrund einer unfallbedingten Lähmung der Finger 2 bis 5 der linken Hand seine bis zum Unfall ausgeübte Tätigkeit als Metallbaumeister dauerhaft nicht mehr ausüben könne und damit arbeitsunfähig sei. Eine Aggravation oder Simulation sei ausgeschlossen worden, die fehlende Atrophie der Muskeln erlaube nach dem Sachverständigen Dr. M. keinen Rückschluss auf eine bewusste Simulation. Das um zwei Wochen verzögerte Auftreten von Lähmungserscheinungen spreche nicht gegen einen Unfallzusammenhang, Dr. M. habe zur Konversionssymptomatik ausgeführt, dass der Betroffene das traumatische Erlebnis in somatische Beschwerden umsetze, die seine Gesundheit behinderten. Der Anspruch auf Verletztengeld ende mit Ablauf der 78. Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Ab dem 24.09.2015 bestehe ein Anspruch auf Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H ... Zwar seien die Tabellenwerte für einen Fingerverlust/Teilverlust, nicht zu Grunde zu legen, da es sich um eine psychogene Störung handele, jedoch sei die aktive Beweglichkeit für die Einsetzbarkeit der Finger wesentlich und ein Teilverlust von Zeige- und Mittelfinger bedinge bereits eine rentenberechtigende MdE.

Gegen das der Beklagten am 27.02.2017 zugestellte Urteil (Blatt 129 SG-Akte) hat diese am 21.03.2017 Berufung zum Landessozialgericht Baden- Württemberg eingelegt. Sie macht geltend, dass die Sachverständigen unterschiedliche Diagnosen genannt hätten, es aber der Feststellung der konkreten Gesundheitsstörungen bedürfe. Wenn von einer dissoziativen Bewegungsstörung ausgegangen werde, stelle sich weiterhin die Frage nach Aggravation/Simulation. Das von Dr. M. in Bezug genommene Gutachten des Prof. Dr. D. habe seitens des SG beigezogen werden müssen, darüber hinaus habe die Prüfung, ob eine dissoziative Bewegungsstörung auf den Unfall zurückzuführen sei, nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu erfolgen. Aus einem rein zeitlichen Zusammenhang und der Abwesenheit konkurrierender Ursachen könne bei komplexen Gesundheitsstörungen nicht automatisch auf die Wesentlichkeit der einen festgestellten naturwissenschaftlich-philosophischen Ursache geschlossen werden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10.02.2017 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und legt ergänzend das Gutachten des Prof. Dr. D. vom 30.10.2015 (erstellt für die A. Lebensversicherung, Blatt 22/41 Senatsakte) vor.

Der Senat hat das neurologische-psychiatrische Sachverständigengutachten des Prof. Dr. A. vom 28.05.2018 (Blatt 55/87 Senatsakte) nebst neuropsychologischem Zusatzgutachten der Dr. B. vom 11.06.2018 (Blatt 88/97 Senatsakte) eingeholt, zu dem die Beklagte die beratungärztliche Stellungnahme des Dr. R. vom 09.08.2018 (Blatt 104 ff. Senatsakte) vorgelegt hat.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungs- und Gerichtsakten ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig und begründet. Der Bescheid vom 26.11.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.02.2015 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger kann weder die weitere Gewährung von Verletztengeld noch die Gewährung einer Verletztenrente beanspruchen, sodass das Urteil des SG keinen Bestand haben kann.

I. Streitgegenstand des Verfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 26.11.2014 (Blatt 235 VA) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.02.2015 (Blatt 308 VA). Mit diesem hat die Beklagte zunächst das Ereignis vom 25.03.2014 als Arbeitsunfall anerkannt sowie eine folgenlos ausgeheilte Schulterprellung links mit vorübergehender Einschränkung der Schultergelenksbeweglichkeit und eine folgenlos ausgeheilte Zerrung der Halswirbelsäule als Unfallfolge. Abgelehnt hat sie ausdrücklich u.a. die insoweit auch die benannten Geldleistungen Verletztengeld und Verletztenrente. Der Senat konnte daher feststellen, dass die Beklagte mit dem Bescheid nicht nur über den Arbeitsunfall und damit den Gesundheitserstschaden entschieden hat, sondern auch über die bestehenden Unfallfolgen wie auch über die streitgegenständlichen Geldleistungen eine Regelung getroffen hat. Gegen diese Verwaltungsakte hat sich der Kläger in der Widerspruchsbegründung vom 23.02.2015 (Blatt 310 VA, Eingang bei der Beklagten am 24.02.2015 und damit zeitlich vor dem Widerspruchsbescheid vom 25.02.2015) ausdrücklich gewandt und geltend gemacht, dass die Lähmungserscheinungen im Bereich der linken Hand als Unfallfolge anzuerkennen seien und in die Bewertung der Arbeitsunfähigkeit einfließen müssten. Er hat somit sein Leistungsbegehren auf weitere, von der Beklagten nicht berücksichtigte Unfallfolgen gestützt. Zu den Beschwerden an der linken Hand ist im Widerspruchsbescheid insoweit auch ausgeführt, dass zur Klärung dieser Beschwerdesymptomatik verschiedene Untersuchungen durchgeführt worden seien, sich jedoch keine unfallbedingten Verletzungen hätten nachweisen lassen. Das SG konnte daher umfassend über Verletztengeld und Verletztenrente entscheiden, denn die im angefochtenen Bescheid getroffene Feststellung von Unfallfolgen ist nicht bestandskräftig geworden und die zur Begründung des Verletztengeld- und Verletztenrentenanspruchs angeführte Gesundheitsstörung war bereits Prüfungsgegenstand des Verwaltungs- und Widerspruchsverfahrens.

II. Der Senat hat jedoch die Voraussetzungen für den geltend gemachten Anspruch auf Zahlung von Verletztengeld über den 28.11.2014 hinaus und auf Verletztenrente nicht feststellen können.

Verletztengeld wird erbracht, wenn der Versicherte infolge eines Versicherungsfalles arbeitsunfähig ist und unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen hatte ([§ 45 Absatz 1 SGB VII](#)). Es wird von dem Tag an gezahlt, ab dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt ist und endet u.a. mit dem letzten Tag der - unfallbedingten - Arbeitsunfähigkeit ([§ 46 Absatz 1, Absatz 3 Nr. 1 SGB VII](#)).

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vom Hundert gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vohundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente. Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 vom Hundert mindern ([§ 56 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch Gesetzliche Unfallversicherung SGB VII). Bei Verlust der Erwerbsfähigkeit wird die Vollrente geleistet, bei einer MdE wird eine Teilrente geleistet, die in der Höhe des Vohundertsatzes der Vollrente festgesetzt wird, der der MdE entspricht ([§ 56 Abs. 3 SGB VII](#)). Die Verletztenrente ist von dem Tag an zu zahlen, der auf den Tag folgt, an dem der Anspruch auf Verletztengeld endet oder der Versicherungsfall eingetreten ist, wenn ein Anspruch auf Verletztengeld nicht entstanden ist ([§ 72 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB VII](#)).

In Anwendung dieser Grundsätze konnte der Senat feststellen, dass eine Arbeitsunfähigkeit über den 28.11.2014 hinaus nicht mehr infolge des anerkannten Arbeitsunfalls vorlag (dazu unten 1.) und eine unfallbedingte MdE ab dem 29.11.2014 nicht gegeben ist (dazu unten 2.).

Der Kläger kann die zuletzt noch streitige Feststellung der Lähmungserscheinungen der linken Hand, genauer der Langfinger 2 bis 5, ab dem genannten Zeitpunkt im November 2014 als Unfallfolge nicht beanspruchen, da der Senat einen rechtlich wesentlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis insoweit nicht feststellen konnte. Auch hat der Senat keine anderen Gesundheitsstörungen feststellen können, die als im wesentlichen Zusammenhang mit dem Unfall stehende Erkrankungen als Unfallfolgen in Betracht kämen.

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (BSG, Urteil vom 12.04.2005 - [B 2 U 27/04 R - BSGE 94, 269 = SozR 4-2700 § 8 Nr 15](#), jeweils RdNr 11). 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. Gesundheitsschadens abgeleitet werden ([BSGE 1, 72, 76](#)).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adä-quanztheorie ([BSGE 63, 277, 280 = SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfele (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Bei mehreren Ursachen ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende (Mit-)Ursache auch wesentlich war, ist unerheblich. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (vgl. zum Vorstehenden insgesamt BSG, Urteile vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#), [B 2 U 40/05 R](#) = UV-Recht Aktuell 2006, 419-422, [B 2 U 26/04 R](#) = UV-Recht Aktuell 2006, 497-509, alle auch in juris).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. [BSGE 19, 52](#) = SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO; [BSGE 32, 203](#), 209 = SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO; [BSGE 45, 285](#), 287 = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#), [BSGE 58, 80](#), 83 = SozR 2200 § 555a Nr. 1). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteile vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) und [B 2 U 26/04 R](#) - a.a.O. m.w.H.). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m. w. N.).

