

L 10 U 2507/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 4 U 1460/13
Datum
05.05.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 2507/15
Datum
24.01.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 05.05.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger wegen des am 25.11.2011 erlittenen Unfalls Verletzengeld über den 16.08.2012 hinaus oder eine Verletztenrente zusteht.

Der am 1972 geborene Kläger ist seit 2004 bei der D. AG als Kraftfahrzeugmechaniker versicherungspflichtig beschäftigt (Bl. 253 VwA). In dieser Tätigkeit erlitt er am 25.11.2011 einen von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfall (Bl. 273 VwA), der in der Folge zur Arbeitsunfähigkeit führte, als er beim Überprüfen des Drehmoments von Schrauben an einem Lenkungsblock mit dem Drehmomentschlüssel abrutschte und mit dem rechten Daumen gegen einen Querträger schlug (Unfallanzeige des Arbeitsgebers, Bl. 8 VwA; Angaben des Klägers im D-Arztbericht, Bl. 5 VwA). Der D-Arzt Prof. Dr. K. beschrieb am Unfalltag eine schmerzbedingte Beweglichkeitseinschränkung des rechten Daumens, ohne Instabilität und bei intakter peripherer Durchblutung, Motorik und Sensibilität (pDMS) sowie Druckschmerzen, eine leichte Schwellung und oberflächliche Hautabschürfung über dem rechten Daumenballen und diagnostizierte eine Daumenprellung rechts (ICD 10 S60.0). Die gefertigte Röntgenaufnahme erbrachte keine Hinweise auf frische knöcherne Verletzungen (Bl. 5 VwA). Der weiterbehandelnde H-Arzt Dr. S. konnte drei Tage später bei beklagten Druckschmerzen im Grundgelenk des rechten Daumens keine äußeren Verletzungszeichen feststellen, der Seitenbandapparat war stabil, DMS ohne Befund (Bericht vom 28.11.2011, Diagnose Prellung D I rechte Hand, ICD 10 S60.2 RG, Bl. 3 VwA). Bei einer Nachuntersuchung am 16.12.2011 gab der Kläger weiterhin Schmerzen im Daumenballen und an der Streckseite zwischen dem 1. und 2. Mittelhandknochen an, ohne dass eine Resistenz tastbar war, die Funktion war frei (Bericht Dr. W. , Bl. 9 VwA). Das durch Dr. W. veranlasste MRT ergab bis auf einen Flüssigkeitsverhalt um das Os pisiforme keinen richtungsweisenden Befund (radiologischer Bericht Dr. D. vom 20.12.2011: kein Anhalt für knöcherne Abspaltung, kein bone bruise, kein Hinweis für eine Kapselverletzung im Daumensattelgelenk, reizlose Sehnen und Weichteilstrukturen, Bl. 28 VwA). Der Neurologe und Psychiater Dr. H. beschrieb am 22.12.2011 im neurologischen Befund eine freie Motorik bei angegebenen Parästhesien und Schmerzen der Hände, bestätigte die vordiagnostizierte Handprellung rechts und diagnostizierte darüber hinaus ein leichtes Karpaltunnelsyndrom (CTS) mit grenzwertiger Nervenleitgeschwindigkeit (Bl. 16 VwA). Bei einer weiteren Untersuchung durch den D-Arzt Dr. B. am gleichen Tag zeigte sich ein Druckschmerz über dem proximalen Daumenballen und am Metacarpale I. Taubheitsgefühle wurden vom Kläger verneint (D-Arzt Bericht, Bl. 13 VwA). Wegen weiterhin beklagter Schmerzen, Kraftlosigkeit und Taubheitsgefühle im Bereich des rechten Daumens (Bericht Dr. B. vom 23.01.2012, Bl. 36 VwA; Reha-Sprechstunde Dr. W. vom 06.02.2012 und vom 21.02.2012, Bl. 52, 60 VwA; Zwischenbericht Dr. W. vom 17.02.2012: nach neurologischer Untersuchung keine objektivierbaren Messwerte eines CTS, Bl. 59 VwA) wurde am 27.02.2012 eine operative Spaltung des Karpaltunnels vorgenommen. Am 09.03.2012 und am 20.04.2012 gab der Kläger eine deutliche Beschwerdebesserung an (Bericht Dr. W. , Bl. 76 VwA; Bericht Reha-Manager, Bl. 114 VwA), während er am 23.03.2012 über im Wesentlichen unveränderte Beschwerden klagte (Bericht Reha-Manager, Bl. 81 VwA). Im Aufnahmebefund zur im Mai 2012 begonnenen erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP) wurden ein nicht möglicher Faustschluss, eine eingeschränkte Streckung und Beugung im Handgelenk und den Fingern sowie Schmerzen im Narbenbereich mit Ausstrahlung bis in die Schulter und eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit - jeweils rechts - dokumentiert (Bericht Dr. H. , Bl. 121 ff. VwA). Bei Maßnahmenende (15.05.2012) zeigten sich eine langsame Besserung der Handbeweglichkeit, eine deutliche Besserung der Schulterbeweglichkeit sowie eine deutliche Schmerzreduzierung (Bericht Dr. H. , Bl. 162 f. VwA).

Im Rahmen einer Heilverfahrenskontrolle konnte der Chirurg/Unfallchirurg Dr. T. (Gutachten nach Untersuchung am 31.05.2012, Bl. 169 ff.

VWA) bei beklagtem Streckdefizit des rechten Daumens und Schmerzen im Bereich des rechten Daumenballens - ohne regelmäßige Einnahme von entzündungs- oder schmerzhemmenden Medikamenten (Bl. 171 VwA) - fremdtätig keine auffälligen Funktionsstörungen in den einzelnen Fingerlenken feststellen (Beugung und Streckung seitengleich zu links möglich bei erheblicher Beschwerdesymptomatik rechts, Tonus und Motorik unauffällig, keine trophischen Störungen, Angabe von Gefühlsstörungen im Bereich des Mittelhandnervens, Bl. 172 f. VwA). Die Eigentätig demonstrierte erhebliche funktionelle Betroffenheit der rechten Hand hielt er für nicht plausibel. Die Beweglichkeit des rechten Handgelenks stellte sich lediglich endgradig eingeschränkt dar. Die orientierende neurologische Untersuchung erbrachte einen unauffälligen Befund.

