

L 2 U 260/15

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 33 U 333/11

Datum

11.05.2015

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 260/15

Datum

04.05.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zu den Voraussetzungen von Verletztengeld, Verletztenrente und zur Verhängung von Verschuldungskosten

I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 11.05.2015 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Klage gegen die Bescheide der Beklagten vom 08.02.2010 (statt 12.02.2010) sowie vom 07.07.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.04.2011 zurückgewiesen wird.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Der Kläger hat 500,00 EUR an die Staatskasse zu bezahlen.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob der Kläger wegen des anerkannten Arbeitsunfalls vom 20.04.2009 Anspruch auf Verletztengeld über den 12.02.2010 hinaus und ob er Anspruch auf Verletztenrente hat.

Der Kläger ist 1963 in Marokko geboren und aufgewachsen. Seine Kindheit und Jugend hat er selbst gegenüber Ärzten als äußerst belastend geschildert. Im Wesentlichen hat er Folgendes angegeben: Sein Vater und dessen Familie hätten seine Mutter misshandelt. Er sei im Alter von sechs Monaten von seiner Mutter getrennt worden und habe sie lange nicht wiedergesehen. Während seiner Kindheit sei er von seinem Vater geschlagen und misshandelt und auch von anderen Familienmitgliedern sehr schlecht behandelt worden. Er sei mehrfach - auch unter Bedrohung seines Lebens - vergewaltigt worden, sei in der Schule und von der Polizei geschlagen und mehrfach in Marokko überfallen worden. Als Erwachsener sei er im Rahmen des Konflikts zwischen Irak und Kuwait fast angeschossen worden. Seit 1991 lebt der Kläger in Deutschland. Seine erste Ehefrau, mit der er von 1993 bis 1998 verheiratet war, litt unter einer Psychose (vgl. Bericht von Dr. P. vom 20.11.2000). Das Sorgerecht für den gemeinsamen Sohn hat er vom Jugendamt auch nach Heirat seiner zweiten Ehefrau (ca. 2000/2001) nicht wieder erhalten. Mit seiner zweiten Ehefrau, die an Multipler Sklerose leidet (Diagnose ca. 2010), hat er vier Kinder, wobei die jüngste, im Januar 2011 geborene Tochter an Morbus Down leidet.

Seit Oktober 2008 war der Kläger als Isolierhelfer bei der Firma S. Rohrleitung und Isolierungen in A-Stadt beschäftigt. Der Arbeitgeber des Klägers war als Subunternehmer der Firma H + G für die Firma W. tätig. Am 20.04.2009 reinigte der Kläger bei W. Rohre von Isolierschaum mit einem Reinigungsmittel, das Ethylpyrrolidin-2-on und Ethyl-4,4,4-trifluoracetoacetat enthielt. Die dabei verwendeten Handschuhe mit einem Handrücken aus Textil und einer Arbeitsfläche aus Leder waren nicht dicht. Infolge des Kontakts mit dem Reinigungsmittel zog sich der Kläger Verletzungen der Haut beider Hände zu. Trotzdem führte er diese Arbeiten nach eigenen Angaben bis zum 30.04.2009 aus.

Vom 04.05.2009 bis 09.05.2009 wurde der Kläger vom Urologen wegen chronischer Prostatitis krankgeschrieben. Am 04.05.2009 stellte sich der Kläger bei dem Hautarzt Dr. B. vor. Dieser dokumentierte im Befundbericht vom 12.05.2009 ekzemartige Hautveränderungen, eine Rötung, Schuppung, eine rhagade Hyperhidrose sowie eine dermatöse Schwellung und diagnostizierte ein toxisches Kontaktekzem an beiden Händen. Wegen Auftragsmangels kündigte der Arbeitgeber dem Kläger am 11.05.2009 mündlich und am 12.05.2009 schriftlich zum 22.05.2009.

Der Durchgangsarzt (D-Arzt) Dr. H., bei dem sich der Kläger am 11.05.2009 vorstellte, überwies ihn in die weitere Behandlung bei Dr. B. und

veranlasste eine internistische Untersuchung durch Dr. M. wegen Reizgasinhalation, der nach Untersuchung am 12.05.2009 einen Lungenschaden ausschloss bei altersentsprechendem Normalbefund der Thoraxorgane. Am 14.05.2009 stellte sich der Kläger bei dem Neurologen, Psychiater und Psychotherapeuten Dr. S. wegen rezidivierender Übelkeit vor. Ein pathologischer neurologischer oder psychischer Befund wurde nicht erhoben. Die Pupillen waren isocor und es bestand keine Hypoglossus-Parese (Zungenlähmung). In keinem dieser Arztbriefe werden Beschwerden oder Befunde im Bereich der Augen oder der Mundhöhle erwähnt. Vom 28.05.2009 bis 02.06.2009 befand sich der Kläger in stationärer Behandlung im Klinikum R., wo am 29.05.2009 eine arthroskopische subacromiale Dekompression mit subacromialer Bursektomie der rechten Schulter erfolgte.

Dr. B. beschrieb im Bericht vom 13.07.2009 eine noch deutliche Hyperhidrose palmar mit dadurch bedingter leichter Schwellung beidseits; Störungen der Beweglichkeit bestanden nicht. Er empfahl ein Zusammenhangsgutachten. Am 15.07.2009 erhob Dr. H. reizlose Haut- und Wundverhältnisse; es bestünden keine Verätzungsstellen mehr. Der Kläger gebe noch ein Taubheitsgefühl und Kribbeln an sämtlichen Langfingern beider Hände an. Einschränkungen der Bewegung oder des Faustschlusses wurden verneint. Arbeitsunfähigkeit bestehe bis heute (15.07.2009). Eine messbare MdE sei nicht zu erwarten.

Im Vergleich vor dem Arbeitsgericht R. vom 25.08.2009 wurde die Beendigung des Arbeitsverhältnisses zum 12.09.2009 und Nachzahlung des entsprechenden Nettoentgelts bis 12.09.2009 vereinbart.

Mit Bescheid vom 08.02.2010 stellte die Beklagte die Zahlung von Verletztengeld mit 12.02.2010 ein. Nach den vorliegenden ärztlichen Unterlagen liege keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr vor. Dagegen legte die Klägerbevollmächtigte am 15.02.2010 Widerspruch ein, weil das Zusammenhangsgutachten noch nicht vorliege. Ab 01.03.2010 erhielt der Kläger Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II).

Die Beklagte holte ein Gutachten des Dermatologen Dr. W. vom 03.05.2010 und ein neurologisches Zusatzgutachten von Dr. B. vom 31.03.2010 ein.

Dr. B. erhob bei Untersuchung am 02.02.2010 einen neurologisch unauffälligen Befund, abgesehen von einer geschilderten Berührungs- und Schmerzüberempfindlichkeit an den Handinnenflächen. Sensible Defizite an den Händen konnte er nicht feststellen; der psychopathologische Befund war normal. Dr. B. führte aus, dass nur eine Hyperhidrose und die geklagten Dysästhesien an den Händen einer Verletzung des vegetativen Nervensystems zugeordnet werden könnten und ausreichend wahrscheinlich Folge der Verletzung seien. Die MdE betrage derzeit etwa 10 v.H.; eine Kontrolle nach etwa zwei Jahren sei zu empfehlen.

Dr. W. diagnostizierte nach Untersuchungen des Klägers am 07.12., 08.12., 10.12. und 11.12.2009 sowie am 16.04.2010 neben nicht krankheitswertigen Erythemen (Rötungen) der Hände eine mäßig starke Hyperhidrose Grad II mit Ödemneigung. Das durch den Unfall verursachte toxisch-irritative Kontaktekzem mit Rötungen, Ödem und Schuppung beider Hände sei abgeklungen. Nach Berichten des Klägers habe schon vor dem Unfall eine primäre Hyperhidrose beider Hände von geringer Ausprägung bestanden. In der Literatur gebe es keine Hinweise, dass Kontakte mit den benutzten Reinigungsmitteln eine Hyperhidrose auslösen könnten, bzw. Hinweise auf einen direkten Zusammenhang zwischen einer Verätzung, einem toxisch-irritativem Kontaktekzem und einer Hyperhidrose. Auch die Herstellerfirma habe auf Nachfrage erklärt, ihr seien keine solchen Hinweise bekannt. Trotzdem hielt es Dr. W. für möglich, dass die vorbestehende Hyperhidrose beider Hände durch die toxische Hautschädigung und durch den anschließenden emotionalen Stress verschlimmert worden sei. Aus dem Gutachten von Dr. B. übernahm Dr. W. die Dysästhesien als Unfallfolgen. Arbeitsunfähigkeit habe nur für vier Wochen bestanden; die MdE betrage nicht mehr als 10 v.H. Eine Besserung der Hautveränderungen und der neurologischen Störungen sei bei konsequenter Therapie innerhalb eines Jahres zu erwarten. Die starke Schweißneigung der Hände lasse nur wenige berufliche Tätigkeiten nicht zu; auch die letzte Tätigkeit sei mit entsprechenden Schutzmaßnahmen durchführbar.

Dr. B. führte in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21.05.2010 aus, dass ein ätiologischer Zusammenhang zwischen der geklagten Hyperhidrose als Affektion des vegetativen Nervensystems und der Hautschädigung durch den Arbeitsunfall "natürlich nicht schlüssig bewiesen werden kann". Angesichts unstrittiger längerfristiger Einwirkung der toxischen Substanzen und unstrittiger Hautschäden an den Händen könne aber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass die beschriebene vegetative Störung an den Händen ätiologisch auf den Arbeitsunfall zurückzuführen sei. Eine Arbeitsunfähigkeit resultiere daraus nicht.