1. Nach diesen Maßstäben lag eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit Ende November 2014 nicht mehr vor.

1.1 Aus dem Durchgangsarztbericht des Dr. S. vom 26.03.2014 (Blatt 1 VA) ergibt sich, dass sich keine äußere Verletzung zeigte, an der linken Schulter bestand ein Impingement ab 40° ohne drop arm sowie eine tastbare Schwellung mit Trapezius-Bereich. Die HWS wird als komplett bewegungseingeschränkt mit aufgehobener Umwendlbewegung beschrieben. Dr. K. (Durchgangsarztbericht vom 17.04.2014, Blatt 18 VA) konnte bereits keine Schwellung der Schulter mehr feststellen, beschrieben wird eine mittel- bis endgradige konzentrisch schmerzhafte Bewegungseinschränkung mit leichtem Subakromialsyndrom. Im Befundbericht des Prof. Dr. M. vom 12.05.2014 (Blatt 33 VA) wird die linke Schulter als passiv frei beweglich, bei möglicher aktiver Abduktion nur bis 90° beschrieben, Einschränkungen hinsichtlich der Wirbelsäule sind nicht dokumentiert. Im Befundbericht vom 06.06.2014 (Blatt 60 VA) beschreibt Prof. Dr. M. die Schulterbewegung als aktiv fast frei möglich, im Bericht über die Vorstellung in der Reha-Sprechstunde vom 25.03.2014 (Blatt 174 VA) bestand eine vollständig freie Schulterbeweglichkeit, Wirbelsäulenbeeinträchtigungen sind weder angegeben, noch dokumentiert worden. Die am 25.04.2014 durchgeführte MRT der Halswirbelsäule hat einen altersentsprechenden, unauffälligen Befund ergeben (MRT-Bericht des s. Klinikums K. vom 25.04.2014, Blatt 248 VA). Der Senat konnte daher feststellen, dass die von der Beklagten festgestellten Gesundheitserstschäden Schulterprellung und Zerrung der Halswirbelsäule, wie im Bescheid ausgeführt, folgenlos ausgeheilt sind. Eine Arbeitsunfähigkeit lässt sich aus diesen Befunden über den 28.11.2014 hinaus jedenfalls nicht begründen. Lediglich ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass auch der Reha-Entlassungsbericht vom 31.07.2015 (Blatt 34 SG-Akte) keine Bewegungseinschränkung an der Wirbelsäule angibt und alle Extremitäten als frei beweglich beschreibt. Die von Dr. K. (Gutachten vom 23.09.2015, Blatt 53/58 SG-Akte) beschriebene geringe Bewegungseinschränkung des linken Schultergürtels als Folge des Mindergebrauchs des rechten Arms rechtfertigt die Annahme von unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit nicht, vor allem, da Dr. K. die Einschränkungen keinen organischen bzw. morphologischen Schädigungen zuschreibt, sondern der psychogenen Parese der linken Hand. Im Übrigen überzeugt die Annahme von einer Muskelminderung links unter Berücksichtigung der Befunde in den übrigen Gutachten nicht. Der Sachverständige Dr. M. (Blatt 50 SG-Akte) hat die Schultergelenke als frei beweglich beschrieben und motorische Defizite sowie Paresen verneint. Die Muskelbemannung war seitengleich. Die Schmerzangaben des Klägers gegenüber dem Sachverständigen Prof. Dr. A. im Bereich der Schulter und die eingeschränkte Beweglichkeit (Blatt 72/73 Senatsakte) sind aufgrund des klinischen Verlaufs schon nicht nachvollziehbar und ihr Auftreten vier Jahre nach dem Unfall lassen einen Zusammenhang zu diesem, insbesondere aufgrund nicht festzustellender verbliebener organischer Schäden, nicht erkennen.

1.2 Soweit der Kläger über Schlafstörungen klagt und hierauf unter anderem Konzentrationsschwierigkeiten zurückführt, konnte der Senat, gestützt auf das Sachverständigen Gutachten des Prof. Dr. A. (Blatt 59 Senatsakte) sowie das Gutachten des Prof. Dr. D. (Blatt 38 Senatsakte), feststellen, dass diese bereits vor dem Unfallereignis bestanden und mit diesem daher in keinem Zusammenhang stehen.

1.3 Ein weitergehender Anspruch auf Verletztengeld lässt sich auch unabhängig von der psychiatrischerseits gestellten Diagnose nicht mit einer weiteren somatischen Unfallfolge an der linken Hand begründen.

Der Senat konnte im Bereich der Langfinger 2 bis 5 keine neurologische Schädigung feststellen. Dem Befundbericht des Prof. Dr. G. vom 13.05.2014 (Blatt 43 VA) entnimmt der Senat, dass die umfassende elektrophysiologische Abklärung in allen Teilbereichen regelrechte Befunde ergeben hat. Es fanden sich keine proximalen Blockaden, das MEP war gänzlich unauffällig, sodass sich elektrophysiologisch keine Schädigung objektivieren ließ. Ebenso ergab die neurologische Untersuchung des Prof. Dr. G. vom 17.07.2014 (Befundbericht Blatt 92) motorisch und sensibel elektrophysiologisch regelrechte Armnerven, elektromyographisch fand sich kein Hinweis auf eine axonale Schädigung.

Eine Armplexus-Läsion konnte der Senat nicht feststellen. Zwar ist im Befundbericht des Dr. K. vom 05.05.2014 (Blatt 30 VA) beschrieben, dass im s. Klinikum K. eine Armplexusläsion links diagnostiziert worden sei, jedoch folgt aus Befundbericht des Prof. Dr. M. vom 12.05.2014 (Blatt 33 VA), dass zur weiteren Abklärung ein MRT des Plexus brachialis sowie eine Neurographie veranlasst worden ist. Der Plexus brachialis hat sich danach im MRT als komplett unauffällig und ohne Anhalt für eine Läsion oder Traumafolge dargestellt. Weiterhin verweist Prof. Dr. G. (Befundbericht vom 13.05.2014, Blatt 43 VA) darauf, dass die Vorstellung bei ihm wegen des Verdachts auf eine Armplexus-Läsion erfolgt ist, sodass nicht von einer gesicherten Diagnose ausgegangen werden kann. Nachdem das Reflexmuster regelrecht und die Sensibilität intakt gewesen ist, verneint Prof. Dr. G. überzeugend das Vorliegen einer Armplexus-Läsion. Dass der Chirurg Dr. F. (Befundbericht vom 09.10.2014, Blatt 186 VA) es für möglich erachtet, dass ein Plexus Schaden zeitverzögert auftreten kann, führt zu

keiner anderen Beurteilung, da in den nachfolgenden – neurologischen – Untersuchungen (vgl. KSR-Bericht Dr. K. vom 05.11.2014, Blatt 199) eine solche ebenfalls nicht gesichert werden konnte.

1.4 Auch eine sonstige unfallbedingte körperliche Beeinträchtigung liegt bei dem Kläger jedenfalls ab November 2014 nicht mehr vor. Die durch die Unfälleinwirkung am 25.03.2014 verursachte Schulterprellung und Zerrung der Halswirbelsäule waren zu diesem Zeitpunkt folgenlos ausgeheilt, was sich aus allen zu den Akten gelangten medizinischen Befundberichten ergibt. Dies ist letztlich auch zwischen den Beteiligten nicht streitig.

1.5 Auch eine psychiatrisch zu beurteilende geistig/seelische Erkrankung hat der Senat – neben der Konversionsstörung, siehe unten - ab diesem Zeitpunkt nicht als Unfallfolgen feststellen können.

Entgegen den Darlegungen im Reha-Entlassungsbericht vom 31.07.2015 konnte der Senat das Bestehen einer Anpassungsstörung nicht feststellen. Prof. Dr. G. (Befundbericht vom 13.05.2014, Blatt 45 VA) hat den Kläger als wach, allseits orientiert und zugewandt beschrieben, Denkstörungen wurden verneint und der Affekt als ausgeglichen beschrieben. Im Befundbericht vom 17.07.2014 (Blatt 92 VA) wird ein Hinweis auf Depressivität ausdrücklich verneint und weder im Abschlussbericht Psychotherapie noch im Bericht über die KSR finden sich Hinweise auf eine depressive Symptomatik. Auch haben weder Dr. M. (dieser verneint eine solche ausdrücklich, Blatt 53 SG-Akte) und Dr. S. (diesem gegenüber hat auch der Kläger eine depressive Symptomatik verneint, Blatt 79 SG-Akte) noch Prof. Dr. D. eine depressive Symptomatik im Rahmen ihrer Untersuchungen festgestellt, sodass die Diagnosestellung im Reha-Entlassungsbericht ebenso wenig nachvollziehbar ist, wie die wiederholte Angabe, dass das Ereignis von der Berufsgenossenschaft nicht als Arbeitsunfall anerkannt worden sei, was sich aufgrund des bereits am 26.11.2014 ergangenen Bescheides als falsch erweist und belegt, dass eine unkritische Übernahme der Angaben des Klägers vorliegt, ohne die medizinischen Befunde ausgewertet bzw. eingesehen zu haben.

