L 6 U 3776/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 348/11
Datum
04.08.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 3776/14
Datum
17.03.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 4. August 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Gewährung von Verletztengeld über den 31. August 2010 hinaus.

Der 1976 geborene Kläger, der vormals mit Nachnamen F. hieß und - wie er dem Dipl.-Psych. M., Psychologischer Psychotherapeut, Mitte/Ende 2009 im Rahmen von fünf probatorischen Sitzungen mitteilte - mit 10 Jahren erste Alkoholexzesse durchlebte, weshalb mehrfach das Jugendamt eingeschaltet wurde, bekam zwei Jahre später den Suizidversuch seines drei Jahre älteren Bruders mit. Nachdem er unter anderem im Alter von 13 Jahren den Personenkraftwagen seiner Mutter an sich nahm und einen Unfall verursachte, wurde er ein Jahr später in einer Pflegefamilie untergebracht. Nach der Scheidung der Eltern in den 1980er Jahren lebte er gegen seinen Willen bei der Mutter, die jähzornig gewesen sei und ihn mehrfach mit dem Kochlöffel massiv verprügelt haben soll. Er musste das vierte Schuljahr wiederholen, das sechste und siebte verbrachte er in der Förderschule am Hungerberg in Freiburg, bei der es sich auch um eine Einrichtung für Erziehungshilfe handelte. Nach dem Hauptschulabschluss begann er 1992 eine Ausbildung als Forstwirt. Zwei Jahre später verließ er nach massiven Konflikten mit dem neuen Lebenspartner der Mutter sein Zuhause. Er verbrachte etwa ein Jahr mit dem Schlafsack im Freien, wobei er teilweise in einem Bauwagen im Wald unterkam. Die theoretische Lehrprüfung absolvierte er noch, zur praktischen erschien er allerdings nicht mehr. Anschließend übte er Hilfsarbeiten im Gartenbau aus. Im Jahre 2000 schloss er eine drei Jahre zuvor begonnene Ausbildung als Zahntechniker ab. Nach mehreren kürzeren Arbeitsverhältnissen war er von 2003 bis 2006 bei einem Zahnarzt im Praxislabor beschäftigt. Während der anschließenden Arbeitslosigkeit wurde er durch die Bundesagentur für Arbeit für die Tätigkeit als Laserschweißer, einschließlich der Bedienung von CNC-Maschinen, qualifiziert. Er heiratete im Oktober 2008, zwei Monate später kam die gemeinsame Tochter zur Welt.

Bereits ab Oktober 2007 arbeitete er in Vollzeit als Laserschweißer in der Produktion der L. GmbH in Emmendingen, die mittlerweile ihren Unternehmenssitz nach Sexau verlegte, mit Anspruch auf Entgeltfortzahlung für sechs Wochen. Die Tätigkeit übte er vorwiegend im Stehen an einer Maschine aus. Sie war wegen der Feinarbeit mit angestrengtem Sehen, ständiger Konzentration und einer besonderen Verantwortlichkeit verbunden. Zudem war der Kläger Druckluft ausgesetzt. Die Tätigkeit erforderte besondere Handfertigkeiten und war ständig beidhändig auszuüben. Sie war mit Kraft, aber auch Feingefühl verbunden, da bei den anzufertigenden Kleinteilen auch mit Kleinstmaßen, etwa 1/10 mm, gearbeitet wurde. Ab Juli 2008 übte er daneben eine vergleichbare geringfügige Beschäftigung bei der Bakker Laser Technology in St. P. aus (regelmäßige Arbeitszeit: 25 Stunden im Monat, Brutto-/Nettomonatsentgelt: 400 EUR). Der Lohn wurde ihm wegen eines auch insoweit bestehenden Anspruchs auf Entgeltfortzahlung bis 18. Mai 2009 gezahlt. Gegen Krankheit war er bei der Gmünder Ersatzkasse (GEK, heute: Barmer GEK) gesetzlich versichert.

Am 6. April 2009 befand sich der Kläger nach Arbeitsende um 17 Uhr auf dem etwa 800 m langen Nachhauseweg. Auf der Treppe zu der Außentür des Gebäudes, in dem sich die von ihm bewohnte Unterkunft befand, stürzte er auf die rechte Hand. Hierbei zog er sich eine Os metacarpale V-Köpfchen-Mehrfragmentfraktur rechts zu, die bereits bei der Erstversorgung im Kreiskrankenhaus Emmendingen von Dr. K. diagnostiziert und nach ICD-10 mit "S62.30" verschlüsselt wurde. Es wurde eine Dreifingergipsschiene angelegt. Bei Rotationsfehlstellung und computertomographisch nachgewiesenem dritten, subkapitalen Fragment bei einer subkapitalen Metacarpale-V-Fraktur rechts wurde am 9. April 2009 ambulant operativ eine geschlossene Reposition mit intramedullärer Stabilisierung durch einen elastisch stabilen Marknagel (TEN) mit einem Durchmesser von 2 mm vorgenommen. Nach dem Bericht des Oberarztes Dr. F., Abteilung Orthopädie -

Traumatologie, Fuß- und Wiederherstellungschirurgie des Kreiskrankenhauses Emmendingen - zeigte das postoperativ erstellte Röntgenbild, bei achsengerechter Stellung, eine korrekte Lage des Osteosynthesematerials. Klinisch sei die Rotationsfehlstellung aufgehoben gewesen.

Nach der Untersuchung des Klägers am 14. Mai 2009 diagnostizierte der Facharzt für Anästhesie Dr. E. neuropathische Beschwerden (ICD-10 G62.9) und ein Sudeck-Syndrom (ICD-10 M89.09). Es seien eine Hyperhidrose, eine Bewegungseinschränkung, eine fleckige Rötung, Haarwuchs, einschießende Schmerzen im Bereich der rechten Hand und Parästhesien festgestellt worden.

Am 8. Mai 2009 stellte sich der Kläger erneut bei Dr. K. im Kreiskrankenhaus Emmendingen vor, nachdem er progrediente Beschwerden im Bereich der rechten Hand, insbesondere des Handrückens, und eine vermehrte Schwellneigung verspürte. Weiterhin habe er über eine verstärkte Schweißneigung in der rechten Hohlhand berichtet. Bei der Wiedervorstellung fünf Tage später habe er immer noch über eine zunehmend vermehrte Hyperhidrose im Bereich der rechten Hohlhand, progrediente Beschwerden im rechten Handgelenk mit dem Punktum maximum über der Eintrittsstelle des Nagels, jedoch auch im Bereich der rechten Hand, teilweise nächtliche Schmerzen und eine progrediente Schwellung ab dem Nachmittag beklagt.

Über eine Nachuntersuchung Ende Juni 2009 äußerte Dr. K., die Entfernung des Osteosynthesematerials sei während eines dreitätigen stationären Aufenthaltes Mitte Juni 2009 erfolgt. Die postoperative Röntgenkontrolle habe eine vollständige Entfernung des TEN aus dem Os metacarpale V gezeigt, bei kaum noch abgrenzbarem Frakturspalt und korrekter Stellung. Das von Dr. E. diagnostizierte komplexe regionale Schmerzsyndrom (CRPS) vom Grad 1 sei dort regelmäßig behandelt worden. Bei seiner orthopädischen Untersuchung habe sich eine reizlose Narbe, eine noch diskrete Schwellung im Bereich des Handrückens über den Ossa metacarpalia IV und V Basis rechts, eine deutlich rückläufige Schweißneigung, eine endgradig eingeschränkte Beweglichkeit der Fingergelenke und im Bereich des rechten Handgelenkes, deutliche Beschwerden bei Ulnaduktion, ein Druckschmerz über der ehemaligen Eintrittsstelle des TEN sowie deutliche Beschwerden bei feinmotorischen Bewegungen der Fingergelenke und der Hand gezeigt.

Über ein Gespräch mit dem Kläger Ende Juli 2009 berichtete der Reha-Berater M., derzeit nehme der Kläger an Medikamenten Lyrica, 125 mg (1-1-1-1-1) sowie jeweils einmal täglich Amitriptylin und Omep ein. Zudem werde ihm einmal wöchentlich Cortison gespritzt. Obwohl die Gebrauchshand betroffen sei, könne der Kläger Verrichtungen des täglichen Lebens wie Waschen, Rasieren, Duschen und Essen vornehmen. Den Haushalt erledige die Ehefrau, welche sich wegen des gemeinsamen sieben Monate alten Kindes in Elternzeit befinde. Dreimal in der Woche fänden krankengymnastische Behandlungen statt. Seit 20. Juli 2009 sei eine Belastungserprobung mit 2 Stunden täglich erfolgt, welche eine Woche später einen Umfang von vier Stunden umfasst habe. Der Kläger habe angegeben, seine bisherige Tätigkeit nicht oder nur unter Schmerzen ausüben zu können.

Nach der Untersuchung des Klägers am 4. August 2009 tat Dr. K. und, die Narbe sei reizlos und die Schweißbildung rückläufig gewesen. Es habe noch eine diskrete Schwellung im Bereich des Handrückens über den Ossa metacarpalia IV und V Basis rechts vorgelegen. Die Beweglichkeit der Fingergelenke und im rechten Handgelenk sei jeweils endgradig eingeschränkt gewesen. Bei der Ulnaduktion hätten noch deutliche Beschwerden bestanden. Der Kläger habe einen Druckschmerz über der ehemaligen Eintrittsstelle des TEN geäußert. Bei den feinmotorischen Bewegungen der Fingergelenke und der Hand seien Beschwerden geäußert worden. Die periphere Durchblutung und die Sensibilität seien unauffällig gewesen.