Daraufhin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 07.07.2010 einen Anspruch des Klägers auf Verletztenrente ab, weil die Unfallfolgen nach den Gutachten keine MdE von wenigstens 20 v.H. bedingen würden. Der Kläger habe toxische Verätzungen beider Hände erlitten. Als Folgen wurden anerkannt: Hautrötungen an beiden Händen, eine Störung des vegetativen Nervensystems mit Zunahme der vorbestehenden übermäßigen Schweißabsonderung und Hautgefühlsstörungen an beiden Händen. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe für die Zeit vom 04.05.2009 bis 15.07.2009 bestanden; danach seien die Hautveränderungen abgeheilt. Nicht anerkannt wurden eine vorbestehende vermehrte Schweißabsonderung an beiden Händen sowie Störungen des Urogenitalsystems. Hinweise für einen weiteren zu berücksichtigenden Versicherungsfall mit einer MdE von 10 v.H. lägen nicht vor. Ein Anspruch auf Verletztenrente bestehe daher nicht.

Dagegen legte die Klägerbevollmächtigte am 17.07.2010 Widerspruch ein. Mit Widerspruchsbescheid vom 27.04.2011 wies die Beklagte die Widersprüche gegen den Bescheid vom 08.02.2010 und vom 07.07.2010 als unbegründet zurück.

Mit seiner am 24.05.2011 beim Sozialgericht München (SG) erhobenen Klage hat der Kläger die Ansprüche auf Weitergewährung von Verletztengeld und Verletztenrente weiterverfolgt. Er hat weitere Unfallfolgen geltend gemacht wie übermäßiges Schwitzen der Hände, psychische Beschwerden wie Depressionen, ein posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS), eine chronische Schmerzerkrankung, eine Leberzirrhose, Hepatitis, Augentrockenheit, Abzesse sowie Geschmacks- und Geruchsstörungen. Der Kläger sei aus einer Reha in der Klinik B. 2011 arbeitsunfähig entlassen worden.

Vorgelegt hat der Kläger im Laufe des Verfahrens u.a. Atteste des Neurologen Dr. P. vom 24.02.2010, vom 15.10.2012 und vom 28.03.2013, einen Rehabericht der psychosomatischen Klinik B. vom 07.04.2011 über den Aufenthalt des Klägers vom 22.02.2011 bis 29.03.2011, ein Gutachten von Dr. Dr. W. vom 15.10.2012, erstellt im Klageverfahren wegen Erwerbsminderungsrente, Arztbriefe des Schmerzzentrums I. vom 28.10.2011, 06.08.2012 und 27.02.2013, Atteste des Allergologen Dr. D. vom 09.01.2014, des Orthopäden Dr. S. vom 03.07.2013 und

05.03.2014, Arztbriefe des Augenarztes Dr. S. vom 15.01.2014 und 13.07.2014, des HNO-Arztes Dr. S. vom 07.01.2014 und der Dermatologie des Klinikums I. vom 17.07.2013. Auf die Unterlagen wird Bezug genommen.

Der Rehabericht der Klinik B. vom 07.04.2011 nennt als Diagnosen eine Reaktion auf schwere Belastung (F 43.9), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F 45.41) und Schmerzen in den Extremitäten. Der Kläger hat zahlreiche Beschwerden geschildert (u.a. starke Schweißausbrüche, Kribbeln und Brennen der Hände, Gefühlsstörungen an Zehen, Schwindel und Kopfschmerzen bei Verspannungen, Potenzprobleme, Schlafstörungen, Schmerzen im Bereich Fußsohle, Genitalien, After, Schulter, Knie, Rücken etc.). Die Haut von Händen und Füßen war schweißig. Die Störungen haben sich laut Bericht auf Basis lang anhaltender und wiederholter Traumatisierungen, Verletzungen, Stressbelastungen (Arbeit, Familie) und dispositionell erhöhter Vulnerabilität entwickelt. Sie würden unterhalten und verstärkt durch dysfunktionale Strategien und Verhaltensweisen aufgrund der Lebens- und Lerngeschichte des Klägers, seiner Persönlichkeitsstruktur und großer familiärer Belastungen.

Das SG hat die Prozessakte S 23 U 198/10 ER, die Akten der Beklagten, die Schwerbehindertenakte des Zentrums Bayern Familie und Soziales Region Niederbayern (ZBFS) und die Akte der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd (DRV) beigezogen sowie Befundberichte von Prof. Dr. K. (Kreisklinik A-Stadt) vom 07.09.2012 und von dem Allgemeinmediziner Dr. K. vom 02.08.2013 eingeholt. Prof. Dr. K. hat über jahrelange Behandlungen des Klägers wegen chronischer Hepatitis-B-Infektion mit hochgradiger Fibrose und beginnendem zirrhotischen Leberumbau berichtet. Auf den Bericht von Dr. K. einschließlich der Auszüge aus seiner Patientenakte wird verwiesen.

Außerdem hat das SG ein Gutachten des Dermatologen, Allergologen, Berufsdermatologen und Diplomchemiker Dr. M. vom 04.06.2012, ein Gutachten des Neurologen, Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. S. vom 23.02.2013 und - auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) - ein Gutachten des Anästhesisten und Schmerztherapeuten Dr. S. K. vom 24.09.2014 eingeholt.

Dr. M. hat im Gutachten vom 04.06.2012 nach Untersuchung am 03.05.2012, die auf ausdrücklichen Wunsch des Klägers auf die Hände beschränkt worden ist, als Gesundheitsstörungen eine mäßig ausgeprägte vermehrte Schweißneigung im Bereich der Handflächen und Fußsohlen (Hyperhidrose manuum ad pedum), ein palmares Erythem vermutlich als Leberhautzeichen ohne Krankheitswert und eine komplexe Schmerzsymptomatik festgehalten. Diese Erkrankungen seien keine Unfallfolgen. Der durch den Unfall ausgelöste schwere Ekzemschub an beiden Händen sei vollständig innerhalb weniger Wochen abgeheilt. Arbeitsunfähigkeit habe deswegen für sechs Wochen, im äußersten Fall bis 04.06.2009 bestanden. Unfallfolgen und eine MdE seien nicht verblieben. Eine tiefergehende toxische Hautschädigung sei unwahrscheinlich; eine bleibende Schädigung von Hautstrukturen bestehe definitiv nicht. Für die vorbestehende Hyperhidrose, die laut Rehabericht der Klinik B. auch an den Füßen auftrete, sei kein Ursachenzusammenhang mit beruflichen Noxen vorstellbar. Eine verstärkte Schweißneigung sei stets Ausdruck einer nervalen Fehlsteuerung mit erhöhtem Sympathikotonus. In der Literatur gebe es keine Hinweise auf einen entsprechenden Pathomechanismus. Daher sei die MdE von 10 v.H. in den Vorgutachten nicht nachvollziehbar. Die geschilderten Schmerzen in beiden Händen und die diffuse Rötung beider Handflächen könnten nicht auf die damalige Hautreaktion zurückgeführt werden. Im beigefügten Arztbrief des Schmerzzentrums I. vom 28.10.2011 ist u.a. über Zervicobrachialgie, Lumboschialgie, eine chronische Schmerzstörung (Grad III nach Gerbershagen), Anpassungsstörungen und Hepatitis berichtet worden.

Der Kläger hat u.a. seine Lebererkrankung und eine Geschmacksstörung als Unfallfolge geltend gemacht und weitere Unterlagen vorgelegt, u.a. die Schilderung der Handverletzungen durch einen Bekannten.

Der Neurologe und Psychiater Dr. Dr. W. hat im übersandten Gutachten vom 15.10.2012 ausgeführt, dass beim Kläger aus der ungewöhnlich schwierigen Biographie mit multiplen Traumata ein polytopes Schmerzsyndrom, eine erhebliche affektive Instabilität, eine Reduktion von Ausdauer und Durchhaltevermögen sowie massive Defizite der interpersonellen Selbststeuerung resultierten. Aufgrund dieser Defizite reagiere der Kläger bei gegenläufigen Anforderungen mit akzentuierter Schmerz- wahrnehmung und somatoformen Ausgestaltungen. Der Kläger hatte u.a. Ganzkörperschmerzen beklagt und Misshandlungen in Kindheit und Jugend sowie vermehrte Ängste seit dem Miterleben von Schüssen im Irak geschildert. Dr. Dr. W. hat eine ausgesprochen starke Schweißneigung am gesamten Integument festgestellt, aber keine sensiblen Defizite.

Der vom SG von Amts wegen zum Sachverständigen bestellte Neurologe und Psychiater Dr. S. hat im Gutachten vom 23.02.2013 nach Untersuchung des Klägers am 18.02.2013 dargelegt, dass die vermehrte Schweißneigung bereits vor dem Unfall vorübergehend aufgetreten sei, nach Bericht des Klägers im Zusammenhang mit Aufregungen mit seiner ersten Ehefrau. Neben dieser anlagebedingten psychotraumatischen Vorschädigung des vegetativen Nervensystems habe bereits vor dem Unfallereignis eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bestanden, wie die nervenärztliche Behandlung im Jahr 2000 zeige. Zwar sei denkbar, dass das Unfallereignis zu zeitweiser emotionaler Labilität geführt habe und darum auf dem Boden der vorbestehenden Schädigung des vegetativen Nervensystems eine vermehrte Schweißneigung im Bereich beider Hände aufgetreten sei. Das Fortbestehen dieser vermehrten Schweißneigung sei aber sicher nicht mehr dem Unfallereignis zuzuordnen. Beim Kläger bestehe eine erhöhte affektive Irritierbarkeit, die vor dem Hintergrund psychotraumatischer Erfahrungen zu unterschiedlichsten Symptomen und Gesundheitsstörungen führe. Die beim Kläger beschriebenen Gesundheitsstörungen - u.a. chronisches Schmerzsyndrom, Anpassungsstörungen, chronische Hepatitis B, Leberzirrhose, rezidivierende Depressionen, chronische Hepatitis B, Leberzirrhose und Diabetes Typ II - könnten nicht auf den Arbeitsunfall als Ursache zurückgeführt werden. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet habe nicht vorgelegen. Dr. B. habe bei seiner Beurteilung wesentliche Informationen zur Vorgeschichte des Klägers nicht gehabt, u.a. zur vorbestehenden vermehrten Schweißneigung bei emotionalen Belastungen. Die vom Kläger nun geschilderten Sensibilitätsstörungen seien keinem Versorgungsgebiet eines peripheren Nervens oder einer Wurzelirritation zuzuordnen. Eine Allodynie könne ausgeschlossen werden angesichts des normalen Einsatzes der rechten Hand im Verlauf der Begutachtung, ohne Schmerzäußerung. Zentrale oder periphere neurologische Defizite hat Dr. S. nicht festgestellt.