1.6 Dagegen konnte der Senat das Vorliegen einer psychogenen Lähmung der linken Hand im Sinne einer dissoziativen Störung feststellen. Bei dieser Feststellung stützt der Senat sich auf die überzeugenden Gutachten von Dr. M. vom 20.06.2016, Dr. S. vom 25. 11. 2016 und Prof. Dr. A. vom 28.05.2018.

Dissoziative Störungen (ICD-10 F 44), wie von Dr. S. diagnostiziert, sind Erkrankungen, bei denen es zu teilweiser oder völliger Abspaltung von psychischen Faktoren, wie des Erinnerungsvermögen, eigener Gefühle, der Wahrnehmung der eigenen Person und/oder der Umgebung kommt. Bei Konversionsstörungen treten außerhalb der willkürlichen Steuerung liegende motorische und sensorische Ausfälle auf, bis hin zu psychogener Lähmung von Körperteilen. Für die Diagnosestellung ist der Ausschluss einer körperlichen Erkrankung, der Nachweis krankheitstypischer klinischer Symptome und das Belegen psychogener Verursachung unabdingbar (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, Seite 157).

Psychische Störungen infolge eines Unfallereignisses stellen einen Versicherungsfall dar, wenn sie als Gesundheitsschaden zu bewerten sind und ein rechtlich wesentlicher Ursachenzusammenhang besteht. Auch der regelwidrige geistige und seelische Schaden erfüllt diese Merkmale, wobei Regelwidrigkeit vorliegt, wenn dem Zustand ein Krankheitswert zukommt. Die Frage nach dem Krankheitswert ist eine Rechtsfrage, die im Bereich der Tatsachenfeststellung vom medizinischen Sachverständigen unter zu Grunde legen des Krankheitsbegriffs in der gesetzlichen Unfallversicherung zu beantworten ist (vgl. BSG Urteil vom 09.05.2006 – [B 2 U 26/04](#) -, juris Rdnr. 25f). Vorgetäuschten Störungen (Aggravation, Simulation) ist jeder Krankheitswert abzusprechend (Schönberger/Mehrtens/Valentin, aaO., Seite 158 ff.).

1.6.1 Der Senat konnte sich davon überzeugen, dass bei dem Kläger eine psychogene Lähmung der Langfinger 2 bis 5 gegeben ist. Diese ist zur vollen Überzeugung des Senats diagnostisch gesichert. Eine neurologische oder sonstige körperliche Ursache konnte, wie oben dargelegt, ausgeschlossen werden. Die klinische Symptomatik dahingehend, dass die Langfinger 2 bis 5 nur passiv aber nicht aktiv beweglich gewesen sind, ist bereits durch Prof. Dr. G. beschrieben und durch die nachfolgenden Untersuchungen bestätigt worden. Dem Abschlussbericht über die Reha-Abklärung vom 05.11.2014 (Dr. K. , BGU L. , Blatt 199 VA) ist zu entnehmen, dass die Finger der linken Hand nicht willkürlich angesteuert worden sind und kompensatorisch das linke Handgelenk und der funktionierende Daumen eingesetzt worden ist. Weiterhin hat Prof. Dr. G. (Befundbericht vom 13.05.2014, Blatt 43/51 VA) überzeugend dargelegt, dass für eine Psychogenese auch die Anamnese mit zunächst intakter Motorik, die erst im weiteren Verlauf sekundär betroffen gewesen ist, spricht.

Soweit sich schon aus dem Abschlussbericht Psychotherapeutenverfahren (Dipl. Psych. W. vom 02.10.2014, Blatt 168 VA) sowie aus dem Abschlussbericht Reha-Abklärung vom 05.11.2014 (Blatt 199) Hinweise auf eine Simulation/Aggravation ergeben, sieht der Senat die mitgeteilten Umstände, wie Auffälligkeiten in der Untersuchungssituation sowie bei den Hebe- und Tragetests, als nicht belastbar genug an, um den sicheren Nachweis einer Simulation/Aggravation als geführt anzusehen und der psychogenen Lähmung der Hand jeglichen Krankheitswert absprechen zu können. Hinsichtlich der Darlegungen des Prof. Dr. D. (Blatt 39R Senatsakte), dass die Bemuskulung beider Arme gut ausgeprägt war und sich keine Umfangsdifferenzen zeigten sowie insbesondere die Handmuskulatur seitengleich ausgeprägt gewesen ist, was er als mit einer andauernden Inaktivität der linken Hand unvereinbar beschreibt, hat Prof. Dr. A. ausgeführt, dass die angegebene Reizstromtherapie (Blatt 83 Senatsakte) eine Erklärung für den muskulären Befund zu liefern vermag, sodass sich auch hieraus keine belegbare Simulation ableiten lässt. Eine belegbare Simulation haben auch die Sachverständigen Dr. M. und Dr. S. verneint, wobei die Zusatzgutachterin Dipl. Psych. B. darauf verwiesen hat, dass sich die Beschwerdeschilderung an den Langfingern einer Testung auf Simulation entzieht (kein empirisch abgesicherter Validierungstest, Blatt 95 Senatsakte). Die von ihr durchgeführte Verhaltensbeobachtung in einem psychomotorischen Testverfahren (Alertness; Beobachtung des Klägers bei der Bedienung von Tasten) ergab ebenfalls keinen Hinweis für eine willentliche Antwortverzerrung. Letztlich hat auch Dr. R. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 09.08.2018 (Blatt 104 ff. Senatsakte) das Bestehen einer Konversionsstörung bestätigt ("kein Zweifel", Blatt 100 Senatsakte).

Hinsichtlich der diagnostischen Einordnung hat der Sachverständige Dr. S. überzeugend dargelegt, dass eine Klassifikation nach ICD-10 F44.4 zu erfolgen hat (Dissoziative Bewegungsstörung), da bereits aus der Überschrift "Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)" deutlich wird, dass unter die Diagnose F44.- auch Konversionsstörungen zu fassen sind.

Die Darlegungen des Dr. S. , dass, entgegen der Auffassung des Sachverständigen Dr. M. , keine F 68.0 (andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) zu kodieren ist, entspricht der unfallversicherungsrechtlichen Literatur. Bei der F68.- handelt es sich nämlich um eine Restkategorie, die definiert ist als Gruppe von Symptomen vereinbar und ursprünglich verursacht durch eine gesicherte körperliche Störung,

Krankheit oder Behinderung, die wegen des psychischen Zustandes des Betroffenen aggraviert werden oder länger anhalten. Die Begriffe Rentenneurose und Unfallneurose (die in F68.0 als umfasst beschrieben werden) sind jedoch überholt und für sozialmedizinische Fragestellungen nicht mehr zu verwenden (Schönberger/Mehrtens/Valentin, aaO., Seite 158).

Entgegen der Auffassung der Beklagten steht der Annahme einer nachgewiesenen psychischen Erkrankung nicht entgegen, dass die Sachverständigen Dr. M. und Dr. S. zu einer unterschiedlichen diagnostischen Einordnung gelangt sind. Nach der Rechtsprechung des BSG ist Voraussetzung für die Anerkennung von psychischen Gesundheitsstörungen als Unfallfolge die Feststellung der konkreten Gesundheitsstörungen, die bei dem Verletzten vorliegen. Angesichts der zahlreichen in Betracht kommenden Erkrankungen und möglicher Schulenstreite sollte diese Feststellung nicht nur begründet sein, sondern aufgrund eines der üblichen Diagnosesysteme und unter Verwendung der dortigen Schlüssel und Bezeichnungen erfolgen, damit die Feststellung nachvollziehbar ist. Denn je genauer und klarer die bei dem Versicherten bestehenden Gesundheitsstörungen bestimmt sind, um so einfacher sind ihre Ursachen zu erkennen und zu beurteilen sowie letztlich die MdE zu bewerten. Begründete Abweichungen von diesen Diagnosesystemen aufgrund ihres Alters und des zwischenzeitlichen wissenschaftlichen Fortschritts sind damit nicht ausgeschlossen (BSG, Urteil vom 09.05.2006 – B 2 U 1/05, juris RdNr. 22 f.). Sowohl Dr. M. als auch Dr. S. haben als krankhaften psychischen Befund eine psychogene Lähmung der Finger der linken Hand festgestellt, sodass der Senat keinen differierenden Befund feststellen kann, sondern lediglich eine abweichende Kodierung, wobei Dr. M. auf eine Restkategorie ausweicht, ohne die F44.- überhaupt in Betracht gezogen zu haben. Stellung genommen hat dieser vielmehr nur zu einer Anpassungsstörung und einer posttraumatischen Belastungsstörung. Gleichwohl hat auch Dr. M. abschließend eine Konversions symptomatik angenommen. Nachdem beide Sachverständigen sowohl Simulation und Aggravation ausgeschlossen haben, rechtfertigt sich das Abstellen auf eine Restkategorie, die gerade auch Renten neurosen umfasst, nach dem Ergebnis beider Gutachten nicht. Der Umstand, dass die Gesundheitsstörung als solche nicht in Frage steht, sondern nur deren diagnostische Einordnung ergibt sich deutlich auch aus dem Ergebnis des Sachverständigengutachtens des Prof. Dr. A. , der von einer dissoziativen Bewegungsstörung in Form einer psychogenen Parese der linken Hand ausgeht (Blatt 85 Senatsakte). Lediglich ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass auch der Beratungsarzt der Beklagten, Dr. R. (beratungsärztliche Stellungnahme vom 09.08.2018, Blatt 104 ff. Senatsakte), die Diagnose einer Konversionsstörung und damit eines unter die ICD-10 F44.4 fallenden Krankheitsbildes bestätigt hat, ohne dieses wegen Simulation oder Aggravation in Frage zu stellen. Nachdem sich die Beklagte der beratungsärztlichen Stellungnahme ausdrücklich angeschlossen hat, wird deutlich, dass sie an ihrem entgegengesetzten Sachvortrag zur Berufungsbegründung nicht festhält.