Dem Chefarzt Prof. Dr. G., Berufsgenossenschaftliche (BG-)Unfallklinik Ludwigshafen, zeigte sich am 13. August 2009 eine reizlos verheilte Narbe über der Mittelhandknochen-V-Basis streckseitig. Eine Hyperhidrosis oder Allodynie im Sinne trophischer Störungen habe nicht vorgelegen. Die Werte nach der Neutral-0-Methode für die Handgelenksbeweglichkeit seien wie folgt gemessen worden: Extension/Flexion 60-0-80° rechts und 70-0-80° links, Supination/Pronation 90-0-90° rechts und links, Ulnar-Radialduktion 40-0-40° rechts und 50-0-40° links. Der Faustschluss und die Streckung hätten komplett vorgenommen werden können. Es habe sich eine verminderte Sensibilität über der Mittelhandknochen-V-Basis gefunden. Bei der Kraftmessung mit dem Dynamometer hätten sich Werte von 0-0-0 N rechts und 10-20-15 N links ergeben. Auf ihm vorgelegten röntgenologischen Fremdaufnahmen sei eine knöcherne Konsolidierung der Mittelhandknochen-V-Fraktur zu erkennen gewesen.

Über die Untersuchung des Klägers am 9. September 2009 berichtete der im Zentrum für Physiotherapie und Rehabilitation in Emmendingen tätige Chirurg und Unfallchirurg Dr. Qu., die rechte Hand sei im Vergleich zur linken äußerlich unauffällig gewesen. Es habe weder eine livide Verfärbung noch eine Glanzhaut vorgelegen. Ein verstärktes Schwitzen sei ebenfalls nicht festzustellen gewesen, wobei der Kläger über eine vermehrte Schweißbildung an der rechen Hand bei Sonnenschein berichtet habe. Es sei eine reizlos verheilte kleine Narbe an der Basis des fünften Mittelhandknochens zu erkennen gewesen. Der Kläger habe ein Gefühl im Schachtbereich erwähnt, welches sich anfühle, als würden Käfer herumlaufen. Manchmal habe er an dieser Stelle gar kein Gefühl. Die Beweglichkeit der Finger sei gut gewesen. So hätten eine vollständige Streckung und der Faustschluss vorgenommen werden können. Beim endgradigen Faustschluss habe der Kläger noch ein erhebliches Ziehen und Stechen in der Strecksehne angegeben. Bei der Beugung im Kleinfinger habe dieser angefangen zu zittern. Die Dorsalextension im Handgelenk sei im Vergleich zu links um etwa 10 bis 20° eingeschränkt gewesen. Dabei habe der Kläger noch Schmerzen im ulnaren Handgelenksbereich geäußert. Bei der kernspintomographischen Untersuchung des rechten Handgelenkes habe sich noch eine Dislokation der Sehnen des Musculus extensor digiti minimi nach subkutan im Bereich des carpu-metacarpalen Überganges gezeigt. Ferner sei ein Knochenmarködem im Bereich des Os metacarpale V als Zustand nach Entfernung des Osteosynthesematerials zu erkennen gewesen. Ziel der ambulanten Rehabilitation sei neben der Funktionsverbesserung die Schmerzlinderung gewesen. Es erfolge eine intensive Physiotherapie im Rahmen einer Einzelkrankengymnastik sowie eine Kryo- und Elektrotherapie. Die Beweglichkeit, vor allem im Kleinfinger, habe sich bereits gebessert. Der Kläger habe aber immer noch ein Stechen im Handrücken über dem fünften Strahl geäußert. Insgesamt bestehe die Hauptproblematik in der psychischen Verarbeitung des Unfallereignisses und den noch extremen Schmerzen in der rechten Handkante.

Nach der ambulanten Vorstellung des Klägers am 16. September 2009 verwies Dr. K. auf eine kernspintomographische Untersuchung am 10. August 2009, bei der sich eine Sehnenverlagerung des Musculus extensor digiti minimi nach subkutan im Bereich des carpu-metacarpalen Überganges gezeigt habe. Weiter sei ein Knochenmarksödem im Bereich des Os metacarpale V als Zustand nach Entfernung des Osteosynthesematerials zu erkennen gewesen. Ein Ganglion oder ein freies Knochenfragment seien nicht erkannt worden.

Der Dipl.-Psych. M. berichtete Anfang Oktober 2009 über die fünf durchgeführten probatorischen Sitzungen, er habe neben einem Morbus

Sudeck-Syndrom rechts (ICD-10 M89.09) psychische Kofaktoren bei multiplen schweren biographischen Belastungs- und Verhaltensfaktoren bei Morbus Sudeckerkrankung (ICD-10 F54) sowie eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10 F43.22) diagnostiziert. An Medikamenten nehme der Kläger Lyrica, Ibuprofen und Antidepressiva ein.

Prof. Dr. G. berichtete nach einer Untersuchung des Klägers am 5. Oktober 2009, nach fehlgeschlagener Arbeitsbelastungserprobung und fehlenden Fortschritten nach bisheriger erweiterter ambulanter Physiotherapie, ambulanter Psychotherapie und Schmerztherapie sehe er weiterhin eine klare Indikation für eine komplexe stationäre Rehabilitation. Dies habe der Kläger bislang aus familiären Gründen wegen seines kleinen Kindes abgelehnt. Über ein Telefonat mit Dr. Sch., Kreiskrankenhaus Emmendingen, am 12. Oktober 2009 vermerkte die Beklagte, der Kläger benutze die rechte Hand überhaupt nicht. Auch bei der Begrüßung habe er ihm nicht diese, sondern die linke Hand gegeben. Der Kläger sei total auf seine rechte Hand fixiert gewesen. Bereits während des kurzzeitigen stationären Aufenthaltes zur Entfernung des Osteosynthesematerials habe dieser Panik bekommen und fluchtartig das Krankenhaus verlassen.

Die Beklagte beauftragte den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. mit der Erstattung eines Gutachtens. Wegen der Dauer der Gutachtenerstattung und der Einschätzung des Dipl.-Psych. M., wonach eine psychotherapeutische Behandlung dringend erforderlich sei, genehmigte die Beklagte fünfzehn Sitzungen einer Verhaltenstherapie. Nach ambulanten Untersuchungen des Klägers am 10. und 16. Dezember 2009 führte Dr. B. aus, dieser habe über Schmerzen in der rechten Hand berichtet, die bis zum Ellenbogen aufstiegen. Dies sei keine typische Schmerzsymptomatik für ein CRPS. Ein objektivierbarer neurologischer Befund habe an der rechten Hand nicht bestanden. Zu diagnostizieren sei lediglich eine unfallunabhängige Läsion des Nervus ulnaris im Sulcus links, die bei dem leptosomen Habitus nicht zwingend als Ausdruck einer Überbelastung des linken Armes durch Schonhaltung des rechten eingeordnet werden könne. Hierzu könne es auch durch ein Aufstützen des Ellenbogens ohne weitere besondere Belastung kommen. Zudem bestünden eine psychoreaktive Störung im Sinne einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression sowie eine somatoforme Schmerzstörung. Das Unfallereignis mit protrahiertem Heilungsverlauf und zumindest vorübergehenden beschriebenen Symptomen im Sinne eines aufrechterhaltenen komplexen regionalen Schmerzsyndroms sei als wesentliche Teilursache der Verschlimmerung der vorbestehenden psychischen Instabilität anzusehen. Nach der vorliegenden Befunddokumentation hätten jedoch bereits anlässlich einer Untersuchung Anfang August 2009 keine Symptome eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms mehr vorgelegen. Bei der gegebenen emotionalen Instabilität könnten die psychoreaktiven Störungen im Sinne einer leichtgradigen Depression mit Angst ohne jede äußere Einwirkung durch alltägliche Belastungen auftreten. Eine vorübergehende psychoreaktive Störung könne indes in Form einer Verschlimmerung dieses Leidens auf den Unfall zurückgeführt werden. Wesentliche psychische, auf den Unfall zurückzuführende Störungen hätten zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung allerdings nicht mehr vorgelegen. Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe nicht mehr bestanden.

Nach der Untersuchung des Klägers am 26. Januar 2010 diagnostizierte der Facharzt für Anästhesie Dr. T., der unter anderem mit Dr. E. eine Gemeinschaftspraxis betreibt, nunmehr zudem chronische unbeeinflussbare Schmerzen (ICD-10 R52.1). An der Aufrechterhaltung des Schmerzes seien auch psychosoziale Faktoren beteiligt. Der Kläger sei weiterhin arbeitsunfähig erkrankt. Ihm seien Amitriptylin, 50 mg, Omep, 20 mg und Ibuprofen, 800 mg (1-0-0) verordnet worden.

Auf Nachfrage der Beklagten teilte Dr. Sch. in einem Telefonat Anfang Februar 2010 mit, aus chirurgischer Sicht lägen keine erheblichen Unfallfolgen mehr vor. Auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet bestehe aus seiner Sicht ebenfalls keine Arbeitsunfähigkeit mehr.

Nach dem Bericht des Dipl.-Psych. M. vom 23. Februar 2010 seien seit Oktober 2009 mit dem Kläger 18 ambulante verhaltenstherapeutische Einzelsitzungen durchgeführt worden. Anlass für die Psychotherapie sei ein regionales Schmerzsyndrom an der rechten Hand einhergehend mit depressiven Stimmungszuständen, psychischer Labilität, psychophysischer Erschöpfung, Schlafstörungen, massiven Zukunftsängsten und ausgeprägten Irritationen des Selbst- und Körperbildes gewesen. Im Behandlungszeitraum bis Anfang/Mitte Dezember 2009, bevor dem Kläger von der Hauptarbeitgeberin mündlich mitgeteilt worden sei, dass ihm gekündigt werde, habe sich die depressive Symptomatik wesentlich verbessert gehabt. Ängste hätten besser bewältigt werden können. Die Weinanfälle und die inneren Unruhezustände seien im Sinne einer psychischen Stabilisierung zurückgegangen gewesen. Der Kläger habe zunehmend kleine Schritte einer besseren Schmerzbewältigung entwickelt. Die Schmerzsymptomatik habe sich bis dahin, einhergehend mit intensiven regelmäßigen physiotherapeutischen Übungen und durch Dr. T. veranlasste Schmerzblockaden, deutlich reduziert gehabt. Im Februar 2010 habe der Kläger das Ergebnis der neurologischen Begutachtung mitgeteilt bekommen, was ihn weiter verunsichert habe. Er habe das Gutachten so verstanden, dass er die Schmerzen möglicherweise simuliere, weshalb er sehr verletzt gewesen sei und sich nicht ernst genommen gefühlt habe. Im Moment befinde er sich in einer extremen Sackgasse, habe kaum Visionen und wisse nicht, wie es weitergehe.