Die Klägerbevollmächtigte hat sich u.a. auf das Attest von Dr. P. vom 28.03.2013 berufen, wonach wegen ständiger Schmerzen und eingeschränkter Beugung die Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit der Hände auf 80% zu schätzen sei. Der Kläger habe Dämpfe eingeatmet.

Die Beklagte hat einen Ursachenzusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und Hepatitis B, der Lebererkrankung und Entzündungen im Mund widersprochen.

Auf die beigezogenen Unterlagen der Schwerbehindertenakte (u.a. Gutachten von Dr. P. vom 20.01.2012 und von Dr. M. vom 30.04.2012) und der DRV-Akten (u.a. Gutachten von Dr. S. vom 07.06.2011 und von Dr. B. vom 08.07.2011) wird Bezug genommen.

Der Neurologe, Psychiater und Psychotherapeut Dr. P. hat im Gutachten vom 20.01.2012 beim Kläger Hinweise auf Somatisierungsstörungen und beginnende somatoforme Schmerzstörungen festgestellt, bei teilweise aggravierenden und demonstrativen Verhaltensweisen. Der Kläger führe seine psychischen Beschwerden - Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen, fehlender Antrieb - auf erhebliche familiäre Belastungen zurück bei Erkrankung der Ehefrau an Multipler Sklerose und behindertem Kind. Kognitive oder neurologische Defizite (z.B. Sensibilitätsstörungen) bzw. Paresen hat Dr. P. nicht objektivieren können. Gezeigte Schwächen beim Händedruck und im Bereich beider Füße seien außerhalb der Untersuchung nicht zu beobachten gewesen. Der Kläger habe beide Hände seitengleich gut und kräftig eingesetzt. Die Angaben zu Sensibilitätsstörungen hätten derart häufig gewechselt, dass eine organische Ursache nicht anzunehmen sei.

Der Neurologe und Psychiater Dr. S. hat im Gutachten für die DRV vom 07.06.2011 als Diagnosen eine Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion, eine Angstreaktion nach geschilderten Überfällen in seiner Heimat mit Panikattacken bei bewusstseinsnahen Verdeutlichungstendenzen, einen Verdacht auf cerebrale Durchblutungsstörungen mit Kopfschmerzen, Vertigo und Tinnitus sowie Wurzelreizsyndrome ohne neurologische Defizite genannt. Der Kläger hatte u.a. über seit 1994 bestehende massive depressive Störungen und Angstzustände mit Panikattacken berichtet sowie über die nach mehreren Überfällen in der Heimat bestehende Furcht, überfallen und getötet zu werden. Störungen von Riech- und Sehvermögen sind nicht nachweisbar gewesen. Arbeitsspuren an den Händen mit mäßiger Beschwielung und deutlich abgestoßenen Fingernägeln und die kräftige Muskulatur hätten den geschilderten Funktionseinschränkungen widersprochen. Dr. S. hat weder Hautveränderungen (z.B. Narben) feststellen noch neurologische oder kognitive Defizite (z.B. der Sensibilität) objektivieren können.

Die Orthopädin und Unfallchirurgin Dr. B. hat im Gutachten vom 08.07.2011 freie Hand- und Fingerbeweglichkeit festgestellt, bei leichter Rötung und vermehrtem Schwitzen beider Handinnenflächen. Bei Berühren der Handflächen geäußerte starke Schmerzen hätten in Widerspruch zum problemlosen Tragen einer Tasche und Hantieren mit Unterlagen ohne Schonhaltung gestanden.

Der auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) zum Sachverständigen bestellte Schmerztherapeut (Anästhesiologe) Dr. K. hat im Gutachten vom 24.09.2014 dargelegt, dass das Schmerzsyndrom des Klägers nach der Begutachtungsleitlinie für Schmerzen als Ausdruck einer psychischen Erkrankung mit schwerer somatoformer Störung einzuordnen sei. Neben fachfremden Diagnosen (chronische Handekzeme bei vermehrter Schweißneigung) hat Dr. K. ein chronisches Schmerzsyndrom (Grad 3 nach Gerbershagen) mit ausgeprägter Persönlichkeitsänderung, eine anhaltende schwere somatoforme Schmerzstörung, eine Somatisierungsstörung mit multiplen funktionellen und vegetativen Beschwerden und degenerativ bedingte Knieschmerzen festgestellt. Eine Verdeutlichungstendenz sei unübersehbar gewesen. So habe der Kläger trotz voller Beweglichkeit bei Untersuchung schmerzbedingte Funktionseinschränkungen der Finger- und Handgelenke und eine deutliche Schmerzschonhaltung gezeigt, während Einschränkungen beim Gestikulieren und bei Benutzung der Hände wesentlich geringer gewesen seien. Die kräftige Muskulatur weise auf regelmäßige und gute körperliche Aktivität hin. Das Unfallereignis mit vorübergehenden Hautschädigungen an beiden Händen habe keine der Gesundheitsstörungen auf schmerzmedizinischem Fachgebiet im Sinne der Entstehung oder der Verschlimmerung verursacht. Die chronische Schmerzsymptomatik mit multilokulären Schmerzangaben sei nicht durch körperliche Befunde erklärbar, sondern durch pathologische Schmerzverarbeitung aufgrund anhaltender psychoreaktiver Störungen bei Vorliegen gravierender psychosozialer Belastungsfaktoren. Das Erythem der Hände erkläre in keiner Weise die ausgeprägten Schmerzen am ganzen Körper. Neuropathische Schmerzen seien nicht festzustellen, zumal dafür gut wirksame Medikamente keinerlei Einfluss auf die Schmerzen gehabt hätten. Erfahrungsgemäß würden Menschen mit derart belastender Biographie wie der Kläger sehr häufig im Lauf ihres Lebens mit der Entwicklung ausgeprägter somatoformer Störungen reagieren. Angesichts vorbestehender Veranlagungen und Reaktionsbereitschaft seien solche belastende Ereignisse - wie hier der Unfall - keine Ursachen, sondern lediglich Auslöser einer vorbestehenden Disposition zu somatoformen Störungen. Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit oder MdE auf schmerzmedizinischem Fachgebiet hat Dr. K. verneint.

Die Klägerbevollmächtigte hat vorgetragen, dass trotz Vorbelastungen erst nach dem Unfall Schmerzen und Bewegungseinschränkungen der Hände aufgetreten und daher durch den Unfall verursacht worden seien.

Nach Anhörung der Beteiligten zu einer beabsichtigten Entscheidung mittels Gerichtsbescheides hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 11.05.2015 abgewiesen. Dr. M. habe überzeugend dargelegt, dass es durch den Arbeitsunfall zu einem einmaligen schweren Ekzemschub an beiden Händen mit vollständiger Abheilung innerhalb weniger Wochen gekommen sei. Die Abheilung sei durch Befundberichte von Dr. B. vom 12.06.2009 und Dr. H. vom 15.07.2009 nachgewiesen. Überzeugend habe Dr. M. dargelegt, dass eine tiefergehende toxische Schädigung unwahrscheinlich sei und dass die schon vor dem Unfall bestehende Hyperhidrose und das Plamarerythem keine Unfallfolgen seien. Unfallfolgen auf neurologisch-psychiatrischem oder schmerzmedizinischem Fachgebiet bestünden nach überzeugenden Ausführungen von Dr. S. und Dr. K. nicht. Die Schmerzen, die in vielen Bereichen des Körpers aufträten, und die ausgeprägte Somatisierungsstörung seien maßgeblich auf Traumatisierungen in Kindheit und Jugend sowie aktuelle unfallunabhängige Belastungen zurückzuführen. Der Unfall sei nur eine unwesentliche "Gelegenheitsursache" für ein Schmerzsyndrom des Klägers gewesen. Eine neuropathische Schmerzkomponekte sei nach den Gutachten auszuschließen. Der Kläger sei schon im Jahr 2000 wegen Somatisierungsstörungen ärztlich behandelt worden und habe schon Jahre vor dem Unfall unter Schmerzzuständen gelitten. Auch Dr. Dr. W. habe die Biographie des Klägers mit multiplen Traumata als Ursache für das polytope Schmerzsyndrom bewertet. Die Leberzirrhose sei durch die vor dem Arbeitsunfall bestehende Hepatitis-B-Erkrankung verursacht worden. Erkrankungen im Mundraum, ein Verlust des Geruchs- und Geschmacksinns sowie Augenbrennen seien mangels zeitnah dokumentierter Erstschäden nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall als Ursache zurückzuführen. Die Untersuchung zum Ausschluss eines Reizgasinhalationsstraumas bei Dr. M. habe keinen pathologischen Befund ergeben.