1.6.2 Für diese Gesundheitsstörung lag aber jedenfalls zum Zeitpunkt Ende November 2014 ein wesentlicher Zusammenhang mit der Unfalleinwirkung am 25.03.2014 nicht bzw. nicht mehr vor.

Der in den Sachverständigengutachten der Dres. M. , S. und A. zum Ausdruck kommenden Rechtsauffassung, dass es ausreichend ist, eine Simulation positiv auszuschließen, um den Begleitumständen keine für die Frage der Unfallfolge maßgebliche Bedeutung beimessen zu können, folgt der Senat nicht. Neben der Feststellung der psychischen Störung mit Krankheitswert bedarf es des Weiteren eines Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und der psychischen Störung, wobei die aufgezeigten Inkonsistenzen in die Kausalitätsprüfung einzubeziehen sind. Aus den Gutachten von Dr. M. , Dr. S. und Prof. Dr. A. ergibt sich, dass die von den Sachverständigen diagnostizierte psychische Störung ein komplexes Krankheitsbild umfasst, das einer multifaktorigen Genese unterliegt. Es besteht eine Abhängigkeit zwischen Persönlichkeitsstruktur und äußeren Bedingungen als Mitfaktoren. Dr. S. führt hierzu aus, dass bestimmte Belastungssymptome aufgrund der individuellen Persönlichkeitsdisposition verstärkt wahrgenommen und akzentuiert werden und im Falle des Klägers eine Besserung der Krankheitseinsicht nicht möglich sei (Seite 92 der SG Akte).

Der Beratungsarzt der Beklagte, Dr. R. , hat in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 09.08.2018 (Blatt 104 ff. Senatsakte) im Wesentlichen damit übereinstimmend für den Senat überzeugend dargelegt, dass Konversionsneurosen ursächlich psychogen sind und oft in enger zeitlicher Verbindung mit traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder aber auch gestörten Beziehungen stehen. Dr. R. beschreibt das somatische Krankheitskonzept und das Ablehnen einer psychischen Beteiligung als typisch für die Konversionsstörung und weist schlüssig darauf hin, dass sich die Begutachtung in der Regel deshalb als schwierig darstellt, weil Fragen nach früheren "life events" und Störungen der psychosexuellen Entwicklung abgeblockt werden. Weiter führt Dr. R. aus, dass Konversionsbildungen somit eigenständige Lösungsstrategien mit einer Fülle von innerseelischen, interpersonellen und sozialen Konflikten darstellen, um durch die Identifikation mit einer bestimmten Krankheitsrolle fertig zu werden, wobei der Konfliktlösungsmodus nicht an eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur gebunden ist, jedoch in der Persönlichkeitsstruktur des Patienten gründet. Letztlich verweist Dr. R. darauf, dass zu differenzieren ist, ob dem Unfallgeschehen die Bedeutung einer wesentlichen oder unwesentlichen Teilursache zukommt.

Unter Beachtung dieser von Dr. R. überzeugend dargelegten, auf der Persönlichkeitsstruktur des Klägers beruhenden Psychodynamik gelangt der Senat zu der Beurteilung, dass die dissoziative Bewegungsstörung des Klägers zwar - zu seinen Gunsten angenommen - unfallbedingt entstanden sein mag, jedoch aus medizinischer Sicht nach Abklingen der körperlichen Unfallfolgen, die durch die Schulterprellung und HWS-Zerrung verursachten Beschwerden, im Rechtssinne ein Wechsel der Wesensgrundlage eingetreten ist, wonach das Unfallgeschehen an der Aufrechterhaltung der psychischen Erkrankung nicht mehr wesentlich beteiligt ist.

Soweit Dr. R. in diesem Zusammenhang den anerkannten Arbeitsunfall als Gelegenheitsursache für die auch von ihm angenommene Diagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung bewertet und damit einen wesentlichen Kausalzusammenhang verneint, obgleich er übereinstimmend mit den Sachverständigen nicht von einer pathologischen Persönlichkeitsstörung des Klägers ausgeht, es somit an einer unfallvorbestehenden - hier psychischen - Gesundheitsschädigung fehlt und eine solche überdies nicht durch eine austauschbare Alltagsbelastung akut geworden oder verschlimmert worden ist, ist dies eine vom Mediziner vorgenommene Bewertung nach juristischen Kategorien, die der Senat bei seiner Kausalitätsprüfung anhand der medizinischen Ausführungen der Sachverständigen und des Beratungsarztes selbst vorzunehmen hat. Danach steht für den Senat fest, dass die Persönlichkeitsstruktur des Klägers ihn dazu veranlasst, in psychosozialen Belastungssituationen eine Krankheitsrolle einzunehmen, die der von den Sachverständigen umschriebenen Persönlichkeitsstruktur einer narzisstischen Selbstregulation folgend eine Entlastung/Entschuldigung bietet, wenn er glaubt, den eigenen, selbstgesetzten hohen Maßstäben seiner rein subjektiven Einschätzung nach nicht gerecht werden. Kennzeichnend hierfür ist auch, die Verharmlosung oder das Negieren des psychischen/sozialen Konflikts, in dem die Krankheitsrolle als eigentliche Entlastung dient. Hiervon ausgehend ist der Senat zu der Bewertung gelangt, dass das Unfallereignis und die zum Unfallzeitpunkt psychiatrisch nicht als krankheitswertig zu beschreibende Persönlichkeitsstruktur an der Entstehung der Konversionsstörung beteiligt gewesen sein mag.

Mit Dr. R. geht der Senat aber davon aus, dass das Unfallereignis, insbesondere die Art und Ausprägung der tatsächlichen Unfallwirkung, völlig in den Hintergrund getreten sind (nachstehend 1.6.21) und die sich auch mit Verzögerung entwickelte psychische Störung allein durch unfallfremde Faktoren unterhalten wird (nachstehend 1.6.22). Dies ist nach Überzeugung des Senats eine zumindest im Laufe der Zeit eingetretene psycho-dynamische Entwicklung, die jedenfalls im November 2014 abgeschlossen war und das Unfallereignis spätestens zu diesem Zeitpunkt als nicht mehr wesentliche Bedingung für die Latenz der Konversionsstörung erscheinen lässt.

Die Ausführungen des Beratungsarztes Dr. R. stehen in Einklang mit der unfallversicherungsrechtlichen Literatur. Auch danach hat die Kausalitätsbeurteilung im ersten Schritt auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über Ursachenzusammenhänge zwischen gewissen Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Dies schließt die Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Heranzuziehen ist die für die Psychiatrie und Psychologie einschlägige Literatur, insbesondere zur Begutachtung, auch die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sowie aktuelle, wissenschaftliche Veröffentlichungen, zur Einordnung der Erkrankung nach den allgemein anerkannten Diagnoseschlüsseln ICD-10 oder DSM-V (vgl. BSG Urteile vom 09.05.2006 [a.a.O.](#)). Im zweiten Schritt ist zu klären, ob die versicherte Ursache direkt oder mittelbar für die psychische Gesundheitsstörung gemäß der Theorie der wesentlichen Bedingung bestimmend war. Eine sich im weiteren Krankheitsverlauf entwickelnde psychische Störung erlangt als psychischer Folgeschaden rechtliche Bedeutung im Rahmen haftungsausfüllender Kausalität, soweit dadurch die Abheilung oder Überwindung der Verletzungs- und Erkrankungsfolgen beeinträchtigt oder Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation bzw. zur Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gemeinschaft behindert oder über organische Schäden hinausgehende Beeinträchtigungen der Befindlichkeit verursacht werden, welche spezielles rehabilitatives Vorgehen erfordern oder zu einer Erweiterung der sonstigen Entschädigungsansprüche führen. Psychische Störungen nach einem Unfall entwickeln sich auf Grund komplexer Wechselwirkungen zwischen krankheitsverursachenden, -fördernden und -unterhaltenden Faktoren. Die Zusammenhängebeurteilung berührt daher prinzipielle Fragen zur Kausalität. Grundlagen der Kausalitätsbeurteilung sind - der Schweregrad des Unfallereignisses (Dramatik des äußeren Ablaufs, Schwere und Lebensbedrohlichkeit, Verlauf und Probleme der somatischen Behandlung, Schmerzsyndrom, Dauer der Arbeitsunfähigkeit) - Schweregrad des Unfallereignisses (als subjektives Phänomen: zu berücksichtigen der Zeitpunkt in der biografischen Situation des Verletzten, schwere Verletzungen oder Tod Mitbeteiligter, Verletzung von Organen mit besonderer Bedeutung, wie Gehirn, Herz, Genitalien, Haut, äußeres Aussehen) - Persönlichkeitsstruktur und individuelle Bewältigungsressourcen (unter Einbeziehung sozialer und beruflicher Verhältnisse, von Alter und Lebenssituation). Die Bewältigung bisheriger belastender Ereignisse gibt Hinweise auf die Reaktion nach Unfall. Bei psychischen Auffälligkeiten vor dem Unfall deuten qualitative Unterschiede und quantitative Beschwerdeverstärkung eher auf den ursächlichen Zusammenhang - nachgewiesene Vorerkrankungen (soweit psychopathologische Vorerkrankungen zum Unfallzeitpunkt gesichert sind, ist die "Gelegenheitsursache" zu erörtern) - mögliche sekundäre Motive, Begehrenhaltungen und Wunschkonstruktionen (Umfeld- und Psychosoziale Faktoren fließen ein, Wunsch nach Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, Kompensationswunsch, sekundärer Krankheitsgewinn, auch Beziehung zum behandelnden Arzt als krankheitsunterhaltender Faktor) (Schönberger/Mehrtens/Valentin, aaO., Seite 162 ff.).