Der Neurologe Dr. F. , der den Kläger im Juli 2012 begutachtete, konnte die demonstrativ anmutende Schonhaltung des gesamten rechten Armes (bei immer wieder erfolgreichem funktionellen Einsatz) und die Schmerzsymptomatik neurologisch nicht erklären (keine objektivierbaren Paresen, keine umschriebenen Muskelatrophien, Bl. 200 VwA), äußerte den Verdacht auf eine pathologische Schmerzverarbeitung nach Handgelenksprellung und ging von einer zumindest funktionellen Ausgestaltung der Beschwerden aus. Hinweise für ein Morbus Sudeck fand er ebenso wenig wie für eine Armnervenläsion.

Wegen der beklagten Schmerzsymptomatik nahm der Kläger auf Kosten der Beklagten vom 28.06.2012 bis 16.08.2012 an einer komplexen stationären Rehabilitationsmaßnahme (KSR) in der BG Klinik L. teil (Bericht Dr. K. /Dr. Dr. K. vom 22.08.2012, Bl. 236 ff. VwA). Im Aufnahmebefund wurde eine deutliche Hyperalgesie bei eingeschränkter Handgelenksbeweglichkeit mit vom Kläger angegebenen unerträglichen Schmerzen (Stärke 10 von 10 auf der analogen Schmerzskala, Bl. 238 VwA) dokumentiert. Unter umfangreicher analgetischer Medikation habe eine Schmerzreduktion auf 4 bis 5 von 10 erreicht werden können. Letztlich habe sogar Schmerzfreiheit nach Absetzen aller analgetischen Medikamente erreicht werden können. Für die vom Kläger beschriebene Schmerzsymptomatik bestehe nach neurologischer (demonstrative Schonhaltung des rechten Armes und funktioneller Einsatz in gewissen Situationen, kein Anhalt für Arm-Nervenläsion nach intensiver Untersuchung) und psychologischer Konsultation kein Korrelat auf unfallchirurgisch-orthopädischem, psychologischem und neurologischem Fachgebiet. Man sah erhebliche Aggravationstendenzen ggf. im Zusammenhang mit der erstrebten Leistung einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung (Berichte Reha-Manager über die Besprechungen u.a. mit dem Kläger am 30.07.2012 und am 14.08.2012, Bl. 212 f. und 218 f. VwA). Der Kläger wurde für die Montagetätigkeit als arbeitsfähig ab 17.08.2012 entlassen. Eine MdE in rentenberechtigendem Ausmaß wurde verneint. In der Besprechung am 14.08.2012 wurde ihm mitgeteilt, dass das Heilverfahren und die Arbeitsunfähigkeit zu Lasten der Beklagten zum 16.08.2012 ende (Bl. 219 VwA). Der Kläger kündigte an, sich zulasten seiner Krankenkasse arbeitsunfähig schreiben zu lassen. Am 21.08.2012 teilte die Beklagte der für den Kläger zuständigen Krankenkasse - T. - telefonisch mit, dass unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis zum 16.08.2012 anerkannt werde. Am gleichen Tag bestätigte die Beklagte telefonisch gegenüber dem Kläger, dass der Hausarzt die Arbeitsunfähigkeit für die Auszahlung des Verletztengeldes durch die T. bis zum 16.08.2012 bescheinigen könne (Bl. 230 VwA).

Der Beratungsarzt Dr. B. wies in seiner Stellungnahme von September 2012 darauf hin, dass keine Anhaltspunkte für das Vorliegen eines (unfallbedingten) posttraumatischen CTS (unfallnaher klinischer Befund, MRT, neurologische Abklärung 12/2011) bestünden. Vielmehr sei lediglich von einer Prellung des Daumenballens, die allenfalls eine Arbeitsunfähigkeit bis zum 06.01.2012 rechtfertige, auszugehen (Bl. 249 f. VwA). Ein CTS habe zum Zeitpunkt der Operation nicht vorgelegen (keine Befunde für eine posttraumatische Entstehung des CTS, operatives Ergebnis ohne therapeutischen Erfolg) und sei daher auch nicht unfallbedingte Traumafolge.

Mit Bescheid von 18.10.2012 erkannte die Beklagte den Unfall vom 25.11.2011 als Arbeitsunfall an, stellte unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit bis zum 16.08.2012 fest und lehnte einen Anspruch auf Verletztenrente ab (Bl. 273 VwA). Den hiergegen erhobenen Widerspruch, den der Kläger mit andauernden Beschwerden und unzutreffenden Angaben im Abschlussbericht der BG Klinik L. begründete (unzutreffend behauptete Schmerzfreiheit und Arbeitsfähigkeit seitens der Klinik, Bl. 294 VwA), wies die Beklagte mit am Folgetag zur Post aufgegebenem Widerspruchsbescheid vom 18.03.2013 zurück.

Am 22.04.2013 hat der Kläger Klage beim Sozialgericht (SG) Karlsruhe erhoben und Entschädigungsleistungen über den 16.08.2012 hinaus begehrt. Er hat u.a. einen Befundbericht der Fachärzte für Allgemeinmedizin Dres. S. (vermutete Nervenquetschung mit stark verzögerter Beschwerderückbildung, glaubhafte Beschwerden, Aggravierung sei nicht wahrscheinlich, Bl. 40 SG-Akte) vorgelegt und Aggravationstendenzen bestritten.