Zur Begründung der am 09.06.2015 beim SG eingegangenen Berufung hat die Klägerbevollmächtigte geltend gemacht, dass weitere Schädigungen durch berufliche Stoffe aufgetreten seien, nämlich dyshydrosiforme Ekzeme bei Hyperhidrosis an beiden Handflächen, chronische Beschwerden der Hände mit Rötung, Beweglichkeitseinschränkung, Sensibilitätsstörungen sowie Schmerzhaftigkeit bei Berührung, chronische Hepatitis und Leberzirrhose als Folge längerer Chemikalienbelastungen, eine Anpassungsstörung, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Folgen, Depressionen, Geschmacks- und Riechstörungen, starkes Augenbrennen schon

bei kurzzeitiger Belastung der Augen, trockene Augen mit Fremdkörpergefühl, Schleiersicht wegen Bindehautschäden bei mehrmaliger Exposition gegenüber Gasen, Müdigkeit und Kopfschmerzen sowie immer wieder auftretende Abszesse am Körper, Eiteransammlungen in der Mundhöhle mit Schleimhautveränderungen und Knochenrückgang an den Zähnen aufgrund längerer bzw. wiederholter Chemikalieneinwirkung. Nach den Gutachten von Dr. W. und Dr. B. seien die Hyperhidrose und Dysästhesien Unfallfolgen. Dr. M. habe in einem Gutachten vom 13.08.2012 eine PTBS des Klägers aufgrund seiner Kindheitserfahrungen und psychiatrische Vorerkrankungen verneint und eine weitere Krankschreibung wegen neuropathischer Schmerzen für möglich gehalten. Ferner sei ein allergisches Kontaktekzem auf Isocyanate möglich, zumal der Kläger bereits durch Einatmen der Substanz sensibilisiert gewesen sei. Auf die an das Bayerische Landessozialgericht (LSG) übersandten Unterlagen, u.a. die Schreiben des Zahnarztes Dr. R. vom 03.06. und 18.06.2013 und den Arztbrief der Praxis Dres. S. und Kollegen vom 08.01.2014, wird verwiesen.

Der Psychiater und Psychotherapeut Dr. M. hat im übersandten Gutachten vom 13.08.2012, erstellt für das SG im Verfahren S 18 KR 1103/11 zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit, ausgeführt, dass aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht über den 12.02.2010 hinaus keine Arbeitsunfähigkeit des Klägers bestanden habe. Ob aufgrund von Unfallfolgen weitere Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, sei ggf. dermatologisch zu beurteilen. Auf ggf. vorliegende Ermittlungen der Berufsgenossenschaft (BG) hat Dr. M. hingewiesen, dem die Verwaltungsgutachten nicht vorlagen. Dr. M. hat eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F 45.41) diagnostiziert und eine PTBS mangels Intrusionen, Flash backs, Alpträumen, vegetativer Übererregbarkeit etc. verneint. Belastungsfaktoren in der Kindheit hätten mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Vulnerabilität bedingt für die spätere Entwicklung psychischer und psychosomatischer Störungen und die Entwicklung eines adäquaten Stressbewältigungssystems beeinträchtigt. Bereits 1998/1999 sei im Zusammenhang mit Arbeitsplatzkonflikten und Kränkungen eine kurzzeitige nervenärztliche Behandlung erfolgt. Nachdem sich der Kläger schon länger durch den Arbeitgeber gemobbt gefühlt habe, sei der Arbeitsunfall mit aus Sicht des Klägers mangelhafter Anweisung zu Schutzmaßnahmen von ihm als erhebliche Kränkung erlebt worden, mit Auslösung von Aggression und Frustration. Über rein somatische Schmerzen habe sich mit hoher Wahrscheinlichkeit eine durch psychische Faktoren mit aufrechterhaltende chronische Schmerzstörung im Sinne einer Krankheitsfehlverarbeitung entwickelt. Bei geröteten Handinnenflächen habe der Kläger normale Bewegungsabläufe gezeigt und problemlos Gegenstände tragen bzw. Unterlagen durchblättern können, ohne Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit der Hände. Außer der Angabe von Berührungsschmerzen an den Oberschenkelinnenseiten hat Dr. M. keine Sensibilitätsstörungen feststellen können. Da im Arztbrief des Schmerzzentrums I. 2012 eine neuropathische Komponente der Schmerzen genannt werde, sei theoretisch denkbar, dass der Kläger für den Zeitraum vom 24.02. bis 12.03.2010 damals von einem Neurologen wegen neurologischer Schmerzsymptomatik hätte krankgeschrieben werden können.

Die Beklagte hat die Zurückweisung der Berufung beantragt und sich auf die Entscheidung des Sozialgerichts gestützt. Nach Meinung aller Gutachter habe unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit nur bis 15.07.2009 bestanden und es lägen keine Unfallfolgen mehr vor, die eine rentenberechtigende MdE bedingen. Soweit Beschwerden auf längere Expositionen zurückgeführt würden, sei nicht das Unfallereignis ursächlich. Ob eine Berufskrankheit oder eine Wie-Berufskrankheit vorliege, sei Gegenstand gesonderter Verwaltungsverfahren. Die Beteiligten haben mit weiteren Schreiben an ihren Auffassungen festgehalten.

In der mündlichen Verhandlung vom 04.05.2016 hat die Vertreterin der Beklagten mitgeteilt, dass nach ihrem Kenntnisstand die geltend gemachte Berufskrankheit (BK) wegen Augentränens inzwischen bestandskräftig abgelehnt worden sei und der Kläger seine Klage wegen der BK Nr. 3101 nach Anlage 1 der Berufskrankheitenverordnung (BKV) zurückgenommen habe. Das Verwaltungsverfahren zur BK Nr. 5101 laufe derzeit noch bei der Beklagten. Der Vorsitzende hat die Aussichtslosigkeit der Berufung hinsichtlich der geltend gemachten Ansprüche auf Verletztengeld und Verletztenrente angesichts der vorliegenden Gutachten dargelegt, unter Verweis auf die Ausführungen auch im ablehnenden PKH-Beschluss vom 22.04.2016. Er hat weiter darauf hingewiesen, dass bei Fortführung der aussichtslosen Berufung die Verhängung von Verschuldungskosten nach [§ 192 SGG](#) in Höhe von bis zu 500,- Euro in Betracht kommt. Hinsichtlich weiterer Einzelheiten wird auf die Niederschrift verwiesen.

Die Bevollmächtigte des Klägers beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 11.05.2015 aufzuheben und die Bescheide vom 08.02.2010 und 07.07.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.04.2011 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger über den 12.02.2010 hinaus Verletztengeld und im Anschluss eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v.H. wegen des Arbeitsunfalls vom 20.04.2009 zu gewähren.

Die Beklagtenvertreterin beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Hinsichtlich weiterer Einzelheiten wird auf die beigezogenen Akten der Beklagten, des SG, die Unterlagen aus den Akten von DRV und ZBFS sowie die gewechselten Schriftsätze und Anlagen im Berufungsverfahren Bezug genommen, deren wesentlicher Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

A) Die zulässige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte Berufung erweist sich als unbegründet. Der Kläger hat weder Anspruch auf Verletztengeld über den 12.02.2010 hinaus noch Anspruch auf Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H.

Die auf Verletztengeldzahlung ([§ 45 SGB VII](#)) über den 12.02.2010 hinaus gerichtete Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#)) und die auf Gewährung von Verletztenrente ([§ 56 SGB VII](#)) gerichtete Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) sind zulässig, aber unbegründet. Der Kläger war weder über den 12.02.2010 hinaus wegen Unfallfolgen arbeitsunfähig noch lag über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus wegen Unfallfolgen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in rentenberechtigendem Grade vor.

Unfallfolgen sind die Gesundheitsschäden, die wesentlich durch den Gesundheitserstschaden des Versicherungsfalls verursacht wurden oder die nach besonderen Zurechnungsnormen wie [§ 11](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) dem Gesundheitserstschaden bzw. dem Versicherungsfall zugerechnet werden (vgl. BSG vom 05.07.2011 - [B 2 U 17/10 R](#)). Für die erforderliche Kausalität zwischen Unfallereignis und Gesundheitserstschaden sowie zwischen Gesundheits(erst)schaden und weiteren Gesundheitsschäden gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung (vgl. BSG vom 17.02.2009 - [B 2 U 18/07 R](#) - Juris RdNr. 12), die auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie beruht. Danach ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio-sine-

qua-non). Als rechtserheblich werden aber nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs abgeleitet werden (vgl. BSG vom 17.02.2009 - [B 2 U 18/07 R](#) - Juris RdNr. 12) auf Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten (vgl. BSG vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - Juris RdNr. 17; BSG vom 24.07.2012 - [B 2 U 9/11 R](#) - Juris RdNr. 60 f.). Sofern nach neuestem wissenschaftlichen Erkenntnisstand keine herrschende Meinung für einen Wirkzusammenhang festgestellt werden kann, kommt eine Entscheidung nach Beweislastgrundsätzen in Betracht (vgl. BSG vom 23.07.2012 - [B 2 U 9/11 R](#) - Juris RdNr. 61).

Gesichtspunkte für die Beurteilung sind neben der versicherten Ursache als solcher, einschließlich Art und Ausmaß der Einwirkung, u.a. die konkurrierende Ursache (nach Art und Ausmaß), der zeitliche Ablauf des Geschehens, das Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, Befunde und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie die gesamte Krankengeschichte (vgl. BSG vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - Juris RdNr. 16). Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Ist jedoch eine Ursache - allein oder gemeinsam mit anderen Ursachen - gegenüber anderen Ursachen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts (vgl. [BSGE 12, 242, 245](#)). Eine Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber nicht als "wesentlich" anzusehen ist, kann auch als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden (vgl. BSG vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - Juris RdNr. 15 m.w.N.).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes ist zu beachten, dass das Vorliegen der Gesundheitsstörung (Unfallerst- oder Unfallfolgeschaden) im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen muss, während für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit genügt (vgl. BSG vom 02.04.2009 - [B 2 U 29/07 R](#) - Juris RdNr. 16).