1.6.21 a) Zum Unfallereignis am 25.03.2014 konnte der Senat, gestützt auf die Unfallanzeige vom 23.04.2014 (Blatt 20 VA) feststellen, dass der Kläger einer von vier Mann war, die ein 200 kg schweres Vordach trugen und einer der Träger aus dem Gleichgewicht kam, sodass das Vordach kippte und dem Kläger auf die Schulter fiel. Dies entspricht auch den Angaben im Durchgangsarztbericht des Dr. P. vom 26.03.2014 (Blatt 1 VA), nachdem dem Kläger beim Heruntertragen eines Metallvordachs ihm dieses auf die linke Schulter gefallen sein soll. Ein schweres Unfallereignis im Sinne einer besonderen Dramatik oder Gefährlichkeit hat daher ebenso wenig vorgelegen, wie eine entstellende Verletzung. Die Prellung der Schulter ist in zeitlich überschaubarem Rahmen ausgeheilt, besondere Probleme bei der Behandlung stellten sich nicht.

Einschränkungen im Bereich der Langfinger werden erstmals im Nachschaubericht des Dr. P. vom 03.04.2014 (Blatt 3 VA) beschrieben, wobei nur eine deutlich abgeschwächte Flexion der Finger 2 bis 3 in sämtlichen Gelenkabschnitten beschrieben ist, auch der Zwischenbericht des Dr. R. vom 09.04.2014 (Blatt 15 VA) weist nur eine eingeschränkte Beugung der Finger ohne erkennbare Pathologie aus. Eine nicht mehr mögliche aktive Streckung und Beugung im Bereich der Langfinger ergibt sich erst aus dem Durchgangsbericht des Dr. W. vom 17.04.2014 (Blatt 18 VA), sodass festzustellen ist, dass die psychische Reaktion erst mit zeitlicher Verzögerung aufgetreten ist und nicht zeitnah zum Unfallgeschehen sowie eine Zunahme des Beschwerdebildes vorliegt, ohne dass äußere Umstände erkennbar wären, die eine solche Zunahme erklären könnten. Weder lässt sich eine verzögerte Besserung im Bereich von Schulter und Halswirbelsäule feststellen, noch hat das Ereignis zu sichtbaren körperlichen Beeinträchtigungen geführt, die eine psychische Reaktion begründen könnten. Zwar ist ein Gesundheitserstschaden nicht grundsätzlich dadurch ausgeschlossen, dass die Symptomatik erst später auftritt und erst dadurch die Diagnosestellung gesichert ist (Senatsurteil vom 17.05.2013 - L 8 U 262/12, juris RdNr. 40), jedoch muss vorliegend berücksichtigt werden, dass weder ein organischer Schaden im Bereich der Langfinger eingetreten, noch eine besondere psychische Belastung festzustellen ist. Bereits aufgrund des zeitlichen Zusammenhangs hat Dr. K. (KSR-Bericht vom 05.11.2014, Blatt 199 VA) einen Kausalzusammenhang ausgeschlossen. Dass Dr. K. rechtlich unzutreffend auf eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung verweist und dabei verkennt, dass gemäß [§ 40 Absatz 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) Leistungen der medizinischen Rehabilitation durch die Krankenkasse nur erbracht werden, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können, hier aber eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit im Sinne der [§§ 10, 11](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) gegeben ist, mit der Folge einer Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung, ist nicht entscheidungsrelevant.

Auch wenn der Senat eine Simulation als nicht nachgewiesen erachtet (vgl. oben), ist im Rahmen der Kausalitätsbewertung sowohl hinsichtlich der Schwere des Unfallereignisses, wie auch des subjektiven Erlebens desselben zu berücksichtigen, dass die BGU L. (Abschlussbericht vom 05.11.2014, Blatt 199) beschrieben hat, dass der Kläger in der Lage war, das Hosenbein hochzuziehen und die Finger bei Eistauchbädern bewegt worden sind. Dem Gutachten des Prof. Dr. D. vom 30.10.2016 (Blatt 39 Senatsakte) entnimmt der Senat, dass der musculus abductor pollicis nach mehrfachen Aufforderungen und Versuchen vollkräftig innerviert wurde, beim An- und Ausziehen wurden die Hände seitengleich eingesetzt und wiederholt mit Daumen und Zeigefinger nach der Hose bzw. den Socken gegriffen worden ist. Weiter war der Kläger in der Lage, ein Kuvert mit ärztlichen Unterlagen in der linken Hand zu tragen (Blatt 32 Senatsakte) und hat dem Gutachter gegenüber angegeben, jährlich mit seinem Automatik-PKW circa 10.000 Kilometer zu fahren. Gegenüber Dr. S. hat der Kläger sogar einen Autounfall durch Zusammenstoß mit einem anderen PKW im April 2014 und damit kurz nach Unfall vom 25.03.2014 sowie im Zeitraum des Auftretens der Lähmungserscheinungen angegeben (Blatt 80 VA). Eine massive Belastung durch die Funktionseinschränkung an den Fingern ist daher nicht dokumentiert, vielmehr kommt eine möglicherweise nicht völlig bewusste wechselvolle Gebrauchsfähigkeit der Hand zum

Ausdruck, so dass eine intensive seelische Belastung durch die Funktionseinschränkung sich nicht aufdrängt.

Dass der Kläger in Kenntnis des Gutachtens Prof. Dr. D. bei den Sachverständigen Dr. M. , Dr. S. und Prof. Dr. A. die linke Hand in der Untersuchungssituation nicht eingesetzt hat, führt vor dem Hintergrund der Angaben des Klägers gegenüber der Sachverständigen Dr. B. zu keiner anderen Beurteilung. Dieser gegenüber hat er einschränkend angegeben, im Auto den Drehschalter für das Licht mit der rechten Hand bedienen zu können, im Falle einer Vollbremsung zu versuchen, sich mit der betroffenen Hand abzustützen und sich beim Autofahren nicht eingeschränkt zu fühlen (Zusatzgutachten der Dr. B. vom 11.06.2018, Blatt 92 Senatsakte), wobei der Senat diese Ausführungen als nachträglichen und nicht überzeugenden Erklärungsversuch hinsichtlich der gegen eine Lähmung sprechenden Umstände im Gutachten Prof. Dr. D. wertet. Entsprechendes gilt dafür, dass der Kläger mit Krankenunterlagen in der linken Hand zu der Untersuchung bei Dr. M. erschienen ist (vgl. Blatt 51 SG-Akte) und sogleich mitgeteilt hat, dieses leichte Paket nur mit der natürlichen Beugung der Finger und mit einer gewollten Beugung des Handgelenks halten zu können.