Der vom SG als Sachverständiger beauftragte Prof. Dr. S. , Direktor der Neurologischen Klinik am Klinikum S. , hat die Diagnose nicht sicher klären können und den Verdacht auf einen atypischen Morbus Sudeck (CRPS I) bei nicht auszuschließender Demonstration geäußert (Gutachten vom November 2013: Fingerstrecker- und Faustschlusschwäche - willkürliche Beeinflussung nicht auszuschließen -, Berührungsempfindlichkeit Daumenballen, nicht brennende, nadelstichartige Schmerzen, Fingerstreckung passiv mit Schmerzen möglich, Bl. 57 ff. SG-Akte). Auf Veranlassung des SG hat der Facharzt für Neurologie Dr. W. , Ärztlicher Direktor der O. Rehaklinik Bad W. , den Kläger im Februar 2014 begutachtet, einen Morbus Sudeck bei fehlenden vegetativen Störungen (kein verändertes Nagelwachstum, kein Haarausfall, keine vermehrte Schwitzneigung, keine Hautveränderungen, keine Ödeme, kein gestörter Knochenstoffwechsel, Bl. 76 SG-Akte) ausgeschlossen. Die beschriebenen Missempfindungen hat er keinem Dermatome oder peripheren Nerven zuordnen können (Bl. 117 SG-Akte). Hinsichtlich der angegebenen Schmerzen (8 von 10 bei Schmerzmedikation mit vier verschiedenen hochdosierten Medikamenten, Bl. 70 f. SG-Akte) hat er sich dem Befund und der Wertung der BG Klinik (kein Korrelat für die Schmerzsymptomatik feststellbar, Arbeitsfähigkeit ab 17.08.2012, keine verbleibende rentenrelevante MdE, Bl. 238 f. SG-Akte) angeschlossen. Die Beschwerden würden demonstriert und aggraviert. Im Hinblick auf die anlässlich der stationären Behandlung vom 28.04. bis 16.05.2014 von PD Dr. R. , Facharzt für Neurologie und Chefarzt der Neurologie an der R.-Klinik Bad W. , gestellten Diagnosen eines neuropathischen Schmerzsyndroms der rechten Hand bei Läsion des Ramus superficialis des Nervus radialis rechts mit sekundärer, schmerzassoziierter hemisensorischer Störung und einer Anpassungsstörung (vgl. Bl. 107 ff. SG-Akte) ist Dr. W. von zum Teil körperlich erklärbaren Schmerzen mit psychischer Komorbidität ausgegangen und hat als Diagnose eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10 F45.41) angegeben, seine Schlussfolgerungen im Gutachten aber aufrechterhalten.

Nachfolgend hat das SG noch eine sachverständige Zeugenauskunft bei PD Dr. R. eingeholt. Er hat die anlässlich der stationären Behandlung gestellten Diagnosen mitgeteilt und ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) ausgeschlossen. Möglicherweise sei es durch die Prellung zu einer Aktivierung von C-Fasern des Hautnerv gekommen. Das Schmerzsyndrom beruhe auf einer Fehlverarbeitung der sensorischen Impulse, ohne dass dies auf eine echte Schädigung zurückzuführen sei (Bl. 131 SG-Akte). Die Prellung des

Daumengrundgelenks könne zu einer Läsion des Ramus superficialis des N. radialis führen (elektroneurographischer Befund: Antwortpotential des Nervus radialis leicht amplitudengemindert bei regelrechter Nervenleitgeschwindigkeit, möglicher Hinweis auf eine rechtsseitige leichtgradige sensible Läsion, Bl. 101 SG-Akte). Eine Simulation des komplexen Beschwerdebildes sei nicht anzunehmen, unklar bleibe eine zusätzliche Aggravation oder Verdeutlichung (Bl. 132 SG-Akte).

Mit Urteil vom 05.05.2015 hat das SG die Klage abgewiesen und, gestützt auf das Gutachten von Dr. W. , ausgeführt, dass keine Gesundheitsstörungen nachgewiesen seien, die über den 16.08.2012 hinaus die Gewährung von Verletztengeld oder Verletztenrente stützen könnten.

Gegen das ihm am 15.05.2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 12.06.2015 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt und vorgetragen, dass die beschriebenen Schmerzsymptome - mit einer Diskrepanz zu objektivierbaren klinischen und bildgebenden Untersuchungen - erstmals und ausschließlich durch die Diagnose von PD Dr. R. zutreffend hätten erklärt werden können.

Nach ambulanter Rehabilitation vom 09.12.2014 bis 05.01.2015 in der A. S. -Klinik Bad S. (Diagnose: persistierender Bewegungs- und Belastungsschmerz rechte Hand nach Daumenprellung, Leistungsvermögen sechs Stunden und mehr als Montagearbeiter, Entlassung als arbeitsunfähig zur weiteren Rekonvaleszenz, Bl. 60 ff. LSG-Akte) und stufenweiser Wiedereingliederung ist der Kläger seit dem 18.05.2015 als Monteur bei seinem Arbeitgeber wieder in regulärer Arbeitszeit tätig.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat der Senat ein Gutachten bei PD Dr. R. eingeholt (Bl. 38 ff. LSG-Akte). In der gutachterlichen Untersuchung am 27.11.2015 hat er beim Kläger keine Gesundheitsstörungen mehr feststellen können (keine neurologischen Defizite, freie Beweglichkeit sämtlicher Gelenke, Bl. 44 LSG-Akte). Hinsichtlich der vormals beklagten Schmerzzustände hat er angeführt, dass kaum beschrieben sei, in welchen Regionen des Daumens Sensibilitätsstörungen vorlagen. Den unterschiedlichen Berichten seien uneinheitliche Beschreibungen zu Sensibilitätsstörungen, Missempfindungen und Schmerzen zu entnehmen, auch fehlten präzise Angaben zum Unfallmechanismus. Die Entwicklung einer gewissen Aggravation sei möglich, eher wahrscheinlich sei jedoch eine Ausbreitung des Schmerzsyndroms durch die Chronifizierung und die Schmerzmittelmedikation. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe bis zur Entlassung aus der ambulanten Reha-Maßnahme in Bad S. (05.01.2015) bzw. längstens bis sechs Wochen nach Reha-Ende (bei unterstellter möglicher nathloser beruflicher Wiedereingliederung, Bl. 81 LSG-Akte) vorgelegen. Die MdE hat er für die Zeit vom 25.11.2011 bis 16.05.2014 mit 40 v. H. eingeschätzt (Bl. 46 LSG-Akte).

Der Kläger beantragt (Schriftsatz vom 23.08.2015),

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe abzuändern und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 18.10.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.03.2013 zu verurteilen, ihm aufgrund des Unfallereignisses vom 25.11.2011 Verletztengeld bis zum 17.05.2015, hilfsweise Verletztenrente bis zum 16.05.2014 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig. Die von PD Dr. R. angenommene Diagnose sei nicht gesichert. Fehlende präzise Angaben aus den Vorberichten beruhten auf den diffusen Klägerangaben. Es sei nicht erklärbar, dass das persistierende Beschwerdebild des Klägers während des stationären Aufenthaltes in der R. -Klinik durch eher übliche Maßnahmen eines späteren ambulanten Kurheilverfahrens plötzlich verschwunden sei. Entgegen der klägerischen Darstellung lasse sich dem Reha-Entlassungsbericht die von PD Dr. R. gestellte Diagnose nicht entnehmen. (Bl. 65 f. LSG-Akte).