Der im Bescheid anerkannte Erstscha den der toxischen Verätzungen ist nach dem zu Grunde liegenden Gutachten von Dr. W. in Form eines toxisch-irritativen Kontaktekzems mit Rötungen, Ödem und Schuppung beider Hände aufgetreten. Allerdings ist dieser Ekzemschub nach allen vorliegenden Gutachten innerhalb weniger Wochen abgeheilt, spätestens am 15.07.2009. Denn Dr. H. hat bei Untersuchung am 15.07.2009 reizlose Haut- und Wundverhältnisse ohne Verätzungsstellen festgehalten und auch der Dermatologe Dr. B. hatte im Bericht vom 13.07.2009 nur noch eine deutliche Hyperhidrose palmar und eine teilweise leichte Schwellung festgestellt.

Soweit die Beklagte im Verletztenrentenbescheid als Unfallfolge die Zunahme einer vorbestehenden übermäßigen Schweißabsonderung (Hyperhidrosis) im Bereich der Hände anerkannt hat, handelt es sich um eine vorübergehende Verschlimmerung. Dass bereits vor dem Arbeitsunfall eine Hyperhidrose u.a. an den Händen bestanden hatte, hatte der Kläger erstmals gegenüber Dr. W. selbst geschildert. Dr. W. hat überzeugend dargelegt, dass in der medizinischen Fachliteratur keine Hinweise dafür bekannt sind, dass eine Hyperhidrose durch Kontakte mit den benutzten Reinigungsmitteln oder durch Verätzung bzw. durch ein toxisch-irritatives Hautekzem verursacht wird. Auch der Berufsdermatologe und Diplomchemiker Dr. M. hat in seinem Sachverständigengutachten bestätigt, dass für einen solchen Pathomechanismus - einer verstärkten Schweißneigung aufgrund beruflicher Noxen - in der Literatur jegliche Hinweise fehlen. Eine verstärkte Schweißneigung ist hingegen Ausdruck einer nervalen Fehlsteuerung mit erhöhtem Sympathikotonus. Diese Ausführungen von Dr. M. stimmen mit der Stellungnahme von Dr. B. überein, dass ein ätiologischer Zusammenhang zwischen der geklagten Hyperhidrose, die Ausdruck einer Affektion des vegetativen Nervensystems ist, und der Hautschädigung durch den Arbeitsunfall nicht schlüssig bewiesen werden kann. Soweit sich Dr. B. trotzdem für einen Ursachenzusammenhang wegen des zeitlichen Zusammenhangs zwischen längerfristiger Einwirkung toxischer Substanzen, Hautschädigung und Auftreten der Hyperhidrose ausgesprochen hat, überzeugt die Beurteilung den Senat schon deswegen nicht, weil Dr. B. wesentliche Informationen fehlten bzw. er einen unzutreffenden Sachverhalt zu Grunde gelegt hat. So hat Dr. B. nicht berücksichtigt, dass beim Kläger bereits vor dem Unfall schon eine Hyperhidrose bestanden hatte, wie der Kläger erstmals gegenüber Dr. W. und später u.a. bei Dr. S. geschildert hatte, die insbesondere bei psychischen Belastungen verstärkt auftrat. Auch war Dr. B. nicht bekannt, dass sich die Hyperhidrose nicht auf die durch den Unfall verletzten Hände beschränkte, sondern insbesondere auch an den Füßen auftrat. So beschreibt die Klinik für Dermatologie und Allergologie des Städtischen Klinikums München im Bericht für die DRV vom 24.03.2010 neben ausgeprägt feuchten Handtellern mit leicht aufgequollener, minimal geröteter Haut ohne Narben einen ähnlichen, weniger ausgeprägten Befund an den Fußsohlen; der Kläger hatte über verstärktes Schwitzen an Händen und Füßen berichtet. Auch während der Rehabilitation in der Klinik B. vom 22.02. bis 29.03.2011 wurden schweißige Hände und Füße festgestellt. Dr. Dr. W. hat bei Untersuchung am 18.09.2012 für sein Gutachten vom 15.10.2012 eine ausgesprochen starke Schweißneigung sogar am gesamten Integument, also der gesamten Haut, festgehalten. Der von Dr. B. angenommene enge örtliche und zeitliche Zusammenhang zwischen Verletzung der Hände und einem erstmaligen Auftreten der Hyperhidrose (nur) an den Händen, trifft schon nicht zu. Außerdem fehlt es schon an einem Ursachenzusammenhang im naturwissenschaftlichen Sinn (sog. *conditio sine qua non*), wenn nach der herrschenden wissenschaftlichen Lehrmeinung keine Kenntnisse über Ursachenzusammenhänge zwischen Einwirkungen und Gesundheitsstörungen vorliegen, (vgl. BSG vom 24.07.2012 - [B 2 U 9/11 R](#) - Juris RdNr. 61). Ein bloßer örtlicher und zeitlicher Zusammenhang reicht dafür nicht aus (vgl. BSG Urteil vom 24.07. 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) - SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, RdNr. 60). Keiner der Sachverständigen konnte aber einen rein somatischen Wirkzusammenhang zwischen einwirkenden beruflichen Stoffen, Erstscha den im Bereich der Haut und Hyperhidrosis feststellen.

Allerdings haben Dr. W. und Dr. S. einen Ursachenzusammenhang mit der Begründung für möglich gehalten, dass die Hautschädigung des Arbeitsunfalls und der anschließende unfallbedingten emotionale Stress mit vorübergehender emotionaler Labilität die vorbestehende Hyperhidrose des Klägers verschlimmert haben kann. Für Verschlimmerungen der Hyperhidrosis des Klägers bei Auftreten von psychischem Stress spricht, dass nach Schilderungen des Klägers gegenüber Dr. S. die vermehrte Schweißneigung als vegetative Störung bereits vor dem Unfall zeitweise im Zusammenhang mit Aufregungen wegen Problemen mit seiner ersten Ehefrau aufgetreten waren. Aus den Gutachten, u.a. von Dr. M. und Dr. S., ergibt sich ferner, dass der Kläger das Verhalten des Arbeitgebers im Zusammenhang mit dem Unfall mit anschließender Kündigung und Vorwürfen, er habe bewusst vorhandene Schutzhandschuhe nicht genutzt, als sehr kränkend empfunden hat.

Die von der Beklagten als Unfallfolge anerkannte Zunahme der Hyperhidrosis hat aber nach allen gutachterlichen Einschätzungen - einschließlich derjenigen von Dr. B. - weder zu einer Arbeitsunfähigkeit über den 12.02.2010 hinaus noch zu einer rentenberechtigenden MdE über die 26. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus geführt. Der Senat schließt sich den überzeugenden Ausführungen von Dr. S. an,

dass das Fortbestehen der Hyperhidrosis im Bereich der Hände sicher nicht mehr dem Unfallereignis zuzuordnen ist. Ferner hat Dr. W. dargelegt, dass der Kläger selbst seine letzte Tätigkeit mit angemessenen Schutzmaßnahmen - Handschuhen mit Unterziehhandschuhen aus Baumwolle - trotz Hyperhidrosis weiter ausüben könnte. Der Senat weist nochmals darauf hin, dass die Hyperhidrose bereits vor dem streitgegenständlichen Unfall aufgetreten war und nicht nur die verletzten Hände des Klägers betroffen hat, sondern auch seine Füße, die nicht in Kontakt mit den schädigenden Substanzen gekommen waren und keinerlei Erstschäden aufwiesen. Daher ist die Hyperhidrosis des Klägers als vorbestehende vegetative Erkrankung zu sehen, deren Ausprägung infolge psychischer Belastungen vorübergehend zunehmen kann. Angesichts der Abheilung der Hautläsionen am 15.07.2009 lässt sich über den 12.02.2010 hinaus - dem letzten Tag der Verletztengeldzahlung - aber keine fortbestehende Verschlimmerung der Hyperhidrosis auf den Arbeitsunfall als wesentliche Teilursache zurückführen. Selbst Dr. W. hat eine weiterbestehende Arbeitsunfähigkeit verneint und die MdE insgesamt auf unter 20 v.H. geschätzt.

Die als Unfallfolgen anerkannten Rötungen (Erythem) beider Hände haben nach übereinstimmender Einschätzung von Dr. M. und Dr. W. keinen Krankheitswert und wirken sich nach schlüssiger Einschätzung von Dr. W. nicht auf die Arbeitsfähigkeit oder die Erwerbsfähigkeit des Klägers aus. Insbesondere erklärt das Erythem, wie Dr. K. überzeugend dargelegt hat, in keiner Weise die ausgeprägten Schmerzen des Klägers, die am ganzen Körper bestehen. Der Senat weist im Übrigen darauf hin, dass schon erhebliche Zweifel bestehen, dass die von der Beklagten als Unfallfolge anerkannte Rötung beider Handflächen durch das Unfallereignis wesentlich mitverursacht wurde. Denn Dr. M. hat überzeugend dargelegt, dass ein solches Phänomen, wenn es nicht infolge Infekts oder Chemotherapie auftritt, entweder ohne erkennbare Ursachen - also idiopathisch - auftritt oder im Rahmen innerer Erkrankungen wie Leberschädigungen wie sie beim Kläger angesichts der seit 2008 festgestellten Fettleber (Steatosis hepatis) bei seit 1999 bekannter Hepatitis B bekannt ist.