Zum psychosozialen Befund ist dem Reha-Entlassungsbericht im Einklang zu der von Dr. R. beschriebenen Psychodynamik zu entnehmen (Blatt 37 SG-Akte), dass der Kläger im Sinne einer Ursachenklärung seiner aktuellen psychischen Problematik die Wechselwirkungen zwischen Vulnerabilität, negativen Grundüberzeugungen und aktuellen Belastungspotentialen nicht erkennen konnte und die Ursachenzuschreibung weitgehend auf organischer Ebene blieb. Die Erörterung der Wirkung des Verstärker-Verlust-Modells, des Hilflosigkeitmodells und des Modells der negativen Kognition und Schemata brachte nur einen leichten Fortschritt dahingehend, dass der Kläger lernte, einem Teil des dysfunktionalen Bewegungsmusters funktionale Bewertungen gegenüberzustellen. Dem Sachverständigengutachten des Dr. M. vom 20.06.2016 (Blatt 53 SG-Akte) ist zu entnehmen, dass die Persönlichkeitsstruktur des Klägers von der Diskrepanz zwischen eigentlichem Leistungsvermögen und positiver Selbsteinschätzung, erhöhter Sensitivität mit niedriger Schmerzschwelle und rascher Verweigerung bei körperlichen Beschwerden geprägt ist. Dr. S. (Blatt 92 SG-Akte) beschreibt, dass der Kläger persönlichkeitspezifisch leicht ängstlich/zwanghafte und narzisstische Persönlichkeitszüge erkennen lässt unter anderem in Form der Abwehrmechanismen der Rationalisierung, Verdrängung und Somatisierung.

b) Insbesondere konnte der Senat gestützt auf das Sachverständigengutachten Dr. M. feststellen, dass bei dem Kläger bereits vor Jahren (während der Bundeswehrzeit) eine lange Beschwerde- und Behinderungspersistenz nach wahrscheinlich banaler Erkrankung (Schwellung beider Sprunggelenke) vorgelegen hat (vgl. auch die anamnestischen Angaben im Befundbericht der Dr. K. vom 27.10.2011, Blatt 131 VA). Diesbezüglich hat der Neurologe und Psychiater Dr. D. ausgeführt, dass trotz der geklagten verbliebenen Beschwerden am rechten Fuß keine neurologische Erklärung zu finden war (Befundbericht vom 17.10.2011, Blatt 137 VA), einen rheumatologischen Interventionsbedarf hat die Internistin Dr. K. bei immunologisch unauffälligen Parametern verneint (Befundbericht vom 27.10.2011, Blatt 131/132 VA). Somit liegen auch bezüglich der seinerzeitigen Erkrankung Beschwerdeangaben ohne festzustellenden organischen Befund vor. Aus dem Sachverständigengutachten des Prof. Dr. A. (Blatt 61 Senatsakte) ergibt sich diesbezüglich weiter, dass sich der Kläger offensichtlich aufgrund der früheren Erkrankung, hinsichtlich derer gerade kein verbliebener Befund zu erheben war, erneut hat krankschreiben lassen, was zu einem Abbruch der Umschulung durch die Deutsche Rentenversicherung geführt zu haben scheint. Weiter kann dem Auszug aus der Patientenakte des Dr. K. (Blatt 125 VA) entnommen werden, dass es am 09.02.2011 beim Anheben eines Brandschutzelementes zu einem plötzlichen Schmerz im Bereich des Brustbeins gekommen sein soll, hinsichtlich dessen Dr. K. keinen pathologischen Befund erheben konnte und ein "echtes Unfallereignis" ausdrücklich verneint hat, dennoch weitere Vorstellungen mit subjektiven Beschwerdeangaben erfolgt sind (11.02.2011; 14.02.2011; 21.02.2011 und 22.02.2011), ohne dass sich ein objektiver Befund ergeben hätte. Damit ist die von den gerichtlichen Sachverständigen und Dr. R. beschriebene Persönlichkeitsstruktur des Klägers an den auch vor dem Unfall aufgetretenen Verhaltensmustern zu erkennen, die als unfallvorbestehender Faktor an der Ursachenkette mit dem Ergebnis einer Konversionsstörung gleichkommenden Somatisierung beteiligt ist.

c) Weiter konnte Dr. M. trotz der geklagten schweren Lähmung der linken Hand nur eine geringe affektive Beteiligung feststellen, wie dies bereits von dem Dipl. Psych. W. beschrieben worden ist. Dieser hat im Erstbericht vom 24.08.2014 darauf hingewiesen, dass Therapiemotivation und Problembewusstsein noch geprüft werden müssten (Blatt 151 VA) und im Abschlussbericht vom 02.10.2014 (Blatt 168 VA) angegeben, dass das Ausmaß der Beschwerden nicht mit einem Therapiewunsch korrelierte. Dies wird durch die Untersuchungsergebnisse des Prof. Dr. A. bestätigt, der eine relative Gleichgültigkeit des Klägers gegenüber den Einschränkungen beschreibt (Blatt 84 Senatsakte). Dr. M. führt weiter aus, dass dem Kläger weniger die Schädigung selbst, als ihre mangelnde Anerkennung Sorge bereitet hat und es widersprüchlich erscheint, dass der Kläger zwar die Tatsache von unauffälligen somatischen Befunden und die Möglichkeit einer psychogenen Ursache anerkennt, für sich aber auf einer somatischen Unfallfolge bestand. Der Sachverständige Dr. S. hat diesbezüglich überzeugend dargelegt, dass der Kläger persönlichkeitspezifisch körperliche Beschwerden unter bestimmten psychischen/psychosozialen Belastungssituationen verstärkt wahrnimmt und akzentuiert sowie eine Verbesserung der Lähmungssymptomatik nur durch eine Krankheitseinsicht zu erwarten ist, der die Persönlichkeitsstruktur des Klägers entgegensteht (Blatt 92 SG-Akte). Insoweit hat Dr. R. überzeugend dargelegt, dass die geringe Therapiemotivation als symptomunterhaltend anzusehen ist und Probleme der narzisstischen Selbstwertregulation angesichts überhöhter Selbstanforderungen, die nicht zu erfüllen waren, als Ursache zu diskutieren sind (Blatt 112/113 Senatsakte). Dies deckt sich mit den Ausführungen des Dr. S. , der den Kläger als verdrängend, leicht aggressionsgehemmt und bagatellisierend beschrieben (Blatt 84 SG-Akte) und auf eine fehlende Krankheitseinsicht und das Festhalten an der somatischen Ursache der Beschwerden verwiesen hat.

Der rechtlichen Wertung des Dr. S. dahingehend, dass Persönlichkeitsmerkmale solange unberücksichtigt bleiben müssen, wie sie keinen eigenen Krankheitswert haben und dass die Persönlichkeitsstruktur des Klägers diesem nicht angelastet werden könne und juristisch keine *conditio sine qua non* darstelle, folgt der Senat nicht. Neben der naturwissenschaftlichen Kausalität bedarf es, wie dargelegt, der wertenden Zurechnung in dem Sinne, dass das Unfallereignis rechtlich wesentliche Ursache für Gesundheitsschäden sein muss und im Rahmen dieser Prüfung haben die Persönlichkeitsmerkmale Berücksichtigung zu finden, auch wenn sie keinen Krankheitswert erreichen und daher selbst nicht als Gesundheitsschaden anerkannt werden können. Dementsprechend hat sich die Prüfung, entgegen der Rechtsmeinung des Dr. S. , nicht auf die Frage einer Verschlimmerung einer vorbestehenden Erkrankung (vgl. Blatt 95 SG-Akte) zu beschränken. In diesem Sinne hat der Senat bereits entschieden, dass Maßstab der wertenden Beurteilung nur sein kann, dass nach wissenschaftlichem Erkenntnisstand aus objektiver Sicht ein Zusammenhang herzustellen ist, die rein subjektive Sicht des Versicherten nicht ausreicht und es für einen Zusammenhang unzureichend ist, dass das Unfallgeschehen lediglich einer unter mehreren Faktoren ist, der zur Entwicklung der somatoformen Erkrankung geführt hat (Senatsurteile vom 27.08.2010 - [L 8 U 1427/10](#), juris und 26.01.2018 - [L 8 U 1570/15](#), n.v.). Die bloße subjektive Zuschreibung des Unfalls als Ursache von Gesundheitsstörung durch den Versicherten begründet von vornherein keinen

Unfallzusammenhang (vgl. zuletzt Senatsurteil vom 26.01.2018, [a.a.O.](#)).

d) Der Senat konnte weiter feststellen, dass der Kläger engmaschig behandelt wurde und die notwendigen Untersuchungen eingeleitet und durchgeführt wurden. Nach der Angabe der Bewegungseinschränkungen der Finger ist eine neurologische Abklärung (durch Prof. Dr. G. ) erfolgt, nachdem dieser eine psychogene Ursache der Lähmung vermutet hat, wurde das Psychotherapeutenverfahren (bei Dipl. Psych. W. ) eingeleitet und zum Abschluss gebracht. Letztlich ist die Reha-Sprechstunde mit ärztlicher Begleitung (S.klinik B., 06.10.2014) durchgeführt worden und im Anschluss hieran die stationäre Reha-Abklärung vom 20.10.2014 bis 24.10.2014 (BGU L. ), in der sodann die Indikation für eine stationäre Rehabilitation gesehen wurde, welche die Deutsche Rentenversicherung dann auch durchgeführt hat. Eine durch die von der Beklagten geschuldete notwendige Heilbehandlung verursachte besondere psychische Belastung des Klägers ist dem durchgeführten Heilverfahren somit nicht zu entnehmen. Soweit Heilbehandlungsmaßnahmen abgebrochen worden sind, wie die bei Dipl.-Psych. W. eingeleitete Psychotherapie, beruhen sie nicht auf Unzulänglichkeiten der Therapeuten oder verzögertem Verwaltungshandeln der Beklagten, sondern auf dem Verhalten des Klägers, das selbst wiederum nicht mit dem Unfallereignis in Verbindung zu bringen ist.