Der Facharzt unter anderem für Handchirurgie Dr. K. diagnostizierte nach Untersuchungen des Klägers am 26. Februar und 2. März 2010 eine somatoforme Schmerzstörung sowie einen Zustand nach subkapitaler Os metakarpale V-Köpfchenfraktur rechts und ein CRPS im Stadium I. Bei der klinischen Untersuchung habe eine endgradige Bewegungseinschränkung im Bereich des Grundgelenkes des rechten Kleinfingers bestanden, vor allem bei der Beugung und geringer bei der Streckung. Darüber hinaus sei eine reizlos abgeheilte Narbenbildung ulnar der proximalen Mittelhand zu sehen gewesen. Die streckunterbeugeseitige Sehnen-funktion sei regelrecht gewesen. In Kenntnis des bisherigen Heilungsverlaufes und des momentanen klinischen Befundes habe beim Kläger eine somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund gestanden. Die Fraktur und auch das CRPS seien weitgehend ausgeheilt gewesen. Nach Einschätzung von Dr. K. von Ende März 2010 könne der Kläger seine bisherige Tätigkeit als Laserschweißer voraussichtlich nicht mehr aufnehmen. Tätigkeiten mit starker Belastung des rechten Armes könnten nicht mehr ausgeübt werden, solche mit geschäftlichen Vorgängen, etwa im kaufmännischen Bereich, seien allerdings in drei bis vier Monaten möglich.

Die L. GmbH kündigte das Arbeitsverhältnis mit dem Kläger mit Wirkung zum 30. April 2010, worüber dieser die Beklagte Ende März 2010 unterrichtete.

Dr. T. teilte der Beklagten Mitte Juni 2010 telefonisch mit, die vom Kläger angegebenen Schmerzen der Hand seien weniger körperlich, sondern vielmehr psychisch bedingt. Die ambulanten Therapiemöglichkeiten seien ausgeschöpft. Eine stationäre Behandlung habe der Kläger unter Hinweis auf seine Ehefrau und kleine Tochter abgelehnt.

Auf Veranlassung der Beklagten untersuchte der Chefarzt der Klinik für Hand-, Plastische, Rekonstruktive und Verbrennungschirurgie der BG-Unfallklinik Tübingen, Prof. Dr. Sch., den Kläger am 8. Juli 2010 klinisch und radiologisch und erstellte hierüber einen ambulanten

Untersuchungsbericht auf handchirurgischem Fachgebiet mit fachärztlicher Stellungnahme. Der Kläger habe vor allem über Kraftlosigkeit sowie einen ziehenden Schmerz berichtet, der von der Hand bis zum temporalen Bereich des Kopfes reiche. Zudem längen ausgeprägte diffuse Schmerzen entlang des gesamten rechten Armes vor. Diese seien teilweise brennend, juckend und teilweise dumpf. Bei der klinischen Untersuchung habe der Kläger mit dem rechten Arm in Schonhaltung den Raum betreten. Zur Begrüßung habe er seine linke Hand ausgestreckt und sich geweigert, die rechte zu geben. Es hätten sich diffuse Handschmerzen mit keinem ausgeprägten Punktum maximum der Druckschmerzhaftigkeit gezeigt. Eine vermehrte Behaarung oder eine erhöhte Schweißneigung hätten nicht vorgelegen. Die Hauttrophik habe sich vergleichbar mit der linken Hand gezeigt. Die Zwei-Punkte-Diskrimination und die Durchblutung in der Peripherie seien regelrecht gewesen. Der Fingerkuppen-Hohlhandabstand sowie der Fingernagel-Tischkantenabstand hätten passiv und aktiv 0-0-0-0 cm betragen. Ein Drehfehler sei nicht festgestellt worden. Bei der röntgenologischen Untersuchung habe sich die Fraktur knöchern verheilt gezeigt. Frische knöcherne Verletzungen hätten nicht vorgelegen. Aus handchirurgischer Sicht sei der Kläger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig arbeitsfähig. In Übereinstimmung mit den vorhanden neurologischen Untersuchungen gehe er zum Zeitpunkt seiner Untersuchung nicht von einem CRPS aus.

Der Kläger erhielt von beiden Arbeitgeberinnen Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall bis 18. Mai 2009. Wegen der Vollzeittätigkeit wurde ihm von der Beklagten anschließend bis 31. August 2010 Verletztengeld in Höhe von kalendertäglich 57,14 EUR gezahlt, ob der geringfügigen Beschäftigung 10,66 EUR, insgesamt also 67,80 EUR. Bereits mit Schreiben vom 11. August 2010 hatte ihm die Beklagte mitgeteilt, sie beabsichtige die Zahlung des Verletztengeldes mit Ablauf des 31. August 2010 einzustellen. Er könne sich bis zu diesem Datum hierzu äußern, einen Widerspruch indes erst einlegen, wenn ihm ein Bescheid bekanntgegeben worden sei. Mit Schreiben vom 6. September 2010, welches als Betreff unter anderem "Bescheid über Einstellung von Verletztengeld" anführte und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen war, teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass sie mit Ablauf des 31. August 2010 die Zahlung des Verletztengeldes einstellte. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bestünde nicht mehr.

Hiergegen erhob der Kläger am 20. September 2010 unter Hinweis darauf Widerspruch, dass er sich gegen die Ablehnung des Antrages auf Übernahme der Kosten der psychologischen Behandlung durch Dipl.-Psych. M. wende. Im Widerspruchsverfahren legte er ein Attest von Dr. K. vom 28. September 2010 vor, wonach momentan Arbeitsunfähigkeit auf dem gesamten Arbeitsmarkt bestehe; beim Kläger verbleibte eine dauerhafte Gebrauchsminderung seines rechten Armes. In seiner Widerspruchsbegründung von Ende Oktober 2010 ging er auch darauf ein, dass er sich gegen die Einstellung des Verletztengeldes wende. Am 23. November 2010 teilte der Kläger der Beklagten mit, dass er nun über keinen Krankenversicherungsschutz mehr verfüge. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 22. Dezember 2010 zurückgewiesen.

Der Kläger hat am 21. Januar 2011 beim Sozialgericht Freiburg (SG) Klage erhoben, mit der er die Gewährung von Verletztengeld und im Anschluss Verletztenrente begehrt hat.

Das SG hat von dem Chefarzt der Neurologie des Pro Vita-Rehazentrums am Klosterwald in Villingen-Schwenningen, Dr. B., Facharzt für Neurologie mit Zusatzbezeichnung unter anderem Psychotherapie, ein Gutachten eingeholt. Dieser hat nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 16. März 2011 in seiner Expertise, einschließlich zweier ergänzender Stellungnahmen, ausgeführt, es lägen diagnostisch eine sympathische Reflexdystrophie der rechten Hand, welche synonym für den Morbus Sudeck oder das CRPS stehe, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Somatisierungsstörung auf dem Boden einer Dysthymia vor. Aufgrund der Anamnese, der Aktenlage und der aktuellen Untersuchung gehe er davon aus, dass der Kläger bereits vor dem Unfall psychische Beschwerden wegen einer schwierigen Kindheit und psychischen Vernachlässigung, einem schwierigen Verhältnis zur Mutter, der Trennung der Eltern, Gewalt- und Übergrifferfahrungen in der Kindheit sowie eines Suizidversuches des Bruders gehabt habe. Diese psychische Vulnerabilität habe möglicherweise das CRPS begünstigt, sei aber nicht Voraussetzung für dessen Entstehung gewesen. Der Unfall selbst und der posttraumatische Verlauf reichten für die Entstehung eines CRPS durchaus aus, so dass dieses mit seinen Einschränkungen als Unfallfolge berücksichtigt werden müsse. Nach dem 10. Dezember 2009, also der ersten gutachterlichen Untersuchung bei Dr. B., sei dieses zwar noch nicht ausgeheilt gewesen. Die überwiegenden Einschränkungen seien aber erst im Rahmen der psychosozialen Verstärkung durch den Arbeitsplatzverlust und den Erhalt des von diesem erstellten negativen Gutachtens entstanden. Erst danach sei wieder über eine deutliche Verschlimmerung der Beschwerden durch den behandelnden Psychotherapeuten M. berichtet worden. Anhand der Aktenlage hätten beim Kläger nach sicher umfangreicher Therapie des CRPS ab dem 10. Dezember 2009 keine wesentlich fassbaren Befunde mehr vorgelegen, so dass aus seiner Sicht ab diesem Zeitpunkt keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr vorgelegen habe. Die bei seiner Untersuchung festgestellte Arbeitsunfähigkeit sei unfallunabhängig psychoreaktiv bedingt gewesen. Wesentliche Abweichungen zum Gutachten von Dr. B. bestünden nicht. Lediglich dessen Aussage, dass ein CRPS nicht vorhanden sei, sei kritisch zu würdigen, da sicherlich kleine Restbeschwerden organisch erklärbar seien. Mit diesem stimme er indes darin überein, dass die überwiegenden Beschwerden psychosomatisch bedingt seien.