Zwar hat die Beklagte die von Dr. B. genannten Hautgefühlsstörungen an beiden Händen, sogenannte Dysästhesien, als Unfallfolgen anerkannt. Erfasst wird damit die vom Kläger bei Untersuchung durch Dr. B. geschilderte Berührungs- und Schmerzüberempfindlichkeit der Handinnenflächen. Objektiviert worden waren Sensibilitätsstörungen von Dr. B. aber nicht. Sie konnten insbesondere von ihm nicht auf die Schädigung von Nervenenden zurückgeführt werden. Unabhängig davon, dass damit Sensibilitätsstörungen beim Kläger zu keinem Zeitpunkt im Vollbeweis nachgewiesen bzw. durch objektive Befunde erhärtet worden waren, kann der Senat angesichts zahlreicher erhobener Befunde in den vorliegenden Gutachten sicher auszuschließen, dass sich über den 12.02.2010 hinaus Sensibilitätsstörungen im Bereich der Hände auf die Arbeitsfähigkeit oder Erwerbsfähigkeit des Klägers wesentlich auswirken. Ebenso ist die geltend gemachte Allodynie - also die Schmerzreaktion auf Berührungen, die keine Schmerzen auslösen - in den Gutachten ausgeschlossen worden. Aus den Gutachten von Dr. S. vom 07.06.2011, von Dr. B. vom 08.07.2011, von Dr. P. für das ZBFS vom 20.01.2012, von Dr. M. vom 13.08.2012 und von Dr. S. vom 23.02.2013 ergibt sich zweifelsfrei, dass der Kläger keinen Einschränkungen der Funktionsfähigkeit von Fingern und Händen unterliegt. Die Sachverständigen haben übereinstimmend dargelegt, dass teilweise bei gezielter Untersuchung von Fingern und Händen gezeigte oder geschilderte Einschränkungen aufgrund von Schmerzen bzw. Schmerzüberempfindlichkeit im Widerspruch standen zu dem außerhalb der körperlichen Untersuchung selbst beobachtbaren uneingeschränkten Einsatz der Hände und Finger.

So erfolgte das An- und Auskleiden bei Untersuchung durch Dr. S. im Juni 2011 rasch, mühelos und mit intakter Feinmotorik. Bei Aufforderung gezeigte Einschränkungen bestanden bei Ablenkung nicht mehr. Außerdem zeigten die Hände Arbeitsspuren mit mäßiger Beschwielung und deutlich abgestoßenen Fingernägeln und die Muskulatur war kräftig ausgebildet, was gegen Schonung oder Gebrauchseinschränkungen im Alltag sprach. Außerdem konnte Dr. S. neurologische Einschränkungen - auch der Sensibilität - nicht feststellen. Die Orthopädin und Unfallchirurgin Dr. B. stellte im Juli 2011 eine freie Hand- und Fingerbeweglichkeit fest. Sie wies darauf hin, dass die beim Berühren der Handflächen geäußerten starken Schmerzen in Widerspruch dazu standen, dass der Kläger problemlos eine Tasche tragen und mit Unterlagen hantieren konnte. Ähnlich seien stärkste Schmerzen an der linken Fußsohle bei Ablenkung nicht vorhanden gewesen. Auch bei Untersuchung durch Dr. P. am 19.01.2012 waren gezeigte Schwächen beim Händedruck und im Bereich beider Füße außerhalb der eigentlichen Untersuchungssituation nicht zu beobachten. Vielmehr konnte der Kläger beide Hände - z.B. beim An- und Auskleiden bzw. beim Anlegen der Kniebandage - seitengleich gut und kräftig einsetzen. Dr. P. hat ferner darauf hingewiesen, dass die Angaben des Klägers zu Sensibilitätsstörungen derart häufig gewechselt haben, dass eine organische Ursache nicht anzunehmen sei. Bei Dr. M. konnte der Kläger im August 2012 seinen Rucksack und eine Mappe mit Unterlagen ohne Schwierigkeiten in der Hand tragen und in den Unterlagen blättern, so dass Dr. M. ausdrücklich eine Gebrauchsfähigkeit der Hände bestätigte. Gegenüber Dr. M. hat der Kläger auch keine Berührungsschmerzen an den Händen, sondern nur an der Oberschenkelinnenseite angegeben. Dr. S. hat im Gutachten vom 23.02.2013 überzeugend dargelegt, dass die vom Kläger geschilderten Sensibilitätsstörungen - wie bei Dr. B. - keinem Versorgungsgebiet eines peripheren Nervens oder einer Wurzelirritation zuzuordnen waren. Eine Allodynie hat er nachvollziehbar ausgeschlossen, weil der Kläger die rechte Hand im Verlauf der Begutachtung normal eingesetzt hat (u.a. bei der Verabschiedung), ohne Schmerzäußerung bei Berührung. Auch er hat keine neurologischen Defizite feststellen können. Dr. K. spricht in seinem Gutachten vom 24.09.2014 von einer unübersehbaren Verdeutlichungstendenz des Klägers angesichts deutlicher Diskrepanzen zwischen geschilderten Funktionseinschränkungen und objektiven Befunde. So hat der Kläger trotz voller Beweglichkeit in der Untersuchung schmerzbedingte Funktionseinschränkungen der Finger- und Handgelenksbeweglichkeit und eine deutliche Schmerzschonhaltung gezeigt. Dagegen sind aber die sichtbaren Einschränkungen beim Gestikulieren und Benutzung der Hände im Laufe der Begutachtung laut Dr. K. wesentlich geringer gewesen und die auffallend kräftige Muskulatur hat auf eine regelmäßige und gute körperliche Aktivität hingewiesen.

Die wiederholt beklagten Bewegungseinschränkungen von Fingern und Händen sind daher weder im Vollbeweis nachgewiesen noch vermag der Senat solche Einschränkungen auf die Erstschäden des Unfalls als wesentliche Teilursache zurückzuführen. Eine Narbenbildung hatte keiner der Sachverständigen festgestellt und die Bewegungen waren in Berichten von Dr. H. vom 16.07.2009 und Dr. B. vom 13.07.2009 als uneingeschränkt bzw. ungestört bezeichnet worden.

Unfallbedingte neuropathische Schmerzen - Schmerzen infolge Verletzungen von Nervenenden - hat Dr. K. in seinem Gutachten überzeugend ausgeschlossen, angesichts der Wirkungslosigkeit dafür gut wirksamer Medikamente wie Lyrica und Tilidin. Damit bleibt für die theoretische Überlegung von Dr. M. kein Raum, ob der Kläger wegen neuropathischer Schmerzen über den 12.02.2010 hinaus bis zum 12.03.2010 hätte krankgeschrieben werden können. Zudem hat Dr. M. diese theoretischen Überlegungen nicht auf zeitnah erhobene Befunde, sondern auf einen Arztbrief des Schmerzzentrums I. aus dem Jahr 2012 gestützt, der selbst neuropathische Schmerzen nicht als gesicherte Diagnose nennt, sondern lediglich aus den Angaben des Klägers in einem Schmerzfragebogen Hinweise auf neuropathische Schmerzanteile ableitet. Außerdem leidet der Kläger unter multiplen Schmerzen im Bereich des gesamten Körpers, also über den Bereich der beim Arbeitsunfall verletzten Hände hinaus. Beispielhaft verweist der Senat auf die Schmerzschilderungen des Klägers im Rehabericht der Klinik B. 2011 und im Gutachten von Dr. Dr. W. vom 15.10.2012 zu Ganzkörperschmerzen, Kopfschmerzen, Schmerzen im Bereich der

Fußsohlen, Knie, Wirbelsäule, Schultern, Genitalien und des Afters und auf den Bericht von Dr. P. vom 20.11.2000 in der ZBFS-Akte über Behandlungen seit 1997 wegen Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit sowie rezidivierenden Bein- und Unterleibsschmerzen.

Soweit die Klägerbevollmächtigte geltend macht, beim Kläger bestehe möglicherweise ein allergisches Kontaktekzem wegen des Kontaktes mit Isocyanaten (Diphenylmethandiisocyanaten), fehlt es schon an einer im Vollbeweis nachgewiesenen Allergie. Vielmehr hat Dr. W. in seinem Gutachten mit überzeugender Begründung eine Allergie, insbesondere auf Isocyanate ausdrücklich verneint, nachdem die Laborwerte für Isocyanate - TDI, MDI und HDI - jeweils 0 betragen. Selbst Dr. M., der davon ausgegangen war, dass eine entsprechende Testung nicht erfolgt sei, hat eine fortbestehende Allergie überzeugend verneint, weil Isocyanate ein hohes Reizungspotential, aber nur ein geringes Sensibilisierungspotential haben und bei Einwirkungen in der Regel akut der Respirationstrakt und die Augen betroffen sind. Der zeitnahe Lungenbefund, geprüft am 12.05.2009 durch Dr. M., war aber unauffällig und Beschwerden der Augen sind zeitnah nicht dokumentiert; insbesondere hatte Dr. S. bei neurologischer Prüfung der Pupillenreaktion am 14.05.2009 keinerlei Befunde zu Augenreizungen erhoben und der Kläger hatte gegenüber keinem der zeitnah behandelnden Ärzte Beschwerden der Augen auch nur erwähnt. Eine Kontaktallergie an der Haut ist nach medizinisch-wissenschaftlicher Erfahrung laut Dr. M. aber sehr selten. Zusätzlich spricht gegen eine fortbestehende Allergie laut Dr. M., dass keine weiteren Ekzemschübe aufgetreten sind. Im Übrigen hat Dr. M. darauf hingewiesen, dass diese Stoffe praktisch nur im Bereich der Schaumstoffherstellung Verwendung finden, in der sonstigen Arbeitswelt und im zivilen Leben aber nicht verbreitet sind und dass in ausgehärteten Endprodukten die Menge des Restmaterials verschwindend gering ist, so dass selbst im Falle einer nachgewiesenen Haut-Kontaktallergie gegen Isocyanate diese Allergie keine wesentlichen Einschränkungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zur Folge hat.