e) Hinsichtlich der beruflichen Situation hat der Kläger gegenüber dem Sachverständigen Dr. S. auf dessen Nachfrage, ob der Kläger gelernt habe, Verantwortung zu übernehmen, angegeben, dies zwar erlernt zu haben, jedoch ergänzend ausgeführt, dass er seinem Chef gesagt habe, keine Lehrlinge mehr zugeteilt bekommen zu wollen. Mit diesen habe er nichts anfangen können, diese seien untauglich gewesen und er habe sie nur mit Fegen beschäftigen können. Die Lehrlinge seien immer dümmer geworden, wenn er ihnen gesagt habe, dass sie einen Schraubenzieher holen sollten, seien sie nach einer halben Stunde mit einem Hammer wiedergekommen. Auch wenn der Kläger gleichzeitig angegeben hat, keine finanziellen Vorteile durch die Lähmung der Hand zu haben und deshalb jetzt eine Umschulung machen zu müssen, die er eigentlich gar nicht wolle, zeigen die Ausführungen dennoch, dass der Kläger eine der zentralen Aufgaben des Meisters, nämlich die Ausbildungen von Lehrlingen, ablehnt. Dementsprechend wird in dem Reha-Entlassungsbericht vom 31.07.2015 (Blatt 34 SG-Akte) nur angegeben, dass der Kläger im Grunde zufrieden mit dem Arbeitsplatz gewesen ist, was mit seinen späteren Angaben bei der Begutachtung durch Dr. S. nicht ohne weiteres zu vereinbaren ist und außerdem durch das eigene Verhalten nach dem Unfall gegenüber seinem Beschäftigungsbetrieb auch zu hinterfragen ist. Passend hierzu hat der Arbeitgeber gegenüber der Beklagten mehrfach mitgeteilt (Aktenvermerke vom 29.07.2014 und 12.11.2014, Blatt 80 und 213 VA), dass sich der Kläger nicht melde und dieser nicht erreichbar sei. Diese Umstände lassen sich mit der Annahme, dass der Kläger ein ernsthaftes Interesse an der Fortführung der Tätigkeit hat, nicht vereinbaren. Weiterhin hat der Kläger im Rahmen der Reha-Sprechstunde (vgl. Bericht Blatt 175 VA) angegeben, dass der Arbeitgeber nach dem Unfall zunächst viel Stress und Druck gemacht habe, dass er zeitnah die Arbeit wiederaufnehmen solle, er jetzt von seinem Arbeitgeber Ruhe habe und sich ggf. eine andere Beschäftigung suchen zu wollen. Dementsprechend hat der Kläger auch eingeräumt, zwischenzeitlich keinen Kontakt zum Arbeitgeber mehr zu haben, was zum einen ebenfalls gegen ein ernsthaftes Interesse an der Fortführung des Arbeitsverhältnisses spricht, zum anderen zu der sich in schulischen Problemen und des narzisstisch übersteigerten IQ von 160 ausdrückenden narzisstischen Selbstwertregulationsstörung, auf die Dr. R. (Blatt 112 Senatsakte) verweist, passt. Letztlich hat Prof. Dr. D. auf eine zunehmende Motivation des Klägers, sich beruflich zu verändern, verwiesen (Blatt 36 Senatsakte), worin ebenfalls die berufliche Konfliktlage zu Ausdruck kommt. Da die körperlichen Beschwerden aus der Schulterprellung und HWS-Zerrung, wie oben dargelegt, im April 2014 ausgeheilt waren, wird aus diesen Umständen für den Senat ersichtlich, dass die im November 2014 erfolgte Berufsaufgabe (vgl. Gesprächsnotiz vom 12.11.2014, Bl. 213 der BG-Akte, über Telefonat mit dem Arbeitgeber, wonach der für ihn unerreichbare Kläger per Fax gekündigt habe) allein auf den in der Persönlichkeit des Klägers gründenden Motiven - neben der psychogenen Lähmung, dazu aber unten - beruht; diese Motive sind aber nicht auf den Unfall bezogen gewesen.

Unter Abwägung dieser Gesichtspunkte konnte der Senat das Unfallereignis nicht -mehr- als rechtlich wesentliche Ursache für die psychogene Lähmung der Langfinger der linken Hand feststellen. Der Schwere des Unfallereignisses konnte nur vorübergehende Bedeutung für die für den Kläger typische psychoreaktive Verarbeitung einer Belastungssituation zukommen. Das Unfallereignis, das nicht mit einer lebensbedrohenden Unfallwirkung oder einer drohenden schweren Verletzung verbunden war, hat den Kläger, wie dargelegt, nicht besonders affektiv berührt, die körperlichen Unfallfolgen waren alsbald ausgeheilt, wie dargelegt, und die hierfür erforderliche Behandlung war objektiv ohne besondere psychische Belastungen, die dem Verantwortungsbereich der Behandler oder der Beklagten zuzurechnen wären, erfolgt, wie ebenfalls dargelegt worden ist. Eine zeitüberdauernde psychische Alteration durch das Unfallereignis und seine Auswirkungen hat der Senat nicht feststellen können.

1.6.22 Dagegen ist für den Senat erkennbar geworden, dass für die beschriebene Psychodynamik mit dem persönlichkeitsimmanenten Ziel der Entlastung für sich selbst und gegenüber der Umwelt für den Rückzug aus belastend empfundenen persönlichen und beruflichen Verhältnissen nur noch äußere Bedingungen verantwortlich sein können, die nicht mit dem Unfall in Zusammenhang stehen.

Hierauf deuten hin, die psychische Reaktion des Klägers mit geringer affektiver Beteiligung, die Persönlichkeitsstruktur des Klägers mit daraus resultierender verzögerter Heilung von Erkrankungen bereits in der Vergangenheit und die berufliche Situation mit Beschäftigung als Meister und gleichzeitiger Ablehnung der Lehrlingsausbildung sowie die unkommentierte Aufgabe dieser Beschäftigung (vgl. Gesprächsnotiz vom 12.11.2014), was in Übereinstimmung mit der Schlussfolgerung des Beratungsarztes Dr. R. steht, dass das Unfallereignis keine rechtlich wesentliche (Teil-)Ursache ist. Ob, wie Dr. R. (beratungsärztliche Stellungnahme vom 09.08.2018, Blatt 104 ff. Senatsakte) dargelegt hat, Konversionsstörungen häufig entstehen, wenn frühkindliche Entwicklungsphasen nicht adäquat bewältigt werden, also traumatische Erlebnisse aus den frühen Entwicklungsjahren gegeben sind (Bayrisches Landessozialgericht, Urteil vom 29.07.2015 - [L 2 U 351/13](#), juris RdNr. 101), ist nicht entscheidungserheblich. Festzustellen ist, dass die Konversionsstörung bei in diesem Sinne vorbestehender Persönlichkeitsstruktur unter bestimmten äußeren Bedingungen neu und sogar in verschiedener Form wiederholt auftreten kann. Somit kann auch dahinstehen, dass die Dipl. Psych. R. (Befundbericht vom 29.12.2014, Blatt 276) belastende Ereignisse als nicht zu eruieren bezeichnet hat. Vielmehr ist für den Senat nach den oben dargestellten psychodynamischen Prozessen, die die Sachverständigen und Dr. R. für den Senat nachvollziehbar dem Persönlichkeitsbild des Klägers aus fachlicher Sicht unterstellen, hinreichend deutlich geworden, dass der "Krankheitsgewinn", so Dr. R. , der beim Kläger diagnostizierten dissoziativen Störung aus unfallfremden Ursachen zu erklären ist. Dass dies teilweise auf widersprüchlichen Einlassungen und Verhalten des Klägers beruht, ist dem von Dr. S. beschriebenen Wesenszug des Klägers zuzuschreiben, der dazu neigt, Probleme zu verdrängen oder zu bagatellisieren und, wie Dr. R. hierzu ergänzend überzeugend dargelegt hat, eine relative Gleichgültigkeit gegenüber den geklagten Einschränkungen demonstriert, was gerade der inneren und äußeren Entlastung dient, so Dr. R. ... Als solche unfallfremden Konfliktsituationen kommen in Betracht, die dargelegte berufliche Unzufriedenheit mit seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit, der Umstand, als Erwachsener wieder bei seinen Eltern leben zu müssen, wie bei der Exploration durch Dr. S. angegeben worden ist - dies wurde als "ätzend" empfunden - und der Abbruch der Beziehung zu seiner

Freundin, mit der er zusammengewohnt habe und die ihn wegen eines anderen verlassen habe. Zum Beziehungskonflikt hat der Kläger bei Dr. S. angegeben, natürlich sei er traurig gewesen, zumal er das andere Verhältnis seiner Freundin habe selbst herausfinden müssen, aber der Beziehungsabbruch gehöre zu den Sachen, die er nicht ändern könne. Zu all diesen Vorgängen nach dem Unfall und dem diesbezüglichen erkennbaren Verhalten und geäußerten Einstellungen des Klägers passt die von Dr. R. dargelegte narzisstische Selbstwertregulation des Klägers, der durch überhöhte Anforderungen an sich selbst mit der Erkrankung nach außen und vor sich selbst sich davon entlastet, ein Scheitern im Beruf oder in persönlichen Beziehungen eingestehen zu müssen. Dies hat mit dem Unfall aber nichts zu tun, was auch augenscheinlich dadurch belegt wird, dass diese Entlastungsfunktion auch durch austauschbare Ereignisse in der Lebensgeschichte des Klägers aus anderen Erkrankungen angestrebt wird. So hat der Kläger seine zwei Wochen vor der Untersuchung bei Dr. S. begonnene Umschulung, wie gegenüber Dr. S. angegeben (vgl. Bl. 76 der SG-Akte), wegen der – nach ärztlicher Beurteilung eigentlich ausgeheilten, siehe oben, – alten Verletzung am Sprunggelenk aus der Bundeswehrzeit abgebrochen (vgl. das Gutachten von Prof. Dr. A. ), und nicht etwa auf die aktuelle, andauernde Fingerlähmung bezogen.