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 Berufungsverfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 18.10.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.03.2013 mit dem unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit bis zum 16.08.2012 festgestellt, ein Anspruch auf Verletztenrente abgelehnt und darüber hinaus weitere Ansprüche aus der gesetzlichen Unfallversicherung auf Grund des Unfalls vom 25.11.2012 für die Zeit nach dem 16.08.2012 ausgeschlossen wurden.

Statthafte Klageart ist vorliegend sowohl für die begehrte Weitergewährung von Verletztengeld als auch die Gewährung von Verletztenrente die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage. Die Gewährung von Verletztenrente lehnte die Beklagte im Bescheid vom 18.10.2012 ausweislich des Verfügungssatzes ausdrücklich ab. Dies gilt indessen für den geltend gemachten Anspruch auf Verletztengeld nicht, dieser Anspruch wird weder im Bescheid vom 18.10.2012 noch im Widerspruchsbescheid erwähnt. Der Textteil in der Begründung des Bescheides vom 18.10.2012, wonach "weitere Ansprüche aus der gesetzlichen Unfallversicherung" nicht bestünden, bezieht sich allein auf die zuvor thematisierte Heilbehandlung. Soweit die Beklagte unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis zum 16.08.2012 feststellte, ist dies - objektiv betrachtet - keine Entscheidung über einen Anspruch auf Verletztengeld, sondern über ein Element dieses Anspruches. Allerdings durfte der Kläger die angefochtenen Bescheide auch im Sinne einer Entscheidung über die Ablehnung von Verletztengeld verstehen. Denn gerade dieser Anspruch war im Vorfeld der Bescheide zentraler Gesprächsgegenstand zwischen den Beteiligten: Im Gespräch mit dem Reha-Manager am 14.08.2012 wurde ihm eröffnet, dass er am 16.08.2012 arbeitsfähig entlassen und die Arbeitsunfähigkeit zulasten der Beklagten beendet werde. Dass der Kläger dies im Sinne eines angekündigten Endes der Verletztengeldzahlungen verstand, zeigt seine

Reaktion. Er kündigte an, sich zu Lasten der T. arbeitsunfähig schreiben zu lassen. In der Folge bestätigte die Beklagte dann gegenüber dem Kläger, dass auch eine AU-Bescheinigung des Hausarztes für die Auszahlung des verbleibenden Verletztengeldes genüge. All dies zeigt, dass der Anspruch auf Verletztengeld zentrales Thema war. Vor diesem Hintergrund durfte der Kläger die Ausführungen in den angefochtenen Bescheiden gerade als Ablehnung dieses Anspruches verstehen.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 18.10.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.03.2013 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Verletztengeld oder Verletztenrente für die Zeit nach dem 16.08.2012.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Anspruchs auf Verletztengeld ist [§ 45 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach wird - soweit hier von Interesse - Verletztengeld erbracht, wenn der Versicherte infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig ist (unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit) und unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen hatte.

Versicherungsfälle sind nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Der Kläger erlitt - wie von der Beklagten mit Bescheid vom 18.10.2011 zu Recht anerkannt (Bl. 273 VwA) -, am 25.11.2011 einen Arbeitsunfall als er bei der Ausführung von Montagearbeiten mit einem Drehmomentschlüssel abrutschte, mit dem rechten Daumen gegen einen Querträger schlug (Unfallanzeige, Bl. 8 VwA) und dadurch eine Prellung des Daumens erlitt.

Indessen war der Kläger im streitigen Zeitraum, also nach dem 16.08.2012 nicht wegen Unfallfolgen arbeitsunfähig.

Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit erfordert zum einen das Vorliegen eines Gesundheitsschadens sowie eines hierfür ursächlichen Unfallereignisses und zum anderen einen Kausalzusammenhang zwischen der durch den Unfall verursachten Gesundheitsstörung und einer eingetretenen Arbeitsunfähigkeit.

Dabei setzt die Kausalität nach der im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung wie allgemein im Sozialrecht geltenden 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](#)) 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 an dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinne), 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.

Während die anspruchsbegründenden Tatsachen, u. a. die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall) und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung erwiesen sein müssen, also bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen erforderlich ist, genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [2 RU 43/84](#) in [SozR 2200 § 555a Nr. 1](#)). Das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalles 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](#)). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies 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](#)).

In Anwendung dieser Grundsätze vermag der Senat keine unfallbedingten Gesundheitsstörungen festzustellen, die das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit über den 16.08.2012 hinaus rechtfertigen könnten.

Dabei sieht es der Senat angesichts der vom Kläger unfallnah beklagten Beschwerden ausschließlich im Bereich des Daumens (D-Arzt Bericht Prof. Dr. K.: Beweglichkeit des Daumens schmerzbedingt eingeschränkt, Bl. 5 VwA), der übereinstimmenden Diagnosemitteilungen der erstbehandelnden Ärzte Prof. Dr. K. und Dr. S. (Prof. Dr. K.: Daumenprellung rechts, Dr. S.: Zustand nach Prellung D I, rechte Hand, Bl. 3 VwA), des unfallnahen Röntgenbefundes (rechter Daumen in zwei Ebenen, Bl. 151 VwA, Auswertung Prof. Dr. K.: keine frische knöcherne Verletzung, Bl. 5 VwA) und des durch den Arbeitgeber dokumentierten Unfallgeschehens (Unfallanzeige vom 29.11.2011: Beim Überprüfen des Drehmoments von Schrauben an einem Lenkungsblock rutschte der Mitarbeiter mit dem Drehmomentschlüssel ab. Dabei schlug er mit dem rechten Daumen an einen Querträger., Bl. 8 VwA) lediglich als nachgewiesen an, dass der Kläger bei dem Unfallgeschehen eine schmerzhaft Prellung des rechten Daumens erlitt. Diese Verletzung bedingt zur Überzeugung des Senats jedoch keine über den 16.08.2012 hinaus andauernde Arbeitsunfähigkeit. Die am Unfalltag von Prof. Dr. K. dokumentierte leichte Schwellung und oberflächliche Hautabschürfung über dem rechten Daumenballen (Bl. 5 VwA) konnte Dr. S. drei Tage später nicht mehr feststellen (keine äußeren Verletzungszeichen, Druckschmerz Grundgelenk Daumen, Bl. 3 VwA). Gleiches galt für die am Unfalltag gesehene Beweglichkeitseinschränkung des Daumens (Bericht Dr. S.: Seitenbandapparat stabil, DMS ohne Befund, Bl. 3 VwA). Ebenso sah Dr. W. bei einer Nachuntersuchung Mitte Dezember 2011 - bei weiterhin beklagten Schmerzen im Bereich des Daumens - eine freie Funktion der rechten Hand (Bl. 9 VwA), weshalb dieser auch von Arbeitsfähigkeit ausging und an seiner ärztlichen Einschätzung in Kenntnis der Ergebnisse des veranlassten MRT (Dr. Dahm: Handwurzelknochen unauffällig, kein Hinweis für eine Kapselverletzung, Flüssigkeitsverhalt um das Os pisiforme, reizlose benachbarte knöcherne Strukturen unauffällig, Diskus, Radius und Ulna unauffällig, Sehnen und angrenzende Weichteilstrukturen unauffällig, kein richtungsweisender Befund, Bl. 28 VwA) und der neurologischen Untersuchung durch Dr. F. (grenzwertige Nervenleitgeschwindigkeit im rechten Arm, ohne motorische Ausfälle, Bl. 16 VwA) festhielt (Zwischenbericht über die Untersuchung am 22.12.2012: Der Versicherte ist weiter arbeitsfähig. Er kann die bisherige Tätigkeit uneingeschränkt ausüben, Bl. 32 VwA). Eine andauernde Arbeitsunfähigkeit lässt sich mit der stattgefundenen Prellung nicht begründen. Dr. B. wies in diesem Zusammenhang