Soweit der Kläger Gesundheitsstörungen wie die Allergie auf längere Einwirkungen von beruflichen Stoffen über die Arbeitsschicht am 20.04.2009 hinaus zurückführt, macht er keinen Schaden durch ein zeitlich begrenztes Ereignis i.S.v. [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) und damit keinen Arbeitsunfall geltend (vgl. zur Grenze der Arbeitsschicht BSG Urteil vom 31.01.2012 - [B 2 U 2/11 R](#) - Juris RdNr. 24 m.w.N.). Vielmehr ist dies ggf. im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens zur BK Nr. 5101 der Anlage 1 zur BKV zu prüfen. Die von der Bevollmächtigten zitierten Stellen in Schönberger/Mehrtens/Valentin betreffen ebenfalls diese BK. Da der Kläger am Unfalltag nach eigenem Vortrag erstmals diese Arbeiten ausführte, erscheint dem Senat im Übrigen die geltend gemachte Sensibilisierung durch vorangegangene inhalative Einwirkungen nicht nachvollziehbar. Gesundheitsstörungen im Bereich der Lunge sind von Dr. M. zeitnah ausgeschlossen worden.

Der Senat schließt sich außerdem den überzeugenden Ausführungen des SG in seinem Urteil und den gutachterlichen Einschätzungen von Dr. S. und Dr. K. an, wonach auf neurologisch-psychiatrischem und schmerzmedizinischem Fachgebiet keine Unfallfolgen vorliegen. Dr. K. hat dargelegt, dass die Gesundheitsstörungen des Klägers - ein chronisches Schmerzsyndrom Grad 3 nach Gerbershagen mit ausgeprägter Persönlichkeitsänderung (vgl. F 62.80 nach ICD 10), eine anhaltende schwere somatoforme Schmerzstörung (vgl. F 45.50), eine Somatisierungsstörung mit multiplen funktionellen und vegetativen Beschwerden (vgl. F 45.0 ICD 10) - nicht auf den Unfall bzw. den Erstschaaden als wesentliche Teilursache zurückgeführt werden können, weder im Sinne der Entstehung noch im Sinne einer Verschlimmerung. Es handelt sich beim Kläger um einen Schmerz als Ausdruck einer psychischen Erkrankung mit schwerer somatoformer Störung nach der Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen (DGN, DGNB, Stand 31.05.2012, Bl. 7 f.). Unfallbedingte neuropathische Schmerzen hat Dr. K. - wie schon dargelegt - ausgeschlossen.

Dr. K. und Dr. S. haben herausgearbeitet, dass der Kläger aufgrund seiner belastenden Biographie mit wiederholten Traumatisierungen in Kindheit und Jugend eine Veranlagung zur pathologischen Schmerzverarbeitung entwickelt hat, auf die die chronische Schmerzsymptomatik mit multilokulären Schmerzangaben zurückzuführen ist. Es entspricht nach ihren Ausführungen der medizinisch-wissenschaftlichen Erfahrung, dass Personen bei solch belastender Biographie mit Traumatisierungen in Kindheit und Jugend sehr häufig im Lauf ihres Lebens mit der Entwicklung ausgeprägter somatoformer Störungen reagieren. Angesichts vorbestehender Veranlagungen und Reaktionsbereitschaft sind - wie Dr. K. darlegt - belastende Ereignisse im Leben wie der streitgegenständliche Arbeitsunfall aber keine wesentlichen (Teil-) Ursachen, sondern lediglich unwesentliche Gelegenheitsursachen bzw. Auslöser für eine Symptomatik bei unfallunabhängiger, vorbestehenden Disposition zur somatoformen Störung.

Der Senat schließt sich dieser Auffassung an. Insbesondere die Breite der geäußerten Beschwerden und Schmerzen, z.B. in den Schilderungen während der Rehabilitation in B. - mit Kopfschmerzen, Schmerzen im Bereich der Fußsohlen, im Bereich der Genitalien, im Bereich des Afters, der rechten Schulter, der Knie und des Rückens etc. - spricht für eine nicht unfallbedingte Schmerz- bzw. Somatisierungsstörung.

Diese gutachterliche Beurteilung deckt sich mit derjenigen im Rehabericht B. aus dem Jahr 2011. Darin wird ausgeführt, dass sich auf Basis lang anhaltender und wiederholter Traumatisierungen, Verletzungen sowie Stressbelastungen durch Arbeit und Familie eine dispositionell erhöhte Vulnerabilität entwickelt hat, die durch dysfunktionale kognitive Strategien und Verhaltensweisen aufgrund der individuellen Lebens- und Lerngeschichte, der Persönlichkeitsstruktur und der großen familiären Belastungen des Klägers unterhalten und verstärkt wird. Auch Dr. W. hat im Gutachten vom 15.10.2012 ausgeführt, dass der Kläger eine ungewöhnlich schwierige Biographie mit multiplen Traumata durchlaufen hat und daraus ein polytopes Schmerzsyndrom von wechselhafter Ausgestaltung, eine erhebliche affektive Instabilität und eine Reduktion von Ausdauer und Durchhaltefähigkeit resultieren. Der Kläger ist danach aufgrund seiner desolaten Biographie in sehr grundsätzlichen und basalen Fertigkeiten der interpersonalen Selbststeuerung massiv defizitär angelegt und reagiert aufgrund dieser Defizite bei gegenläufigen Anforderungen mit akzentuierter Schmerzwahrnehmung und mit einer Fülle von somatoformen Ausgestaltungen.

Diese Einschätzung deckt sich auch mit den Ausführungen von Dr. M. in seinem Gutachten vom 13.08.2012, wonach die Belastungsfaktoren in der Kindheit mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Vulnerabilität des Klägers für die spätere Entwicklung psychischer und psychosomatischer Störungen und eine Beeinträchtigung der Entwicklung eines adäquaten Stressbewältigungssystems bedingen. Der bei narzisstischen Persönlichkeitsanteilen leicht kränkbare und in seiner Frustrationstoleranz verminderte Kläger stand bereits 1998/ 1999 im Zusammenhang mit Arbeitsplatzkonflikten und Kränkungen in kurzzeitiger nervenärztlicher Behandlung. Ferner hat Dr. M. dargelegt, dass sich der Kläger bereits längere Zeit durch den Arbeitgeber gemobbt gefühlt habe und dass er den Arbeitsunfall als erhebliche Kränkung, mit Auslösung von Aggression und Frustration erlebt hat. Soweit Dr. M. erklärt hat, dass sich neben rein somatischen Schmerzen eine chronische Schmerzstörung im Sinne einer Krankheitsfehlverarbeitung entwickelt hat, die durch psychische Faktoren mit aufrechterhalten wird, steht diese Aussage nicht - wie die Klägerbevollmächtigte meint - in Widerspruch zu der gutachterlichen Einschätzung von Dr. K. ... Dr. M. hat sich

- entsprechend seines Gutachtensauftrags im Krankenversicherungsrecht - nicht dazu geäußert, ob der Unfall im Vergleich zu der vorbestehenden Vulnerabilität und den weiteren Belastungsfaktoren (u.a. berichtete vorangegangene Kränkungen) wesentliche Teilursache oder unwesentliche Gelegenheitsursache war. Aus Sicht des Senats stützen die Ausführungen von Dr. M., insbesondere mit Blick auf die bereits 1998/1999 bei Arbeitsplatzkonflikten notwendige psychiatrische Behandlung, vielmehr die gutachterliche Einschätzung von Dr. K ...

Gegen einen wesentlichen Ursachenbeitrag des Unfallereignisses spricht überdies, dass der Kläger bei Begutachtung durch Dr. P. im Gutachten vom 20.01.2012 seine psychischen Beschwerden - Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen und fehlenden Antrieb - auf erhebliche familiäre Belastungen zurückgeführt hat, weil er sich den Belastungen infolge der Erkrankung seiner Ehefrau an Multipler Sklerose und durch die Gesundheitsbeeinträchtigung seines Morbus Down erkrankten Kindes nicht mehr gewachsen fühle.

Dem Sachverständigen Dr. S. hat der Kläger im Juni 2011 über bereits seit 1994 bestehende massive depressive Störungen und Angstzustände mit Panikattacken berichtet, mit Furcht, überfallen und getötet zu werden, nachdem er mehreren Überfällen in der Heimat ausgesetzt gewesen sei. Zutreffend hat das SG darauf hingewiesen, dass entgegen den Ausführungen der Klägerbevollmächtigten vor dem Unfall bereits psychische bzw. somatoforme Störungen im Vollbeweis nachgewiesen sind. Aus den Unterlagen des Allgemeinmediziners Dr. K. vom 02.08.2013 ergibt sich, dass der Kläger schon vor dem Unfallereignis unter Erschöpfung gelitten hat (Sept. und Okt. 2006, Januar und April 2008), an einer schweren depressiven Störung (August 2007), unter somatoformen Störungen (April 2008), Muskelschmerzen (Mai 2007) und Kopfschmerzen (Mai 2008). Das Kreiskrankenhaus A-Stadt hat bereits im Arztbrief vom 18.05.1999 den Verdacht auf psychosomatische Überlagerung genannt und nach stationärer Behandlung vom 31.05. bis 05.06.2007 einen dringenden Verdacht auf larvierte Depression und Somatisierungsstörung mit Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Durchschlafstörungen und Antriebsarmut diagnostiziert. Dr. P. berichtete mit Schreiben vom 20.11.2000 von neurologischer Behandlung des Klägers seit 1997 wegen Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, rezidivierender Bein- und Unterleibsschmerzen bei zahlreichen Belastungsfaktoren in der Kindheit, problematischer Ehe mit einer psychotischen Ehefrau und schwieriger Stellung als Ausländer in Deutschland. Der Praktische Arzt Dr. B. hat im Befundbericht für die DRV vom 08.02.2008 u.a. vegetative Dysfunktion bei Arbeitslosigkeit mit körperlicher Schwäche, Konzentrationsstörungen und gesteigerte emotionelle Gemütsbewegungen bei vergeblicher Arbeitssuche und diffusen Gelenksbeschwerden genannt.