Eine Anerkennung der psychogenen Lähmung als über den November 2014 hinaus andauernde Unfallfolge scheidet daher aus.

Die Gewährung von Verletztengeld über den 28.11.2014 hinaus scheidet deshalb, weil eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit über diesen Zeitraum hinaus nicht mehr zu begründen ist. Wie dargelegt, konnte der Senat auch sonst keine unfallabhängigen Gesundheitsstörungen feststellen, aus denen sich eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit ergibt.

2. 2.1 Die Gewährung einer Verletztenrente, die vom Kläger ebenfalls im Wege der Leistungsklage beansprucht wird, kann aus den gleichen Gründen nicht verlangt werden. Zum möglichen Rentenbeginn ab Ende der Verletztengeldzahlungen liegt keine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit mehr vor, da keine unfallbedingten Gesundheitsstörungen ab diesem Zeitraum mehr vorliegen.

2.2 Abgesehen davon, dass der Senat, wie oben ausgeführt, keine verbliebenen Unfallfolgen feststellen konnte, sodass sich schon deshalb keine MdE rechtfertigt, kommt die Gewährung einer Verletztenrente auch unter Zugrundelegung des Rechtsstandpunktes des SG nicht in Betracht, da eine MdE von 20 nicht erreicht wird und ein Stützrententatbestand nicht vorliegt.

Bei Bewertung der MdE ist auch für den Bereich der psychischen Störungen auf Funktionsstörungen und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen im Erwerbsleben abzustellen. Es ist eine nach wissenschaftlichen Qualifikationssystemen beschriebene Diagnose erforderlich, die festgestellten Störungen sind nach Ausmaß bzw. Schweregrad zu konkretisieren. In Bezug auf das erwerbsrelevante Leistungsvermögen sind drei Dimensionen maßgebend und jeweils zu bewerten, nämlich psychisch-emotionale, sozial-kommunikative und körperlich-funktionelle Beeinträchtigungen. Auch für den Bereich der psychischen Störungen haben sich Eckwerte für die MdE-Bewertung entwickelt, die jedoch noch keine wiederkehrende Anwendung gefunden haben und denen deshalb nicht die Qualität anerkannter allgemeiner Erfahrungswerte zukommt. In den MdE-Tabellen wird jedoch der Versuch unternommen, nach einzelnen psychischen Störungen zu unterscheiden und zudem nach Erscheinungsform der jeweiligen Störung zu differenzieren. Bei dissoziativen Störungen mit leicht- bis mittelgradiger körperlich-funktioneller Einschränkung ist eine MdE bis 10 v.H. anzunehmen, bei solchen mit stärkergradiger körperlich-funktioneller Einschränkung und psychisch-emotionaler Beeinträchtigung eine MdE bis 30 v.H.

Eine mehr als mittelgradige körperlich-funktionelle Einschränkung lässt sich aufgrund der eingeschränkten Fingerbeweglichkeit nicht feststellen, insbesondere hat der Kläger gegenüber der Dipl. Psych. R. (Befundbericht vom 29.12.2014, Blatt 273 VA) angegeben, alle Tätigkeiten des täglichen Lebens alleine durchführen zu können. Dr. S. (Blatt 92 SG-Akte) verneint Einschränkungen in den Bereichen Orientierung, Bewusstsein, Antrieb, Mobilität und sozialen Integration und sieht leichte Funktionseinschränkungen in den Bereichen der Beschäftigung und ökonomischen Eigenständigkeit. Auch gegenüber Prof. Dr. A. hat der Kläger angegeben, in den Freundeskreis gut integriert zu sein und hat Freizeitaktivitäten wie Grillen und Computerspielen beschrieben (Blatt 62 Senatsakte). Darüber hinaus besteht, wie oben dargelegt, keine relevante psychisch-emotionale Beeinträchtigung, sodass eine MdE von mehr als 10 v.H. nicht angenommen werden kann und ein Stützrententatbestand nicht festzustellen ist.

Lediglich ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass Dr. M. bei seiner Bewertung der MdE ausweislich der Literaturangaben (Blatt 55 SG-Akte) auf die AHP zurückgegriffen hat und damit auf die Werte zur Einschätzung von GdB und GdS, nicht aber auf MdE-Tabellen. Seine Bewertung der MdE basiert daher auf einer falschen rechtlichen Grundlage und ist weder von Dr. S. noch von Prof. Dr. A. erkennbar hinterfragt, sondern zustimmend übernommen worden.

Nachdem ein Rentenanspruch somit ausscheidet, kann dahinstehen, dass das SG, auch von seinem Rechtsstandpunkt ausgehend, den Zeitpunkt des Rentenbeginns nicht zutreffend bestimmen dürfte. Nach [§ 72 Absatz 1 Nr. 1 SGB VII](#) werden Renten an Versicherte von dem Tag an gezahlt werden, der auf den Tag folgt, an dem der Anspruch auf Verletztengeld endet. Gemäß [§ 46 Absatz 3 Satz 2 SGB VII](#) endet das Verletztengeld, wenn mit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nicht zu rechnen ist und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erbringen sind, mit dem Tag, an dem die Heilbehandlung so weit abgeschlossen ist, dass die Versicherten eine zumutbare, zur Verfügung stehende Berufs- oder Erwerbstätigkeit aufnehmen könnten (Nr. 1), mit Beginn der in § 50 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches genannten Leistungen, es sei denn, dass diese Leistungen mit dem Versicherungsfall im Zusammenhang stehen (Nr. 2) und im Übrigen mit Ablauf der 78. Woche, gerechnet vom Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an, jedoch nicht vor dem Ende der stationären Behandlung.

Zwar ist das SG der Einschätzung des Reha-Entlassungsberichtes gefolgt, dass der Kläger dauerhaft nicht in der Lage sein wird, seine Tätigkeit als Metallbaumeister auszuüben, wie dies Dr. S. (Blatt 96 SG-Akte) ebenfalls annimmt, jedoch ist weder dargelegt noch ersichtlich, weshalb Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erbringen sein sollten. Ein fehlender Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist aber zwangsläufige Folge für das Verletztengeldende, weil andernfalls das Verletztengeld nach [§ 46 Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VII](#) erst enden könnte, wenn die zu erbringenden Teilhabeleistungen tatsächlich beginnen und an die Stelle des Verletztengeldes das Übergangsgeld tritt (Ricke in: KassKomm, SGB VII, § 46 RdNr. 14). Nachdem der Senat das Vorliegen einer Simulation nicht feststellen konnte, kann mit Prof. Dr. D. (Blatt 40 R Senatsakte) auch nicht davon ausgegangen werden, dass bei dem Kläger Arbeitsfähigkeit hinsichtlich seiner Tätigkeit als Metallbaumeister eingetreten ist.

Aus dem Rehaentlassungsbericht ist zu entnehmen, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für indiziert erachtet worden sind, was

sich im Hinblick darauf, dass die Tätigkeit als Metallbaumeister als nicht mehr auszuüben bezeichnet wird, als nachvollziehbar erweist. Gestützt auf das Sachverständigengutachten des Dr. S. vom 25.11.2016 konnte der Senat auch feststellen, dass der Kläger zum Untersuchungszeitpunkt (27.09.2016, Blatt 67 SG-Akte) vor zwei Wochen eine Umschulung, zu Lasten der Rentenversicherung, begonnen hatte (Blatt 81 SG-Akte). Ein Beginn der Verletztenrente ab dem 25.09.2015 kommt daher aus Rechtsgründen nicht in Betracht. Die weitere Gewährung von Verletztengeld über den 24.09.2015 hinaus scheitert indessen an dem ausdrücklich beschränkten Klageantrag, eine solche Beschränkung ist den Beteiligten möglich (Keller in: Meyer-Ladewig, SGG, 12. Auflage, § 123 RdNr. 3). Das Begehren auf Verletztenrente stellt auch einen anderen Streitgegenstand dar, sodass dieses nicht in ein Begehren auf Verletztengeld umgedeutet werden kann.

Auf die Berufung der Beklagten war daher das Urteil des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-10-16