Ein Ödem sei zum Zeitpunkt seiner Untersuchung nicht sichtbar gewesen. Das Knochenmarködem im Os metacarpale V, welches auf dem Magnetresonanztomogramm (MRT) des "linken" Handgelenkes vom 10. August 2009 zu erkennen sei, habe er bei der Vorgeschichte im Gutachten erwähnt. Zutreffend sei, dass zur Bestätigung der Diagnose eines CRPS konventionelle Röntgenaufnahmen, kernspintomographische Untersuchungen, eine Messung der Hauttemperatur und eine quantitativ-sensorische Testung hilfreich seien. Da diese Untersuchungen zum Teil schon durchgeführt worden seien und er an der Diagnose nicht gezweifelt habe, sei auf diese zusätzliche Diagnostik verzichtet worden. Auch wenn sich sämtliche Schmerzbeschwerden in der rechten Hand nach dem Unfallereignis am 6. April 2009 entwickelten, reiche dies nicht aus, die aktuell noch vorhandenen Schmerzen komplett als unfallabhängig einzuordnen. Viel entscheidender seien die Betrachtung der Diskrepanz zwischen subjektiven und objektiven Beschwerden, die Bewertung des Schweregrades des Unfallereignisses sowie die Berücksichtigung der Primärpersönlichkeit. Es bestehe zwar nach wie vor ein CRPS, worauf auch ein Teil der beim Kläger vorhandenen Schmerzen zurückzuführen sei. Der andere Teil der Schmerzen sei jedoch durch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung herbeigeführt worden. Letztere sei zwar im zeitlichen Zusammenhang mit dem CRPS entstanden, aber nicht als mittelbare Folge des Unfallereignisses anzusehen. Bei der Zusammenhangsbeurteilung müsse das schädigende Ereignis nicht nur als Unfallereignis, sondern auch als Erlebnis bewertet werden. Das Ereignis selbst sei dabei nicht als traumatisch oder lebensbedrohlich einzustufen. Der Kläger sei auf einer gemauerten Pflastersteintreppe zum Hauseingang ins Leere getreten und dabei gestürzt. Natürlich könnten auch leichtere Unfälle schwere Erlebnisreaktionen bewirken. In der Regel gelte aber, je schwerer das Unfallgeschehen aus objektiver und subjektiver Sicht sei, desto wahrscheinlicher entstehe ein psychisches Trauma. Entscheidend bleibe nach der unfallmedizinischen Literatur, ob sich die Einschränkung der Willenskraft, psychische Gesundheitsstörungen zu überwinden, vorwiegend aus dem Erlebnisgehalt des

Ereignisses oder mehr aus der Primärpersönlichkeit ableiten lasse. Wegen des eher leichten Traumas, der vorbeschriebenen Primärpersönlichkeit des Klägers und der von ihm aktuell durchgeführten gutachterlichen Untersuchung sei von einer unfallunabhängigen Beschwerdesymptomatik auszugehen. In Bezug auf die Frage der Gelegenheitsursache müsse davon ausgegangen werden, dass auch andere exogene Beeinträchtigungen im Alltagsleben eine solche Erlebnisreaktion hätten auslösen können. Aufgrund der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie e. V. (AWMF online) sei die Diagnose eines CRPS zutreffend gestellt worden.

Das SG hat zudem ein Gutachten bei der Oberärztin Dr. W.-B., Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Freiburg, eingeholt. Nach deren Ausführungen nach einer ambulanten Untersuchung des Klägers am 25. August 2011 liege bei ihm ein kombiniertes Beschwerdebild aus dem ängstlich-depressiven Formenkreis mit depressiv-freudloser Grundstimmung, Insuffizienzgefühlen, Perspektivlosigkeit und einem Schmerzsyndrom, welches sich organpathologisch nicht hinreichend erklären lasse und von dem Betroffenen überwiegend somatisch attribuiert werde, für dessen Beginn und Erhalt jedoch psychosoziale Faktoren auszumachen seien, vor. Diagnostisch handele es sich dabei um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine depressive Störung mit mindestens mittelgradiger Episode (ICD-10 F32.1).

Der Kläger habe es abgelehnt, detaillierte Angaben über seine Kindheit und Jugend zu machen. Diese Zeit habe mit dem aktuellen Schmerzgeschehen nichts zu tun. Er fühle sich durch die Nachfragen bedrängt und abgestempelt. Er befürchte, Angaben über diese Zeit würden gegen ihn verwendet. Es lasse sich zwar wegen der auch der Aktenlage zu entnehmenden Entwicklungsgeschichte des Klägers mit früher emotionaler Vernachlässigung und Gewalterfahrung eine erhöhte Vulnerabilität annehmen. Ihm sei es hingegen bis zu dem Unfallereignis im April 2009 und gerade in den Jahren zuvor gelungen gewesen, ein stabiles Leben mit Familiengründung und hoher Arbeitsleistung zu meistern. Es habe sich kein Anhalt dafür gefunden, dass die Stabilität im Vorfeld labilisiert gewesen sei. Er habe keine professionelle Hilfe in Form einer ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlung auf psychiatrischem Fachgebiet in Anspruch genommen. Daher habe die durch den Unfall hervorgerufene körperliche Verletzung die auf psychiatrischem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen maßgeblich verursacht. Gleichwohl hätten die eigenen Leistungsanforderungen, die durch die körperliche Verletzung nicht hätten erfüllt werden können, und die sozialen Ausgrenzungserlebnisse am Arbeitsplatz den Verlauf der Erkrankungen beeinflusst. Die gegenüber den Vorgutachtern Dr. B. und Dr. B. abweichende Einschätzung beruhe insbesondere auf der konträren Kausalitätsbeurteilung und Gewichtung. In Übereinstimmung mit diesen seien indes eine somatoforme Schmerzstörung und ein depressives Syndrom diagnostiziert worden. Das Ausmaß und die Dauer der depressiven Störung gingen mittlerweile allerdings über eine Anpassungsstörung weit hinaus, so dass diese als mindestens mittelgradige depressive Episode einzustufen sei. Angesichts der Dauer wäre auch eine Dysthymie zusätzlich zu diagnostizieren.

Das SG hat darüber hinaus versucht, ein Gutachten nach einer ambulanten Untersuchung des Klägers bei dem Ärztlichen Leiter der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Ortenau-Klinikums in Lahr-Ettenheim, Dr. med. Dr. phil. N., einzuholen, was jedoch daran gescheitert ist, dass der Kläger die jeweils anberaumten Untersuchungstermine am 10. Mai und 25. Oktober 2012 sowie 26. Juni 2013 nicht wahrgenommen hat. Unterdessen hat dieser am 25. Juli 2012 gegenüber dem SG telefonisch mitgeteilt, seit der Benutzung eines TENS-Gerätes gehe es ihm etwas besser.

Der Kläger hat sich erstmals am Samstag, 28. Juli 2012 und am Folgetag stationär in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Psychiatrie Emmendingen (im Folgenden: ZfP) aufgehalten, wo eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) und nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10 F59) diagnostiziert worden sind. Die Aufnahme sei in Begleitung der Polizei bei Verdacht auf eine drohende Selbstschädigung erfolgt. Die Ehefrau des Klägers habe nach einem Telefonat mit ihm den Eindruck gehabt, er könne sich möglicherweise das Leben nehmen, woraufhin die Polizei alarmiert worden sei. Bereits am Mittwoch davor habe er, nach Ankündigung der Ehefrau, sie wolle gehen und die gemeinsame Tochter mitnehmen, mit Suizid gedroht. Nach der psychiatrischen Anamnese sei bislang keine stationäre Behandlung erfolgt. Vor einigen Jahren habe der Kläger Amitryptilin und Mirtazapin eingenommen, wegen Unwohlseins aber wieder abgesetzt. Als er sich bereits am zweiten Tag des stationären Aufenthaltes klar und deutlich von Suizidalität distanziert habe, habe er seine sofortige Entlassung gewünscht. Nach erneuter ehelicher Eskalation am Montag, 30. Juli 2012 hat sich der Kläger aus Befürchtung, die Polizei werde erneut eingeschaltet, aus eigenem Entschluss bis 1. August 2012 in stationäre Behandlung ins ZfP begeben. Diagnostiziert worden sind nun neben der Anpassungsstörung sonstige somatoforme Störungen (ICD-10 F45.8). Die Anpassungsstörung bestehe wegen des Trennungskonfliktes. Inwiefern in der aktuellen Konfliktsituation Persönlichkeitsakzentuierungen eine Rolle spielten, habe in der Kürze der Zeit nicht beurteilt werden können. Der Kläger habe in den Klinikaufenthalt eingewilligt, ohne einen klaren, erfüllbaren therapeutischen Auftrag geben zu können. Thematisch sei er auf den Kontaktwunsch mit der Tochter fixiert gewesen. Ein für den zweiten Tag vorgesehenes Gespräch zwischen dem Kläger, seiner Ehefrau und einer Ärztin sei nicht zustande gekommen, da der Termin von der Ehefrau abgesagt worden sei, da sie sich vom Kläger massiv bedroht gefühlt habe. Daraufhin habe dieser auf seine sofortige Entlassung hingewirkt. Auf Drängen der Ehefrau, die mit der Tochter aus der gemeinsamen Wohnung aus- und zu ihren Eltern nach Köln gezogen ist, hat sich der Kläger vom 13. August 2012 bis 9. Januar 2013 in vollstationäre und anschließend bis 8. Februar 2013 in teilstationäre Behandlung ins ZfP begeben, woraufhin eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode und psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) und ein chronisches Schmerzsyndrom mit Neurodystrophie (ICD-10 M89.00) diagnostiziert worden sind. Er habe über eine seit drei bis vier Jahren anhaltende depressive Verstimmung, Schlafstörungen, eine verminderte Frustrationstoleranz und Spannungen in der Partnerschaft berichtet. Die Ursache sehe er in dem Unfallereignis von April 2009. Hierdurch habe er massive Kränkungen erfahren. In der Folge sei die sinnstiftende Tagesstruktur weggefallen, wodurch es zu einem Rückzug und einer Verweigerungshaltung gekommen sei. Weitere stationäre Behandlungen im ZfP erfolgten am 13. und vom 14. bis 18. Juni, vom 20. Juni bis 11. Juli, vom 12. bis 15. Juli sowie vom 15. bis 18. September 2013. Zuletzt ist von dem Oberarzt Dr. O., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom mit wiederkehrender Suizidalität (ICD-10 F62.80), differentialdiagnostisch eine Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und narzisstischen Anteilen, und eine absichtliche Selbstschädigung in Form eines Suizidversuches durch Tabletteneinnahme (ICD-10 X84.9) diagnostiziert worden. Seit 2012 hätten nun mehrfache akute Suizidalität und Suizidandrohungen bei Trennungssituation von der Ehefrau mit damit verbundenem Kontaktabbruch zur Tochter bestanden. Beim Kläger, der tabakabhängig sei, sei es wiederkehrend zu Alkoholkonsum gekommen. In der Vorgeschichte sei der der Kontakt mit Tetrahydrocannabinol (THC), also von Cannabis, erwähnt. Über einen längeren Zeitraum habe er ausgeprägt Schmerzmittel eingenommen.