Die vorliegenden Unterlagen bestätigen für den Senat eindrucksvoll die bereits lange vor dem Arbeitsunfall rezidivierenden psychischen Erkrankungen, Somatisierungsstörungen und somatoformen Schmerzstörungen entsprechend den Ausführungen von Dr. S. und Dr. K. in ihren Gutachten. Der Unfall kann daher allenfalls als Auslöser vorübergehender Symptome bewertet werden, bei erheblichen weiteren im Privatbereich bestehenden Belastungsfaktoren, auf die der Kläger aufgrund seiner vorbestehenden Krankheitsfehlverarbeitungsstörung mit Schmerzen reagiert.

Auch die weiteren geltend gemachten Gesundheitsstörungen sind keine Unfallfolgen. Die 2012 diagnostizierte Leberzirrhose kann nicht auf den Unfall am 20.04.2009 oder den Erstscha den - das Ekzem der Hände - als wesentliche Teilursache zurückgeführt werden, sondern steht in Zusammenhang mit der bereits im Arztbrief des Kreiskrankenhauses A-Stadt vom 18.05.1999 diagnostizierten chronischen Hepatitis B-Erkrankung des Klägers und der seit 2007 diagnostizierten Fettleber (Steatosis hepatis, vgl. Arztbrief des Kreiskrankenhauses A-Stadt über die Behandlung vom 31.05 bis 05.06.2007), wie die Beklagte überzeugend dargelegt hat. Soweit die Klägerbevollmächtigte die seit 1999 bestehende chronische Hepatitis und die Leberzirrhose als Folge längerer Chemikalienbelastungen geltend macht, handelt es sich nicht um Folgen des Arbeitsunfalls vom 20.04.2009 als zeitlich begrenztes Ereignis. Eine Diabetestherapie wurde bei pathologischer Glukosetoleranz bereits 2007 begonnen (vgl. Arztbrief der Klinik A-Stadt 2007) bzw. Dr. B. hat im Befundbericht vom 08.02.2008 schon einen beginnenden Diabetes mellitus diagnostiziert, also vor dem Unfallereignis.

Erkrankungen im Mundraum wie Paradontose mit Eiterabszess (vgl. Schreiben von Dr. R. vom 03. und 18.06.2013), Veränderungen der Mundschleimhaut, ein Verlust des Geruchs- oder Geschmacksinns oder Gesundheitsstörungen im Bereich der Augen in Form von Bindehautschäden oder Trockenheitssyndrom mit Fremdkörpergefühl (vgl. Arztbrief von Dr. S. vom 13.07.2014) können schon deswegen keine Unfallfolgen sein, weil ein entsprechender Erstscha den - Reizung bzw. Schädigung von Mundschleimhaut oder Augen - nicht im Vollbeweis nachgewiesen ist. Solche Gesundheitsstörungen sind in keinem zeitnahen Befund erhoben worden. Das gilt auch für den neurologischen Befund vom Mai 2009, bei dem Dr. S. immerhin die Pupillenreaktion und die Beweglichkeit der Zunge überprüft hatte. Der Neurologe und Psychiater Dr. S. hat im Gutachten vom 07.06.2011 überzeugend dargelegt, dass Geruchsstörungen und Störungen des Sehvermögens nicht nachweisbar gewesen sind. Im Arztbrief der Praxis Dres. S. und Kollegen vom 08.01.2014 wird insoweit auch nur mitgeteilt, dass der Kläger eine komplette Anosmie und Ageusie angegeben hat, aber nicht, dass diese Angaben durch Untersuchungen objektiviert worden sind.

Welche Abszesse auf den Unfall als Ursache zurückgeführt werden sollen, ist nicht ersichtlich. Allerdings sind Hautabszesse und Furunkel bereits im Mai 2008 in den Behandlungsunterlagen von Dr. K. dokumentiert und damit lange vor dem Unfall. Soweit aus den Unterlagen ersichtlich, sind Abszesse nicht im Bereich der Hände aufgetreten, sondern im Bereich des Kiefers (2013) und im Bereich des linken Oberschenkels (08/2012 und 07/2013). Ein Ursachenzusammenhang mit dem Erstscha den an den Händen ist weder schlüssig vorgetragen noch ersichtlich.

Vor diesem Hintergrund lässt sich - auch unter Zugrundelegung der von der Beklagten anerkannten Unfallfolge - ein Anspruch des Klägers auf Verletztengeld über den 12.02.2010 hinaus ebenso wenig begründen wie ein Anspruch auf Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. Ein Stützrententatbestand liegt bislang nicht vor.

Das SG hat daher die Klage auf weiteres Verletztengeld und auf Verletztenrente zu Recht und mit zutreffender Begründung abgewiesen. Lediglich soweit im Tenor versehentlich als Datum des Bescheides über Verletztengeld der 12.02.2010 statt der 08.02.2010 genannt wird, war eine Berichtigung gemäß [§ 138 SGG](#) angezeigt. Einer vorherigen Anhörung der Beteiligten bedurfte es nicht, da es sich um eine reine Formalie handelt und die Rechte der Beteiligten nicht beeinträchtigt werden können (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Auflage, zu § 138 RdNr. 4). Dessen ungeachtet hat der Senat die Beteiligten in der mündlichen Verhandlung auf diesen Umstand hingewiesen und somit Gelegenheit zur Äußerung gegeben.

B) Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Ferner hat der Senat dem Kläger für die Fortführung des Berufungsverfahrens gemäß [§ 192 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) Verschuldenskosten in Höhe von 500,- Euro auferlegt. Dass und warum die Berufung keinerlei Erfolgsaussicht

hat, ist der Klägerbevollmächtigte sowohl im ablehnenden Beschluss zur Prozesskostenhilfe als auch in der mündlichen Verhandlung vom Vorsitzenden dargelegt worden, zumal keiner der im Verwaltungsverfahren oder im Gerichtsverfahren gehörten Sachverständigen, einschließlich des vom Kläger selbst ausgewählten Sachverständigen nach [§ 109 SGG](#), eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit über den 12.02.2010 hinaus oder eine MdE in rentenberechtigender Höhe festgestellt hat. Der Vorsitzende hat die Prozessbevollmächtigte des Klägers in der mündlichen Verhandlung auf die Missbräuchlichkeit der Fortführung der Berufung vor diesem Hintergrund und auf die Möglichkeit, dass der Senat bei Fortführung der Berufung Kosten nach [§ 192 Abs. 1 SGG](#) in Höhe von 500,- Euro auferlegt, hingewiesen.

Gemäß [§ 192 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) muss sich der Kläger das Verhalten seiner Prozessbevollmächtigten auch zurechnen lassen. Dass ein Beteiligter eine gerichtliche Entscheidung trotz negativer Beweislage wünscht, ist allein zwar noch kein Grund, Missbräuchlichkeit anzunehmen. Missbräuchlichkeit kann aber vorliegen bei Weiterverfolgen von Klage bzw. Berufung trotz offensichtlicher Aussichtslosigkeit (vgl. [BT-Drucks. 14/6335 S. 33](#) zu Art. 1 Nr. 65). Gefordert wird in der Literatur ein besonders hohes Maß an Uneinsichtigkeit. Obwohl die Klägerbevollmächtigte verstanden hat, dass keines der vorliegenden Gutachten die vom Kläger geltend gemachten Ansprüche stützt und der Senat daher nach Sach- und Rechtslage dem Kläger die geltend gemachten Ansprüche nicht zusprechen kann, hat sie an dem Berufungsverfahren festgehalten. Darin zeigt sich ein besonders hohes Maß an Uneinsichtigkeit. Bei Festsetzung der Höhe der Verschuldungskosten sind die Schwere des Verschuldens, die Höhe der entstanden Kosten sowie die wirtschaftlichen Verhältnisse des Betroffenen zu berücksichtigen (vgl. Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum Sozialgerichtsgesetz, 11. Auflage, zu § 192 RdNr. 16). Bei Schätzung der Gerichtskosten für die Fortführung der Berufung in der mündlichen Verhandlung sind neben den bei der Abfassung des Urteils entstehenden Kosten sämtlicher Richter und Mitarbeiter auch die allgemeinen Gerichtshaltungskosten zu berücksichtigen (vgl. Leitherer, a.a.O., § 192 RdNr.14). Diese Kosten liegen in der Regel bei mindestens 1000,- Euro (vgl. hierzu LSG NRW Urteil vom 24.10.2014 - [L 4 U 522/13](#) - Juris RdNr. 42; LSG BaWÜ Beschluss vom 10.10.2011 - [L 13 R 2150/10](#) - Juris RdNr. 22; LSG Berlin-Brandenburg Urteil vom 18.12.2013 - [L 29 AL 88/13](#) Juris RdNr. 69). Allein für das Absetzen des Urteils sind mit Blick auf die drei damit befassten Berufsrichter mindestens sechs Richterarbeitsstunden anzusetzen, wobei der Wert einer Richterstunde bereits 1986/1987 mit 350,- bis 450,- DM - also ca. 180,- bis 230,- Euro - angesetzt wurde (vgl. LSG Baden-Württemberg Beschluss vom 10.10.2011 - [L 13 R 2150/10](#) - Juris RdNr. 22 m.w.N.), so dass selbst ohne Berücksichtigung der seitdem eingetretenen Preissteigerung allein für die Urteilsabsetzung Kosten in Höhe von über 1.000,- Euro entstanden sind. Die dem Kläger auferlegten Kosten in Höhe von 500,- Euro liegen damit noch deutlich unter den tatsächlich durch die Weiterführung des Rechtsstreits verursachten Kosten, denn der Senat hat zu Gunsten des Klägers die geringen Einkommensverhältnisse und die familiäre Situation berücksichtigt.

C) Gründe gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) zur Zulassung der Revision sind weder vorgetragen noch ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2017-03-23