darauf hin, dass bei einer Prellung des Daumens regelhaft von einer vierwöchigen (Ende: 25.12.2011) maximal von einer sechswöchigen Arbeitsunfähigkeit (Ende: 06.01.2012) auszugehen sei (Bl. 250 VwA).

Wie das SG schließt der Senat das Vorliegen eines Morbus Sudeck (auch als chronisches regionales Schmerzsyndrom - CRPS - bezeichnet) als unfallbedingte Gesundheitsstörung aus. Zutreffend hat das SG insoweit ausgeführt, dass dieses Erkrankungsbild angesichts der durch Dr. S., Dr. W. und PD Dr. R. erhobenen Befunde ausgeschlossen werden konnte. Der Kläger hat seine Berufungsbegründung - anders als noch seine Klagebegründung - auch nicht mehr auf dieses Erkrankungsbild gestützt, so dass der Senat insoweit gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe absieht und die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurückweist.

In Bezug auf das von den behandelnden Ärzten diskutierte CTS sieht der Senat den erforderlichen Vollbeweis für das Vorliegen einer solchen Erkrankung als nicht erbracht an. Weder aus dem unfallnahen klinischen Befund (Prof. K.: pDMS ohne Befund, Bl. 5 VwA; Dr. S.: DMS o. B., Bl. 3 VwA), noch aus dem MRT (Dr. Dahm: Flüssigkeitsverhalt um das Os pisiforme, ansonsten kein richtungsweisender Befund, Bl. 28 VwA) oder dem vom Kläger geschilderten Unfallhergang (Unfallanzeige des Arbeitgebers: Anschlagen des Daumens [nicht des Handgelenks], Bl. 8 VwA) ergeben sich Anhaltspunkte für diese Gesundheitsstörung, worauf der Beratungsarzt Dr. B. (Bl. 249 VwA) zutreffend hingewies. Zwar stellte Dr. H. bei einer elektroneurographischen Untersuchung im Dezember 2011 (Bl. 16 VwA) eine grenzwertige Nervenleitgeschwindigkeit fest und schloss hieraus auf das Vorliegen eines leichten CTS ohne OP-Indikation. Die operative Spaltung des CTS, die ausschließlich wegen anhaltender Beschwerden ohne objektivierbare Messwerte eines CTS (OP-Empfehlung durch Dr. W. wegen klinischer Symptomatik und hohem Leidensdruck, Bl. 59 VwA, Dr. D.: keine definitive neurologische Indikation, Bl. 219 VwA) vorgenommen wurde, erbrachte jedoch nicht die zu erwartende Beschwerderückbildung (keine Befundbesserung eingetreten, Bl. 211 VwA), was ebenfalls gegen das Vorliegen eines CTS spricht (vgl. Stellungnahme Dr. B., Bl. 249 VwA). Im Übrigen wurde die Diagnose eines CTS durch alle Sachverständigen (Dr. S., Dr. W. und PD Dr. R.) rückblickend nicht bestätigt.

Wie bereits das SG sieht auch der Senat - unter Berücksichtigung der gutachterlichen Ausführungen von PD Dr. R. - den Nachweis, dass der Kläger durch den Arbeitsunfall eine Läsion des Ramus superficialis des Nervus radialis rechts mit sekundärer, schmerzassoziierter hemisensorischer Störung erlitt, ebenfalls als nicht erbracht an. Die während des stationären Aufenthalts des Klägers in der R.-Klinik erhobenen elektroneurographischen Befunde (Tibialis- und Medianus-SEP wegen starker Muskelartefaktüberlagerung nicht sicher ableitbar, Amplitudenminderung des sensiblen Antwortpotenzials des Nervus radialis rechts, übrige sensible und motorische Nervenleitgeschwindigkeiten unauffällig, Bl. 102 SG-Akte) wertete der dort behandelnde Arzt, später sachverständiger Zeuge und Sachverständiger PD Dr. R. als möglichen Hinweis auf eine rechtsseitige leichtgradige sensible Läsion des Nervus radialis (Bl. 101 SG-Akte). Entsprechend ordnete er die beklagte Symptomatik (betonte Hypästhesie und Hyperalgesie im Versorgungsbereich des Nervus radialis, mechanische Allodonie und Hyperalgesie im Versorgungsbereich des Ramus superficialis des Nervus radialis, Bl. 102 SG-Akte) als neuropathisches Schmerzsyndrom nach Läsion des Hauptastes des Nervus radialis ein (Bl. 102 SG-Akte). Ergänzend hierzu hat PD Dr. R. in seiner sachverständigen Zeugenaussage (aus Januar 2015) dann ausgeführt, dass eine Prellung im Bereich des Daumengrundgelenks zu einer Läsion des Ramus superficialis führen könne, der in dieser Region verlaufe und für die Sensibilität des Daumenrückens verantwortlich sei. In diesem Areal habe sich auch eine Allodynie und Hyperalgesie gezeigt. In seinem Gutachten (nach Untersuchung des Klägers im November 2015) hat PD Dr. R. keine Gesundheitsstörungen mehr feststellen können (Bl. 44 LSG-Akte), jedoch die im Entlassungsbericht der R.-Klinik dokumentierte unfallbedingte Gesundheitsstörung rückblickend im Sinne einer Irritation/Teilschädigung des Ramus superficialis des Nervus radialis rechts bestätigt. PD Dr. R. hat somit auf der Grundlage der von ihm im Rahmen der Behandlung erhobenen Amplitudenminderung (s. oben) lediglich die Möglichkeit eines krankhaften Zustandes beschrieben, was gerade keinen Nachweis einer Gesundheitsstörung darstellt. Darüber hinaus hat er im Gutachten selbst darauf hingewiesen, dass es auch nach Aktenlage an der konkreten Beschreibung krankhafter Befunde durch die behandelnden Ärzte in der von ihm als geschädigt postulierten Region fehlt. Damit hat er im Grunde selbst dargelegt, dass sich sein Postulat einer Nervenschädigung durch den Arbeitsunfall nicht erhärten lässt.