Die vom Amtsgericht Emmendingen zwischenzeitlich für den Kläger bestellte Betreuung durch J.-M. H. ist mittlerweile wieder aufgehoben worden.

Im erstinstanzlichen Klageverfahren hat der Kläger bis zuletzt bekräftigt, das CRPS und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung hätten ursprünglich einen rheumatischen Auslöser gehabt, welcher auf das Unfallereignis zurückzuführen sei. Um dies zu stützen hat er einen Aufsatz von N./R., Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Der Schmerz 2010, Seite 209 ff. vorgelegt.

Mit Schreiben vom 7. Juli 2014 hat das SG dem Kläger dargelegt, weshalb es von der Erfolglosigkeit der Rechtsverfolgung ausgehe und darauf hingewiesen, dass beabsichtigt ist, durch Gerichtsbescheid zu entscheiden, der nicht vor dem 4. August 2014 ergehen werde. Mit beim SG am 4. August 2014 eingegangenem Schriftsatz hat der Kläger weiter zur Sach- und Rechtslage vorgetragen sowie darauf hingewiesen, für die Kausalitätsbeurteilung komme es auf den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand an, wozu eine aktuelle Veröffentlichung vorgelegt worden sei. Hierzu seien die beiden gerichtlichen Sachverständigen zu befragen.

Mit am 4. August 2014 verfasstem Gerichtsbescheid, von dem die Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle am Folgetag Ausfertigungen für die Beteiligten erstellt und diese zur Post gegeben hat, ist die Klage abgewiesen worden. Die auf die Gewährung von Verletztenrente gerichtete Klage sei mangels vorangegangener Verwaltungsentscheidung bereits unzulässig. Der angefochtene Bescheid regle lediglich die Einstellung von Verletztengeld. Soweit der Kläger die Weiterbewilligung von Verletztengeld verfolge, sei die Klage zwar zulässig, aber unbegründet. Über den 31. August 2010 hinaus habe der Kläger keinen Anspruch hierauf. Denn eine auf den Arbeitsunfall am 6. April 2009 zurückzuführende Arbeitsunfähigkeit habe ab dem 1. September 2010 nicht vorgelegen.

Hiergegen hat der Kläger am 3. September 2014 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt, womit zunächst neben der Gewährung von Verletztengeld über den 31. August 2010 hinaus im Anschluss daran Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 40 vom Hundert sowie die Feststellung der Gesundheitsstörungen CRPS, anhaltende somatoforme Schmerzstörung und depressive Störung mit mittelgradiger depressiver Episode als Folgen des Arbeitsunfalls vom 6. April 2009 verfolgt worden sind.

Auf Nachfrage hat der Kläger mitgeteilt, zwischen Januar 2005 bis Dezember 2009 bei Dr. A. und Dr. B. in hausärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Daraufhin sind beide um Übersendung von Eigen- und Fremdbefundberichten gebeten worden. Im April 2015 hat Dr. A. geäußert, in diesem Zeitraum hätten keine Untersuchungen und Behandlungen des Klägers stattgefunden, Dr. B. hat verschiedene Dokumente übersandt.

Nachdem Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Neurowissenschaftliche Gutachtenstelle am Bezirkskrankenhaus Günzburg mit der Erstattung einer Expertise nach einer ambulanten Untersuchung des Klägers beauftragt worden ist und dieser mitgeteilt hat, aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage zu sein, sich einer neuerlichen persönlichen Begutachtung zu unterziehen, hat der Berichterstatter einen Erörterungstermin am 19. Juni 2015 anberaumt. Bei diesem hat der Kläger - neben einer Beschränkung des Klageantrages auf die Gewährung von Verletztengeld über den 31. August 2010 hinaus - erklärt, Dr. B. habe seine Hände absichtlich verwechselt. Alle Gutachter ignorierten, dass er sein rechtes Handgelenk nicht mehr nach hinten beugen könne. Er habe auch Probleme mit dem Händedruck. Dass er die rechte Hand nicht zur Begrüßung geben wolle, liege schlicht daran, dass er Beschwerden im Bereich der Hände habe, die immer noch anhielten.

Im Anschluss an den Gerichtstermin hat sich der Kläger am 26. August 2015 von Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. ambulant untersuchen lassen. Nach dessen Gutachten von Anfang Oktober 2015, einschließlich einer ergänzenden Stellungnahme von Anfang Februar 2016, bestehe auf nervenärztlichem Fachgebiet aktuell eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Darüber hinaus sei es in der Vergangenheit immer wieder zu Dekompensationen der vorbestehenden emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, auch mit Suizidversuchen, gekommen. Über das erste Jahr nach dem Unfallereignis hinaus seien keine Gesundheitsstörungen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit darauf zurückzuführen. Die Entwicklung der polytopen somatoformen Schmerzstörung sei nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit dem Unfallereignis zuzurechnen. Gleiches gelte für die bereits in das Berufsleben eingebrachte Persönlichkeitsstörung. Zwar habe sich der Kläger zum Zeitpunkt des Unfallereignisses in einer hinreichend stabilen privaten und beruflichen Situation befunden. Die sich im weiteren Verlauf jedoch zunehmend abzeichnende, bereits in das Berufsleben eingebrachte emotional-instabile Persönlichkeitsstörung sei jedoch als so ausgeprägt einzuschätzen, dass auch nach Abklingen der unmittelbar körperlichen und mittelbaren seelischen Unfallfolgen die psychische Situation zunehmend weiter dekompensiert gewesen sei. Bei dieser Störung spielten dann jedoch persönlichkeitsimmanente Faktoren die weitaus überwiegende Rolle. Es sei nicht ersichtlich, dass über den 31. August 2010 hinaus unfallbedingt Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Soweit Dr. B. Ende 2009 keine messbare ängstlich-depressive Anpassungsstörung beschrieben habe, stehe dies in gewissem Kontrast zu dem psychologischen Längsschnittbefund. Retrospektiv sei allerdings nur schwer zu beurteilen, in welchem Umfang die damalige Symptomatik bestanden habe. Dem Gutachten von Dr. B. sei insofern zuzustimmen, dass bis Ende 2009 eine rentenberechtigende Schmerzsymptomatik wegen eines abklingenden CRPS vorgelegen habe. Er gehe zwar von einem erst langsamen Abklingen der mittelbar unfallbedingten Anpassungsstörung aus. Eine dauerhaft bestehende MdE lasse sich hierdurch jedoch nicht begründen. Mit dem Gutachten von Dr. W.-B. stimme er nicht überein. Mehrfach beschreibe sie, es sei davon auszugehen, dass die psychischen Erkrankungen ohne den Unfall oder eines vergleichbaren außergewöhnlichen Ereignisses nicht aufgetreten wären. Für eine schlüssig nachvollziehbare Zusammenhangsbeurteilung sei dies jedoch nicht ausreichend.

Die kindliche und jugendliche Entwicklung des Klägers sei wenig klar zu eruieren gewesen. Während er sich bei den Aufenthalten im ZfP 2012 und im Folgejahr als "Sunnyboy" beschrieben und im Rahmen seiner Exploration seine Biographie bis zu dem Unfallereignis im April 2009 als völlig problemlos dargestellt habe, fänden sich in den früheren Anamnesen umfangreich Hinweise auf eine ausgeprägt gestörte jugendliche Entwicklung. Dies habe der Kläger indes bei der aktuellen Exploration vehement bestritten. Seit 1997 sei es jedenfalls offensichtlich zu einer Stabilisierung gekommen, als der Kläger mit der Ausbildung zum Zahntechniker begonnen habe.

Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei nach ICD-10 mit "F45.40" und die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung mit "F60.3" zu verschlüsseln, das inzwischen nicht mehr nachweise komplexe regionale Schmerzsyndrom (CRPS) als Algodysthrophie mit "M89.04". Was die Anknüpfungstatsachen anbelange, habe er diese schlicht nach Aktenlage wiedergegeben. Ob diese richtig oder falsch seien, könne er nicht beurteilen. Soweit sich für ihn gutachtlich belangvolle Unklarheiten ergeben hätten, habe er im Rahmen seiner biographischen Anamnese nachgefragt. Die gemachten Angaben habe er in Anwesenheit des Klägers diktiert. Zuvor sei dieser ausdrücklich darauf hingewiesen worden, von ihm gegebenenfalls falsch verstandene Angaben unmittelbar zu korrigieren. Auch die Dosierung des Medikaments Lyrica sei in Anwesenheit des Klägers im Diktat festgehalten worden, nachdem er den ihm zugesandten Fragebogen zur

Medikamenteneinnahme nicht ausgefüllt habe. Ein Diktatfehler seinerseits liege dabei nicht vor, da er in seinen handschriftlichen Aufzeichnungen "Lyrica 2 x 25 mg (meist 1x)" vermerkt habe. Die therapeutischen Dosierungen hätten bei 150 bis 600 mg je Tag gelegen, so dass seine Annahme einer niedrigen Dosierung der zugrundeliegenden Substanz Pregabalin weiterhin hinreichend korrekt erscheine. Im Gutachten habe er vor allem auf die Diskrepanzen zwischen den vorliegenden Akten und den Angaben des Klägers im Rahmen der Begutachtung hingewiesen. Was hierbei richtig oder falsch sei, vermöge er nicht zu beurteilen. Die Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung sei eine psychiatrische Diagnose, die naturgemäß nicht von den erstversorgenden Chirurgen, sondern erst ab Herbst 2009 von den ab diesem Zeitpunkt involvierten Psychologen und Psychiatern, im Übrigen durchgehend, gestellt worden sei. Dass der Kläger vor dem Unfallereignis nie in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung gewesen sei, sei von ihm nie bestritten worden.