Auch der Senat sieht keine belastbaren Hinweise, dass es zu der von PD Dr. R. postulierten Schädigung des Nervus radialis kam.

Zum einen haben weder die behandelnden Ärzte noch die vorangegangenen Sachverständigen - selbst bei Wiedergabe der vom Kläger geschilderten Beschwerden - eine Allodynie oder Hyperalgesie speziell im Bereich des Daumenrückens dokumentiert. D-Arzt Prof. Dr. K. beschrieb - wie auch der weiterbehandelnde H-Arzt Dr. S. - eine intakte Durchblutung, Motorik und Sensibilität (Bl. 3, 5 VwA). Gegenüber dem D-Arzt Dr. B. verneinte der Kläger Taubheitsgefühle im Bereich der ersten drei Finger ausdrücklich (Bl. 13 VwA) und gegenüber dem Gutachter Dr. T. gab er Schmerzen lediglich im Bereich des Daumenballens an (Bl. 190 VwA). Bei Aufnahme in der BG Klinik äußerte der Kläger noch eine Hyperalgesie (gesteigerte Schmerzempfindlichkeit) unspezifisch an der gesamten rechten Hand (Bl. 237 VwA), während Dr. F. bei einer neurologischen Untersuchung wenige Tage später eine ähnliche Symptomatik lediglich über dem volaren Handgelenk (wenige Monate nach der Spaltung des CTS) beschrieb. Dr. S. hat ebenfalls nur eine Berührungsempfindlichkeit im Bereich des Daumenballens festgestellt (Bl. 57 Rückseite SG-Akte). Dr. W. ist eine Zuordnung der beklagten Missempfindungen (Schmerzen, Kribbelempfindungen, Taubheitsgefühle) zu einem Dermatome oder peripheren Nerven nicht möglich gewesen (Bl. 74 SG-Akte). Soweit PD Dr. R. diese diffusen, teilweise sich ändernden Angaben zu Sensibilitätsstörungen den behandelnden und begutachtenden Ärzten als Dokumentationsdefizit angelastet hat, hat die Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, dass die Dokumentationen nur das vom Kläger geschilderte wechselhafte Beschwerdebild wiedergeben.

Zum anderen sprechen auch die festgestellten Substanzverletzungen gegen eine Verletzung des Nervus radialis. PD Dr. R. hat in seinem Gutachten dazu ausgeführt, dass die Äste des Nervus radialis, dessen Schädigung er annimmt, auf der Streckseite des Daumens verlaufen und die Beugeseite und der Daumenballen von den Ästen des Nervus medianus durchzogen werden. Eine unfallbedingte Verletzung der Streckseite (Daumenrücken) wurde jedoch durch keinen unfallnah behandelnden Arzt festgestellt. D-Arzt Prof. Dr. K. dokumentierte neben Druckschmerzen und einer leichten Schwellung lediglich eine oberflächliche Hautabschürfung über dem rechten Daumenballen. Bei der Nachuntersuchung bei Dr. B. gab der Kläger, ebenso wie bei der Begutachtung durch Dr. T. Schmerzen lediglich im Bereich des Daumenballens (Bl. 13, 171 VwA) an.

Der Senat sieht die von PD Dr. R. gestellte Diagnose auch nicht durch den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme in der A.-S. Klinik als bestätigt an. Zutreffend hat die Beklagte hierzu ausgeführt, dass der Reha-Entlassungsbericht der A.-S. Klinik weder die durchgeführte stationäre Maßnahme in der R.-Klinik erwähnt, noch die dort gestellte Diagnose der Läsion des Ramus superficialis des Nervus radialis mit

sekundärer, schmerzassoziierter hemisensorischer Störung aufgreift (Bl. 65 f. LSG-Akte). Auch ein auf diese Diagnose abgestimmtes Therapiekonzept ist nicht erkennbar, vielmehr ist die Behandlung zur allgemeinen Schmerzinderung, Funktionsverbesserung und Verbesserung der Feinmotorik, um die Arbeitsanforderungen wieder bewältigen zu können (Bl. 62 LSG-Akte), erfolgt. Eine spezifisch auf die von PD Dr. R. postulierte Nervenschädigung gerichtete Behandlungskonzept ist somit gerade nicht verfolgt worden.