Aufgrund der aus dem Jahre 2009 vorliegenden Befunde sei für ihn die Diagnose eines CRPS nachvollziehbar, nachdem mehrfach Störungen vegetativer Nervenfasern ("trophische Störungen") mit vermehrter Schweißneigung, eine ödematöse Schwellung, ein verändertes Haarwachstum, eine "Glanzhaut" und eine fleckige Hautrötung als objektivierbare "Marker" einer derartigen Symptomatik erwähnt seien. Diese stellten jedoch gleichzeitig auch die objektiven Verlaufsparameter dar. Ab Herbst 2009 seien von letztlich allen damit befassten untersuchenden Personen keine erkennbaren Hautveränderungen mehr beschrieben worden. Auch im Rahmen seiner diesbezüglich sehr eingehenden Untersuchung hätten sich keinerlei objektivierbare Zeichen für ein CRPS gefunden. Entsprechend sei ein solches nun, nach heutigem wissenschaftlichen Erkenntnisstand, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschließen.

Angesichts der chirurgisch-radiologisch unauffälligen strukturellen Befunde und des Fehlens von Hinweisen auf das Vorliegen eines weiterbestehenden CRPS sei im Gegensatz zu dem vom Kläger genannten Schlüssel "F41.41" für chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren der Schlüssel "F41.40" zu verwenden, der im Übrigen auch von den Vorgutachtern jeweils angeführt worden sei. Was den genauen Zeitpunkt des Beginns dieser Symptomatik angehe, sei er retrospektiv naturgemäß auf die vorliegenden Akten angewiesen. Eine Verschiebung der Wesensgrundlage bei weiterbestehender Schmerzsymptomatik ohne ersichtliche objektivierbare körperliche Unfallfolgen sei dabei spätestens für den Verlauf des Jahres 2010 anzunehmen. Die von Dr. W.-B. gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) habe er im Rahmen seiner Begutachtung auf der Befundebene nicht mit hinreichender Sicherheit nachvollziehen können. Auch diese habe sich in ihrem Gutachten hierzu recht vage ausgedrückt.

Eine erste psychische Dekompensation in Form eines psychophysischen Zusammenbruches sei in den Unterlagen bereits für Ende 2009 im Zusammenhang mit Arbeitsplatzproblemen dokumentiert. Ab Sommer 2012 sei es nach den Berichten der Klinikärzte des ZfP zu zahlreichen, zum Teil auch notfallmäßigen stationären psychiatrischen Aufenthalten bei möglicher Selbstgefährdung im Zusammenhang mit ehelichen Problemen gekommen.

Wenn ein Körperschaden wie auch ein CRPS abklinge, sei nach wissenschaftlichem Kenntnisstand nicht ersichtlich, weshalb danach nicht auch die damit verbundenen Schmerzen vorübergingen, es sei denn, es gebe andere aufrechterhaltende Faktoren. Diese seien dann jedoch zwangsläufig nicht mehr dem Körperschaden zuzurechnen. So werde bei "Anpassungsstörungen" als psychischer Fehlverarbeitung einer Schmerzsymptomatik nach aktuellem wissenschaftlichen Kenntnisstand, dokumentiert in der neusten Version des diagnostischen und statistischen Manuels der amerikanischen psychiatrischen Fachgesellschaft DSM-5, ein Abklingen der psychischen Reaktion innerhalb von sechs Monaten gefordert, wenn die Belastung oder deren Folgen beendet seien. Wenn spätestens ab Ende 2009 kein objektivierbares CRPS und auch keine sonstige körperliche Unfallfolge mehr erkennbar seien, bedeute dies, dass weiterbestehende Beschwerden, seien dies nun Schmerzen oder andere Symptome, nicht mehr mit hinreichender Wahrscheinlichkeit dem Unfallereignis zugerechnet werden könnten. In diesen Zusammenhang führe auch die Aussage nicht weiter, dass nach den AWMF-Leitlinien die Diagnose eines CRPS nur dann gestellt werde, wenn posttraumatisch ein Schmerz vorhanden sei, der nicht mit dem erwarteten Heilungsverlauf in Einklang zu bringen sei. Dies sei zwar korrekt, negiere jedoch die Tatsache, dass die Diagnose eines relevanten CRPS neben dem geklagten Schmerz auf Grund der pathophysiologischen Zusammenhänge stets an objektivierbare Befunde geknüpft sei.

Somatoforme Störungen entwickelten sich in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen. Entsprechend erscheine grundsätzlich jede anhaltende Lebensproblematik, zu der über Monate andauernde Schmerzen gehörten, geeignet, eine solche Störung auszulösen. Im konkreten gutachtlichen Kontext entscheidend sei jedoch nicht nur die Bedeutung des CRPS für die Auslösung der Störung, sondern auch deren weiterer Verlauf. Wenn sich, wie im Falle des Klägers, eine zunächst körperlich begründbare Schmerzsymptomatik im weiteren Verlauf verselbstständige, obwohl die zugrundeliegende körperliche Ursache der Schmerzen inzwischen nachweislich abgeklungen sei, müsse der Ursachenzusammenhang mit dem Unfallereignis verneint werden.

Der Kläger trägt im Wesentlichen vor, Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. sei zwar auf seine Einwände zu dessen Gutachten in der ergänzenden Stellungnahme eingegangen, seine Auffassung überzeuge ihn gleichwohl nicht. Bei ihm lägen über den 31. August 2010 hinaus auf den Versicherungsfall vom 6. April 2009 zurückzuführende Gesundheitsstörungen vor, die zur Arbeitsunfähigkeit geführt hätten.

Er beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 4. August 2014 und den Bescheid vom 6. September 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Dezember 2010 aufzuheben sowie die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen des Arbeitsunfalls vom 6. April 2009 Verletztengeld über den 31. August 2010 hinaus zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, die medizinische Befundlage lasse nicht den Schluss zu, dass wegen des Ereignisses vom 6. April 2009 über den 31. August 2010 hinaus unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und auf die Verwaltungsakte der Beklagten (4 Hefte) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist form- und fristgerecht (§ 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft (§ 143, § 144 SGG), da ein Endzeitpunkt der begehrten Leistung nicht feststeht (§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG) und alternativ der Wert des Beschwerdegegenstandes von 750 EUR überschritten wird (§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG). Dem Kläger wurde bislang, im Anschluss an die durch die Arbeitgeberinnen vorgenommene Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Verletztengeld vom 19. Mai 2009 bis 31. August 2010, also für 470 Tage bewilligt. Nach dem materiellen Recht endet die Gewährung von Verletztengeld spätestens mit Ablauf der 78. Woche (§ 46 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VII), so dass danach ein Anspruch des Klägers grundsätzlich noch für 76 Kalendertage möglich ist (546 abzgl. 470 Tage). Da sich die Höhe des Verletztengeldes nach § 47 Abs. 1 SGB VII bei mehreren Beschäftigungen nicht nur unter Berücksichtigung des Entgelts aus der versicherten Tätigkeit, deren Verrichtung zu dem Unfall geführt hat, berechnet, sondern aus dem Gesamtbetrag der Arbeitsentgelte in allen Beschäftigungen, an deren Ausübung Versicherte infolge einer durch den Versicherungsfall bedingten Arbeitsunfähigkeit gehindert sind (BSG, Urteil vom 23. Juli 2015 - B 2 U 6/14 R -, SozR 4-2700, § 72 Nr. 1, Rz. 13), betrifft die Klage - aus Sicht des Klägers und unter Vernachlässigung, dass er, wie er selbst vorgetragen hat, nach dem 31. August 2010 Krankengeld nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung erhielt - einen auf eine Geldleistung gerichteten Verwaltungsakt im Sinne des § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG, bei dem der Wert des Beschwerdegegenstandes 5.152,80 EUR beträgt [(57,14 EUR + 10,66 EUR) x 76 Tage]. Die danach zulässige Berufung ist indes unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist der Gerichtsbescheid des SG vom 4. August 2014, mit dem die als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1 und 4 SGG) erhobene Klage, mit welcher der Kläger nach der nichtöffentlichen Sitzung beim LSG am 19. Juni 2015 zuletzt nur noch unter Aufhebung des Bescheides vom 6. September 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Dezember 2010 wegen des Ereignisses vom 6. April 2009 die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung von Verletztengeld über den 31. August 2010 hinaus verfolgt hat (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 18. September 2009 - L 8 U 5884/08 -, juris, Rz. 32 ff. zu einer Teilrücknahme der Klage durch spätere Antragsbeschränkung), abgewiesen worden ist. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist für die Leistungsklage der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung (Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 54 Rz. 34). Die Klage ist unbegründet, da der Kläger ab 1. September 2010 keinen Anspruch auf die begehrte Leistung hat. Die angefochtene Verwaltungsentscheidung ist daher rechtmäßig und verletzt ihn nicht in seinen Rechten.

Als Rechtsgrundlage für die vom Kläger beanspruchte Gewährung von Verletztengeld kommt, da die Voraussetzungen für einen Anspruch auf das so genannte "Übergangs-Verletztengeld" nach § 45 Abs. 2 SGB VII ersichtlich nicht vorliegen, einzig § 45 Abs. 1 SGB VII in Betracht. Danach wird Verletztengeld erbracht, wenn Versicherte infolge eines Versicherungsfalls arbeitsunfähig sind oder wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können und unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder die dort aufgeführten Sozialleistungen hatten. Gemäß § 46 Abs. 1 SGB VII wird Verletztengeld von dem Tag an gezahlt, ab dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, oder mit dem Tag des Beginns einer Heilbehandlungsmaßnahme, welche die Versicherten an der Ausübung einer ganztägigen Erwerbstätigkeit hindern. Die Zahlung von Verletztengeld endet nach § 46 Abs. 3 Satz 1 SGB VII mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit oder der Hinderung an einer ganztägigen Erwerbstätigkeit durch eine Heilbehandlungsmaßnahme (Nr. 1) oder mit dem Tag, der dem Tag vorausgeht, an dem ein Anspruch auf Übergangsgeld besteht (Nr. 2). Vorliegend fehlt es indes bereits an einer wegen des Ereignisses vom 6. April 2009 bestehenden Arbeitsunfähigkeit des Klägers nach dem 31. August 2010.

Arbeitsunfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls liegt anknüpfend an die Rechtsprechung zu diesem Begriff in der gesetzlichen Krankenversicherung vor, wenn Versicherte aufgrund der Folgen eines Versicherungsfalls nicht in der Lage sind, ihrer zuletzt ausgeübten oder einer gleich oder ähnlich gearteten Tätigkeit nachzugehen (vgl. zur ständigen Rechtsprechung in der gesetzlichen Krankenversicherung: BSG, Urteile vom 30. Mai 1967 - 3 RK 15/65 -, BSGE 26, 288, 9. Dezember 1986 - 8 RK 12/85 -, BSGE 61, 66 und 8. Februar 2000 - B 1 KR 11/99 R -, BSGE 85, 271 (273); zur Übernahme dieses Begriffs in die gesetzliche Unfallversicherung: BSG, Urteile vom 29. November 1972 - 8/2 RU 123/71 -, BSGE 35, 65, 4. Dezember 1991 - 2 RU 76/90 -, SozR 3-2200 § 560 Nr. 1 und 13. August 2002 - B 2 U 30/01 R -, SozR 3-2700 § 46 Nr. 1). Arbeitsunfähigkeit ist danach gegeben, wenn Versicherte ihre zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls konkret ausgeübte Tätigkeit wegen Krankheit nicht weiter verrichten können (vgl. hierzu und zum Folgenden: BSG, Urteil vom 30. Oktober 2007 - B 2 U 31/06 R -, SozR 4-2700 § 46 Nr. 3, Rz. 12). Dass sie möglicherweise eine andere Tätigkeit trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung noch ausüben können, ist unerheblich. Geben sie nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit die zuletzt innegehabte Arbeitsstelle auf, ändert sich allerdings der rechtliche Maßstab insofern, als für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr die konkreten Verhältnisse an diesem Arbeitsplatz maßgebend sind, sondern nunmehr abstrakt auf die Art der zuletzt ausgeübten Beschäftigung abzustellen ist. Versicherte dürfen dann auf gleich oder ähnlich geartete Tätigkeiten verwiesen werden, wobei aber der Kreis möglicher Verweisungstätigkeit entsprechend der Funktion des Kranken- oder Verletztengeldes eng zu ziehen ist. Handelt es sich bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit um einen anerkannten Ausbildungsberuf, so scheidet eine Verweisung auf eine außerhalb dieses Berufes liegende Beschäftigung aus. Auch eine Verweisungstätigkeit innerhalb des Ausbildungsberufes muss, was die Art der Verrichtung, die körperlichen und geistigen Anforderungen, die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten sowie die Höhe der Entlohnung angeht, mit der bisher verrichteten Arbeit im Wesentlichen übereinstimmen, sodass Versicherte sie ohne größere Umstellung und Einarbeitung ausführen können. Dieselben Bedingungen gelten bei ungelernten Arbeiten, nur dass hier das Spektrum der zumutbaren Tätigkeiten deshalb größer ist, weil die Verweisung nicht durch die engen Grenzen eines Ausbildungsberufes eingeschränkt ist.

Der Kläger stand nach der schriftlichen Kündigung der L. GmbH mit Wirkung zum 30. April 2010 anschließend nicht mehr in einem Arbeitsverhältnis mit ihr. Zudem war das Vertragsverhältnis mit der Bakker Laser Technology einvernehmlich bereits mit Ablauf des 18. Mai 2009 beendet worden. Die konkret für beide Arbeitgeberinnen ausgeübten Tätigkeiten und die Art der jeweils ausgeübten Beschäftigung als Laserschweißer unterscheiden sich indes nicht. Zur Zeit des Unfalls übte der Kläger die Tätigkeit bei der L. GmbH vorwiegend im Stehen und an einer Maschine aus. Sie war wegen der Feinarbeit mit angestrengtem Sehen, ständiger Konzentration und einer besonderen Verantwortlichkeit verbunden. Zudem war der Kläger Druckluft ausgesetzt. Die Tätigkeit erforderte besondere Handfertigkeiten und war ständig beidhändig auszuüben. Sie war mit Kraft, aber auch Feingefühl verbunden, da bei den anzufertigenden Kleinteilen auch mit Kleinstmaßen, etwa 1/10 mm, gearbeitet wurde. Eine vergleichbare geringfügige Beschäftigung übte der Kläger bei der Bakker Laser Technology aus.

Diese konkret zum Zeitpunkt des Unfalls ausgeübte versicherte Tätigkeit als Beschäftigter (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII) bei der LILA GmbH und die zu dieser Zeit vorgenommene Arbeit für die Bakker Laser Technology, wie auch eine abstrakt nach der Art einer solchen Beschäftigung vorzunehmende Tätigkeit, konnte der Kläger wegen der Folgen des Ereignisses vom 6. April 2009 jedenfalls ab 1. September 2010 wieder verrichten.

Die durch den Unfall erlittene Os metacarpale V-Köpfchen-Mehrfragmentfraktur rechts (ICD-10-GM-2016 S62.30), wie sie bereits bei der Erstversorgung durch Dr. K. diagnostiziert worden ist, ist folgenlos ausgeheilt gewesen. Bereits unmittelbar nach der drei Tage später durchgeführten ambulanten Operation zeigte sich im Röntgenbild, bei achsengerechter Stellung, eine korrekte Lage des Osteosynthesematerials. Klinisch war die eingetretene Rotationsfehlstellung beseitigt. Dr. K. hat die Fraktur nach Untersuchungen Ende Februar und Anfang März 2010 als weitgehend ausgeheilt beschrieben. Schließlich zeigte sich die Fraktur bei der röntgenologischen Untersuchung durch Prof. Dr. Sch. Anfang Juli 2010 knöchern verheilt. Nach der gleichzeitig durchgeführten klinischen Untersuchung waren die Zwei-Punkte-Diskrimination und die Durchblutung in der Peripherie regelrecht. Der Fingerkuppen-Hohlhandabstand sowie der Fingernagel-Tischkantenabstand betrugen 0-0-0-0 cm, konnten also ohne Einschränkung vorgenommen werden. Ein Drehfehler wurde nicht festgestellt.

Eine Algodystrophie, wie sie von dem Sachverständigen Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. nach ICD-10-GM-2016 für den Bereich der Hände mit "M89.04" nachvollziehbar verschlüsselt worden ist und für die die Synonyme sympathische Reflexdystrophie, wie etwa von dem Sachverständigen Dr. B., Morbus Sudeck oder CRPS verwendet werden, ist zwar ebenfalls Folge des Ereignisses vom 6. April 2009, allerdings am 1. September 2010 ebenfalls, ohne Einschränkungen zu hinterlassen, ausgeheilt gewesen. Die Krankheit ist im Falle des Klägers erstmals von Dr. E. nach einer Untersuchung Mitte Mai 2009 als Sudeck-Syndrom diagnostiziert und nach ICD-10 mit "M89.09", also mit einer nicht näher bezeichneten Lokalisation, verschlüsselt worden. Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. hat schlüssig ausgeführt, dass nach den aus dem Jahre 2009 vorliegenden Befunden die Diagnose eines CRPS nachvollziehbar ist, nachdem mehrfach Störungen vegetativer Nervenfasern ("trophische Störungen") mit vermehrter Schweißneigung, eine ödematöse Schwellung, ein verändertes Haarwachstum, eine "Glanzhaut" und eine fleckige Hautrötung als objektivierbare "Marker" einer derartigen Symptomatik erwähnt worden sind. Wie er weiter überzeugend ausgeführt hat, stellen diese gleichzeitig auch die objektiven Verlaufsparameter dar. Ab Ende 2009 sind jedoch von allen damit befassten untersuchenden Ärzten keine erkennbaren Hautveränderungen mehr beschrieben worden. Dr. B. ist nach seinem im Wege des Urkundenbeweises verwerteten Gutachten (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG i. V. m. §§ 415 ff. Zivilprozessordnung - ZPO) davon ausgegangen, dass bereits Anfang August 2009 keine Symptome eines komplexen regionalen Schmerzsyndromes mehr vorgelegen haben. Der Sachverständige Dr. B. hat ausgeführt, dass ab Mitte Dezember 2009 keine wesentlich fassbaren Befunde für ein CRPS mehr festgestellt worden sind. Soweit dieser an anderer Stelle im Gutachten das "linke" Handgelenk angeführt hat, handelt es sich ersichtlich um einen Wiedergabefehler, welcher die Expertise nicht unbrauchbar oder gar unverwertbar macht. Auch im Rahmen der von Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. vorgenommenen eingehenden Untersuchung fanden sich keinerlei objektivierbare Zeichen für ein CRPS mehr.

Der Kläger leidet zwar noch an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10-GM-2016 F45.40), wie sie von Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. diagnostiziert worden ist. Die Entwicklung dieser polytopen Gesundheitsstörung ist allerdings nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit (vgl. zu diesem Beweismaßstab etwa BSG, Urteil vom 31. Januar 2012 - B 2 U 2/11 R -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 43, Rz. 17) dem Unfallereignis zuzurechnen. Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. hat schlüssig ausgeführt, wenn ein Körperschaden wie auch eine Algodystrophie abklingt, ist es nach wissenschaftlichem Kenntnisstand nicht ersichtlich, weshalb danach nicht auch die damit verbundenen Schmerzen vorübergingen, es sei denn, es gebe andere aufrechterhaltende Faktoren. Diese sind dann jedoch zwangsläufig nicht mehr dem Körperschaden zuzurechnen. Diese medizinische Einschätzung dieses Sachverständigen hat den Senat überzeugt. Da spätestens ab Ende 2009 keine objektivierbare Algodystrophie und auch keine sonstige körperliche Unfallfolge mehr erkennbar war, bedeutet dies, worauf Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. nachvollziehbar hingewiesen hat, dass weiterbestehende Beschwerden, seien dies nun Schmerzen oder andere Symptome, nicht mehr mit hinreichender Wahrscheinlichkeit dem Unfallereignis zugerechnet werden können. In diesen Zusammenhang führt auch die Aussage des Klägers nicht weiter, dass nach den AWMF-Leitlinien die Diagnose eines CRPS nur dann gestellt werde, wenn posttraumatisch ein Schmerz vorhanden sei, der nicht mit dem erwarteten Heilungsverlauf in Einklang zu bringen sei. Dies ist zwar auch nach Auffassung von Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. zutreffend, berücksichtigt jedoch nicht die Tatsache, dass die Diagnose einer relevanten Algodystrophie neben dem geklagten Schmerz auf Grund der pathophysiologischen Zusammenhänge stets an objektivierbare Befunde geknüpft ist. Die vom Kläger angeführte Veröffentlichung von N./R. kann die Einschätzung dieses Sachverständigen bereits deshalb nicht erschüttern, da sie sich mit der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10-GM-2016 F45.41) befasst, einer Gesundheitsstörung, die vorliegend nicht objektiviert worden ist (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - B 2 U 31/11 R -, juris, Rz. 18). Weder Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. noch Dr. B., Dr. W.-B. oder Dr. B. haben diese Diagnose gestellt.

Die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10-GM-2016 F60.3) des Klägers, wie sie ebenfalls von Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. diagnostiziert worden ist, ist genauso wenig auf das Unfallereignis am 6. April 2009 zurückzuführen. Sie bestand bereits davor und hat lediglich immer wieder zu Dekompensationen geführt, wie dies etwa durch die Suizidversuche 2012 und im Folgejahr, welche durch die familiäre Situation bedingt gewesen sind und weswegen er mehrfach das ZfP aufsuchte, deutlich wird. Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. hat überzeugend ausgeführt, dass sich die individuellen Ausprägungen der Persönlichkeit bei jedem Menschen während der Kindheit und Jugend entwickeln. Entsprechend handelt es sich hierbei definitionsgemäß um die bereits in das Erwerbsleben eingebrachte Persönlichkeitsstruktur. Diese trägt nicht unwesentlich dazu bei, wie mit Schicksalsschlägen und Krankheiten im weiteren Leben umgegangen wird. Die Grundpersönlichkeit, die nicht in einem Prozentwert oder Ähnlichem zu fassen ist, hat bei der Entwicklung psychischer Störungen immer Bedeutung. Zwar ist der Kläger zum Zeitpunkt des Unfallereignisses in einer hinreichend stabilen privaten und beruflichen Situation gewesen. Die sich im weiteren Verlauf zunehmend abzeichnende, bereits in das Berufsleben eingebrachte emotional-instabile Persönlichkeitsstörung ist jedoch, der Einschätzung von Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. folgend, als so ausgeprägt einzuschätzen, dass auch nach zwischenzeitlichem Abklingen der unmittelbar körperlichen und mittelbaren seelischen Unfallfolgen die psychische Situation zunehmend weiter dekompensiert gewesen ist. Bei dieser Störung haben dann jedoch persönlichkeitsimmanente Faktoren die weitaus überwiegende Rolle eingenommen. Die Diagnosestellung konnte an eine ausgeprägt gestörte jugendliche Entwicklung anknüpfen. Wie der Kläger selbst dem Dipl.-Psych. M. Mitte/Ende 2009 im Rahmen von fünf probatorischen Sitzungen mitteilte, durchlebte er bereits mit 10 Jahren erste Alkoholexzesse, weshalb mehrfach das Jugendamt eingeschaltet wurde, und bekam zwei Jahre später den Suizidversuch seines drei Jahre älteren Bruders mit. Nachdem er unter anderem im Alter von 13 Jahren den Personenkraftwagen seiner Mutter an sich nahm und einen Unfall verursachte, wurde er ein Jahr später in einer Pflegefamilie untergebracht. Nach der Scheidung der Eltern in den 1980er Jahren lebte er gegen seinen Willen bei der Mutter, die jähzornig gewesen sein und ihn mehrfach mit dem Kochlöffel massiv verprügelt haben soll. Er

musste das vierte Schuljahr wiederholen, das sechste und siebte verbrachte er in der Förderschule am Hungerberg in Freiburg, bei der es sich auch um eine Einrichtung für Erziehungshilfe handelte. Nach dem Hauptschulabschluss begann er 1992 eine Ausbildung als Forstwirt. Zwei Jahre später verließ er nach massiven Konflikten mit dem neuen Lebenspartner der Mutter sein Zuhause. Er verbrachte etwa ein Jahr mit dem Schlafsack im Freien, wobei er teilweise in einem Bauwagen im Wald unterkam. Die theoretische Lehrprüfung absolvierte er noch, zur praktischen erschien er allerdings nicht mehr. Anschließend übte er Hilfsarbeiten im Gartenbau aus, bevor er 1997 eine dreijährige Ausbildung als Zahntechniker begann. Hiervon ist der Senat überzeugt, im Gegensatz zu der Schilderung des Klägers hierzu gegenüber Prof. Dr. Dr. Dipl.-W. bei der gutachterlichen Untersuchung, wonach er sich als "Sunnyboy" bezeichnet, seine Biographie bis zum Unfallereignis Anfang April 2009 als völlig problemlos dargestellt und eine ausgeprägt gestörte jugendliche Entwicklung vehement bestritten hat. Weder nach dem SGG noch nach der Zivilprozessordnung (ZPO) gibt es zwar eine Beweisregel in dem Sinne, dass frühere Aussagen oder Angaben grundsätzlich einen höheren Beweiswert besitzen als spätere; im Rahmen der freien Beweiswürdigung (§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG, § 286 ZPO) sind vielmehr alle Aussagen, Angaben und sonstigen Einlassungen zu würdigen. Gleichwohl kann das Gericht im Rahmen der Gesamtwürdigung den zeitlich früheren Aussagen aufgrund der Gesichtspunkte, dass die Erinnerung hierbei noch frischer war und sie von irgendwelchen Überlegungen, die darauf abzielen, das Klagebegehren zu begünstigen, noch unbeeinflusst waren, einen höheren Beweiswert als den späteren zumessen (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2003 - B 2 U 41/02 R -, SozR 4-2700 § 4 Nr. 1, Rz. 12; Urteile des Senats vom 12. August 2014 - L 6 VH 5821/10 ZVW - juris, Rz. 144 und vom 21. Mai 2015 - L 6 U 1053/15 -, juris, Rz. 34). Hiervon geht der Senat vorliegend aus, zumal der Kläger bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. W.-B. detaillierte Angaben über seine Kindheit und Jugend unter anderem mit der Begründung abgelehnt hat, zu befürchten, solche würden gegen ihn verwendet. Deren Ausführungen, wonach die Erkrankungen des Klägers auf psychiatrischem Fachgebiet unfallbedingt sind, folgt der Senat indes nicht. Denn sie beschreibt in ihrem Gutachten lediglich mehrfach, dass diese Gesundheitsstörungen ohne den Unfall oder eines vergleichbaren außergewöhnlichen Ereignisses nicht aufgetreten wären. Vor dem Hintergrund der überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. Dr. Dipl.-W. beschreibt sie damit lediglich die Möglichkeit des Ursachenzusammenhanges, hinreichend wahrscheinlich ist er deshalb nicht.

Eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10-GM-2016 F32.1) steht nicht zur Überzeugung des Senats fest. Die von Dr. W.-B. gestellte Diagnose ist bereits nach den Ausführungen in ihrem Gutachten nicht hinreichend hergeleitet worden, worauf auch Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. hingewiesen hat. Zudem hat er sie im Rahmen seiner Begutachtung auf der Befundebene nicht mit hinreichender Sicherheit nachvollziehen können. Sonstige Gesundheitsstörungen, die beim Kläger als möglicherweise vorliegend thematisiert worden sind, haben bereits nicht objektiviert werden können oder sind zumindest nicht in eines der gängigen Diagnosesysteme unter Verwendung eines darin aufgeführten Schlüssels konkret eingeordnet worden (vgl. BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - B 2 U 31/11 R -, juris, Rz. 18), weshalb sie sich bereits deshalb nicht als vorhandene, gegebenenfalls unfallbedingte Gesundheitsschäden haben nachvollziehen lassen.

Somit liegt keine Gesundheitsstörung als Folge des Ereignisses vom 6. April 2009 vor, die eine über den 31. August 2010 hinausgehende Arbeitsunfähigkeit bewirkt hat. Eine Maßnahme der Heilbehandlung, welche der Ausübung einer ganztägigen Erwerbstätigkeit entgegengestanden hätte (§ 45 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 2 SGB VII) und wegen des Ereignisses vom 6. April 2009 erfolgte (vgl. Ricke a. a. O., § 45 SGB VII, Rz. 4), ist nicht vorgenommen worden.

Die Voraussetzungen für eine Aufhebung der erstinstanzlichen Entscheidung und Zurückverweisung an das SG nach § 159 Abs. 1 SGG liegen nicht vor. Offen bleiben kann, ob das Verfahren vor dem SG an einem wesentlichen Mangel leidet. Dies liegt durchaus nahe, da der Gerichtsbescheid zwar am 4. August 2014 verfasst worden war, allerdings die Geschäftsstelle erst am Folgetag verlassen hat. Zu diesem Zeitpunkt hat der Kläger bereits weiter zur Sach- und Rechtslage vorgetragen sowie darauf hingewiesen, für die Kausalitätsbeurteilung komme es auf den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand an, wozu eine aktuelle Veröffentlichung vorgelegt worden sei. Hierzu seien die beiden gerichtlichen Sachverständigen zu befragen. Gleichwohl hat das SG den Gerichtsbescheid zugestellt statt die Anhörungsmitteilung gegenüber dem Kläger zu wiederholen, über das unverändert beabsichtigte Verfahren zu unterrichten und damit darauf hinzuweisen, dass nicht Beweis erheben werde (vgl. Leitherer, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 105 Rz. 11 m. w. N.). Aufgrund dieses Unterlassens ist indes keine umfangreiche und aufwändige Beweisaufnahme notwendig gewesen (§ 159 Abs. 1 Nr. 2 SGG). Der Rückgriff auf den Sachverständigenbeweis im Berufungsverfahren ist demgegenüber vorrangig erfolgt, um zu klären, ob eine bereits vor dem Unfallereignis am 6. April 2009 bestehende Erkrankung des Klägers auf psychiatrischem Fachgebiet vorgelegen hat, welche die ab September 2010 vorhandenen Gesundheitsstörungen haben herbeiführen können.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2016-04-08