Schließlich führen auch die vom Kläger behaupteten Schmerzzustände als solche zu keiner abweichenden Bewertung. Es fehlt schon an einer nachvollziehbaren medizinischen Erklärung für das Bestehen solcher Schmerzzustände als Folge des Arbeitsunfalls. Belegt ist lediglich eine Prellung. Die von PD Dr. R. postulierte Nervenschädigung ist nicht nachgewiesen. Aus diesem Grund folgt der Senat auch Dr. W. nicht, soweit er auf der Grundlage des Befundberichtes von PD Dr. R. eine Schmerzstörung angenommen hat. Der Senat vermag auch nicht auf Grund der bloßen Angaben des Klägers von solchen Schmerzen auszugehen. Dem stehen das Fehlen von insbesondere im Umfang korrespondierender Schonungszeichen, unterschiedlich demonstrierte Beweglichkeitseinschränkungen der rechten Hand, wechselnde Beschwerdeschilderungen und der beschriebene Heilungsverlauf entgegen. So konnten die behandelnden Ärzte trotz der über Jahre in den Untersuchungen demonstrierten Schonhaltung der rechten Hand (vgl. Bericht Dr. F. aus 5/2012: demonstrativ anmutende Schonhaltung des gesamten rechten Armes in Beugestellung, Bl. 200 VwA; Aufnahmebefund BG-Klinik aus Juni 2012: deutliche Schonhaltung des gesamten rechten Unterarmes, Bl. 237 VwA, demonstrative Schonhaltung des rechten Armes und funktionellem Einsatz des rechten Armes in gewissen Situationen, Bl. 238 VwA; Gutachten Dr. S. aus 11/2013: Haltung der rechten Hand vor dem Oberkörper, Bl. 57 Rückseite SG-Akte; Gutachten Dr. W. aus 1/2014: rechter Arm wird in einer Schlinge getragen, die aus einem Schal besteht, Schmerzangabe bei Entfernen des Armes aus der Schlinge, Bl. 70 f. SG-Akte; Bericht der R. Klinik aus 5/2014: Angaben des Klägers: " könne die Hand kaum noch einsetzen, Lasten nicht mehr heben, Finger nicht mehr vollständig beugen oder strecken. Wenn er die Hand bewege, habe er sofort starke Schmerzen.", Bl. 98 SG-Akte, "Er trage zur Entlastung eine Schiene, Bl. 99 VwA, die rechte Hand wird mit gestreckten Fingern weitgehend unbeweglich gehalten, Bl. 100 SG-Akte) keine Muskelatrophien im Bereich der Hand oder des Armes feststellen (Dr. Theobald: keine sichtbare Minderung der rechtsseitigen Handmuskulatur, Bl. 172 VwA; Dr. F.: keine umschriebenen Muskelatrophien, Bl. 200 VwA; Dr. W.: keine umschriebenen Muskelatrophien, Bl. 73 SG-Akte; Bericht R. -Klinik: keine sicheren Muskelatrophien, Bl. 100 SG-Akte), was gegen die vom Kläger behauptete schmerzbedingte Gebrauchsunfähigkeit (Bl. 98 SG-Akte) spricht. Nicht plausibel sind zudem die im Behandlungsverlauf dokumentierten Beweglichkeitsdefizite der rechten Hand. Während im Dezember 2011 eine freie Motorik beschrieben wurde (übereinstimmend Dr. W. und Dr. H. , Bl. 9 und 16 VwA), ist dem Bericht über die im Mai 2012 durchgeführte EAP eine erhebliche Einschränkung der Handgelenks- und Fingerbeweglichkeit zu entnehmen (bei Maßnahmeende am 15.05.2012: Dorsalextension/Palmarflexion 0-0-20°, Ulnarabduktion/Radialabduktion 15-0-15°, Fingerkuppen-Handabstand, Finger 2 bis 4 rechts 3 cm, Finger 5 1 cm, Daumen-Zeigefinger-Griff und Daumen-Mittelfinger-Griff möglich, Bl. 162 f. VwA), wobei nur wenige Tage nach dieser Maßnahme Dr. T. keine auffälligen Funktionsstörungen in den einzelnen Fingergelenken (Beugung und Streckung absolut seitengleich zu links möglich) und eine lediglich endgradige Beweglichkeitseinschränkung der rechten Hand (Dorsalextension/Palmarflexion 70-0-65°, Ulnarabduktion/Radialabduktion 30-0-35°) befundete. Bei Aufnahme zur KSR einen Monat später wurde dann wiederum eine erheblichere Einschränkung der Handbeweglichkeit dokumentiert (Extension/Flexion 50-0-20°, großer Faustschluss nicht möglich, Bl. 238 VwA). Dem Behandlungsbericht des Chefarztes der R. B. Dr. K. über die Behandlung im September 2012 lässt sich entnehmen, dass Faustschluss und Fingerstreckung schmerzhaft möglich waren (Bl. 41 SG-Akte). Bei der Untersuchung durch Dr. S. fielen eine Schwäche der Fingerstreckung sowie eine Hemmung des Faustschlusses auf, ohne dass sich - nach den Angaben des Klägers - eine Veränderung der Schmerzsituation seit dem Unfall (Bl. 57 SG-Akte) ergeben hätte. Dokumentiert sind darüber hinaus auch wechselnde Angaben zur Schmerzstärke und Art des Schmerzes, obgleich der Kläger wiederholt angab hat, dass die beklagten Schmerzen unverändert seit dem Unfall bestehen würden (Bl. 57, 98 SG-Akte). So gab der Kläger in der BG Klinik die Schmerzen zu Beginn (ohne Medikamente) mit 10 von 10 an, unter Medikamentengabe dann mit 4 bis 5/10 und Beibehaltung dieses Schmerzlevels nach Reduktion der Schmerzmittel (Bl. 238 VwA). Unmittelbar danach beschrieb er gegenüber Dr. K. eine Schmerzintensität in Ruhe (unter Medikation) mit 2 bis 3/10, bei Wetterwechsel bis 5/10. Bei Dr. W. schätzte der Kläger die Schmerzintensität dann mit 7 bis 8/10 (Dauerschmerz unter medikamentöser Behandlung) ein (Bl. 70 SG-Akte). In der R. -Klinik berichtete er ebenfalls von einem Dauerschmerz in dieser Stärke, der unter Medikamenteneinnahme jedoch kurzzeitig auf 4 bis 5/10 reduziert werden könne (Bl. 108 SG-Akte). Die Art des Schmerzes beschrieb er gegenüber Dr. S. als nadelstichartig, nicht brennend (Bl. 57 SG-Akte), weshalb der Sachverständige u. a. wegen fehlender brennender Schmerzbeschreibung ein CRPS ausschloss. In der nachfolgenden Begutachtung bei Dr. W. wurde der Schmerz dann - passend zu einem CRPS - als stechend-brennend (Bl. 70 SG-Akte), in der R. -Klinik - nach Ausschluss eines CRPS durch Dr. W. - als pochend (Bl. 98 SG-Akte) charakterisiert. Zudem ist für den Senat nicht nachvollziehbar, dass die von PD Dr. R. angenommene hochgradige Schmerzchronifizierung bei langzeitiger Einnahme von verschiedenen Analgetika einschließlich WHO-Opioiden (Medikation durch Dr. Kaiser, Bl. 42 SG-Akte; Medikamentenangabe bei Dr. W. , Bl. 71 f. SG-Akte und in der R. -Klinik, Bl. 108, 111 SG-Akte) durch den knapp dreiwöchigen Aufenthalt unter Absetzung aller Schmerzmedikamente (keine Änderung der Schmerzstärke durch Medikamentenentzug, Bl. 112 SG-Akte und Bl. 80 LSG-Akte) - nach dem Vortrag des Klägers - (Bl. 17 LSG-Akte) therapierbar war, wohingegen der siebenwöchige stationäre Aufenthalt in der BG Klinik 2012, bei dem ebenfalls (nach anfänglichen medikamentösen Behandlungsversuchen) ein vollständiger Medikamentenentzug durchgeführt wurde (problemlose Reduktion aller Schmerzmedikamente ohne eine Zunahme der Schmerzen, Bl. 240 VwA) nach klägerischen Angaben (die in Widerspruch zur Dokumentation der BG-Klinik stehen: Schmerzfreiheit, Bl. 236 ff. VwA) zu keiner subjektiven Besserung geführt haben soll, zumal erstmals in der BG Klinik ein Behandlungsversuch mit hochdosierten Schmerzmitteln unternommen wurde und zu diesem Zeitpunkt noch kein langjähriger Schmerzmittelkonsum vorlag (im Mai 2012 noch keine regelmäßige Einnahme von entzündungs- oder schmerzhemmenden Medikamenten, Bl. 171 VwA). Vor diesem Hintergrund erachtet es der Senat als nachvollziehbar, wenn Dr. F. (Bl. 202 VwA), Dr. W. (Bl. 76 SG-Akte), Dr. T. (Bl. 173 VwA) und der Oberarzt der BG Klinik Dr. D. (Bl. 219 VwA) von Aggravationstendenzen ausgehen. Auch PD Dr. R. hat bereits in seiner Aussage als sachverständiger Zeuge darauf hingewiesen, dass - ausgehend von seiner Diagnose - unklar bleibe, inwieweit eine zusätzliche Aggravation oder Verdeutlichung bei den beklagten Schmerzzuständen eine Rolle spiele (Bl. 132), auch wenn er aufgrund des komplexen Beschwerdebildes eine Simulation nicht angenommen hat. Als Gutachter hat er dann eingeräumt, dass es möglich sei, dass sich im Krankheitsverlauf eine gewisse Aggravation entwickelt habe (Bl. 45 LSG-Akte). Damit vermag auch PD Dr. R. nicht auszuschließen, dass die vom Kläger beklagten Schmerzen, die in einer demonstrierten Gebrauchsunfähigkeit der Hand (Bl. 248 VwA) gipfelten, in nicht feststellbarem Umfang aggraviert waren, so dass der Senat sich angesichts eines fehlenden überzeugenden Erklärungsansatzes für die Diskrepanz zwischen objektiven klinischen und bildgebenden Befunden einerseits und der nicht konsistenten Beschwerdeschilderung andererseits - entgegen dem klägerischen Vortrag (Bl. 15 LSG-Akte) - nicht veranlasst sieht, Aggravationstendenzen als Erklärungsansatz für die beklagten Schmerzzustände auszuschließen.

Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Verletztenrente für die Zeit nach dem 16.08.2012.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vmhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nach [§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#) nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern. Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)).

Allerdings rechtfertigt der Gesundheitserstschaden dieses Arbeitsunfalls, nämlich die schmerzhafte Prellung des Daumens, für die Zeit nach dem 16.08.2012 (Ende des Verletztengeldes) keine MdE um wenigstens 20 v. H. Denn die stattgehabte Prellung war - wie oben ausführlich dargelegt - ausgeheilt. Die übrigen, von den behandelnden Ärzten diskutierten Gesundheitsstörungen (CRPS, CTS, Schädigung des Nervus radialis) lagen - wie ebenfalls bereits dargelegt - nicht vor und auf die vom Kläger behaupteten Schmerzzustände kann - wie wiederum ausführlich begründet - für die Annahme von funktionellen Einschränkungen nicht abgestellt werden. Der Senat schließt sich deshalb der Beurteilung von Dr. K. (BG Klinik) und vom Sachverständigen Dr. W. an. Dr. K. schloss nach intensiver Diagnostik (neurologische Abklärung durch Dr. F.: keine neurologische Erklärung für die demonstrierten Bewegungsstörungen und Schmerzzustände, Bl. 202 VwA, Vorstellung beim psychologischen Dienst: keine psychischen Probleme, Bl. 238 VwA) und Therapie (Ergotherapie: gutes Ergebnis im Hand-Koordinationstest, nicht reproduzierbare Ergebnisse bei Handkraftmessung, am ehesten verursacht durch eine nicht korrekte Ausführung der Messung durch den Kläger, Bl. 238 VwA; physiotherapeutische Anwendungen, schmerztherapeutische Behandlung: keine Adressierung der Schmerzen trotz intensiver erweiterter schmerztherapeutischer Behandlung möglich, weitest gehende Schmerzfreiheit nach komplettem Absetzen der analgetischen Medikation, Bl. 238 VwA) ein Korrelat auf unfallchirurgisch-orthopädischem, psychologischem und neurologischem Fachgebiet für die vom Kläger beschriebene Schmerzsymptomatik aus und sah keine verbleibende MdE in rentenberechtigendem Ausmaß für die Zeit nach Abschluss des Heilverfahrens (ab 17.08.2012). Der Sachverständige Dr. W. hat sich dieser Einschätzung umfassend angeschlossen (Bl. 76 SG-Akte), nachdem auch er die beschriebenen Missempfindungen keinem Dermatome oder peripheren Nerven hat zuordnen können (Bl. 74 SG-Akte). Soweit sich der Kläger auf die von PD Dr. R. vorgenommene MdE-Bewertung (MdE um 40 v. H. bis zum 16.05.2014, Bl. 46 LSG-Akte) beruft, folgt der Senat dieser Einschätzung nicht, da der Sachverständige seine Bewertung auf die von ihm postulierte Läsion des Ramus superficialis des Nervus radialis mit sekundärer, schmerzassoziierter hemisensorischer Störung gestützt hat, die der Senat jedoch - wie bereits ausführlich dargelegt - als nicht nachgewiesen erachtet.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-02-01