

L 2 U 13/09

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 25 U 726/05
Datum
08.12.2008
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 2 U 13/09
Datum
24.03.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 8. Dezember 2008 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander auch für das Berufungsverfahren keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Gewährung einer Verletztenrente unter Anerkennung von weiteren Folgen eines Arbeitsunfalls am 2. März 2004.

Der 1963 geborene Kläger, der Linkshänder ist, arbeitete seit Februar 2001 bei der M GmbH als Mechaniker. Am 2. März 2004 fiel ihm beim Beladen eines Lkw mit Werkzeug ein Seitenbrett der Lkw-Verkleidung aus drei Metern Höhe auf die linke Hand.

Im Durchgangsarztbericht des Facharztes für Chirurgie Dr. Sch(St. B-Hospital) vom 2. März 2004 wird eine oberflächliche Hautabschürfung am linken Handrücken mit Schmerzangabe im Bereich der Grundgelenke des zweiten und dritten Fingers beschrieben und eine Prellung der linken Hand mit oberflächlicher Hautschürfung diagnostiziert. Röntgenaufnahmen der linken Hand in zwei Ebenen ergaben keine Fraktur. Die Finger waren frei beweglich. In Berichten vom 22. März 2004 berichteten der Arzt für Chirurgie Dr. K und der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie L, bei dem Kläger liege ein Zustand nach Prellung der Hand mit posttraumatischem Karpaltunnelsyndrom links vor. Herr L diagnostizierte auch ein beginnendes Sulcus-ulnaris-Syndrom links. Der den Kläger in der Unfallbehandlungsstelle der Berufsgenossenschaften behandelnde Privatdozent Dr. E führte in verschiedenen Zwischenberichten unter anderem aus, bei dem Kläger lägen Beschwerden im Bereich des zweiten und dritten Fingers links vor. Typische Beschwerden im Sinne eines Karpaltunnelsyndroms oder Sulcus-ulnaris-Syndroms würden nicht benannt, auch wenn diese zwischenzeitlich durch eine NLG-Untersuchung bestätigt worden seien. Das Karpaltunnelsyndrom könne aufgrund des Unfallherganges nicht Unfallfolge sein. Es werde eine erhebliche Aggravation vermutet. Es liege keine vermehrte Schweißneigung oder Behaarung als Zeichen für ein chronisches regionales Schmerz(Pain)syndrom (CRPS) vor. Die Hand sei nicht berührungsempfindlich. Die Sensibilität an den Fingerkuppen sei vollständig erhalten. Der Kläger habe eine Szintigraphie der Hände vom 15. Juni 2004 vorgelegt. Hier liege keine wesentliche Mehranreicherung im Bereich der verletzten Hand vor. Beschrieben werde eine Mehranreicherung, die zu einem CRPS passen könnte. Diese dezente Mehranreicherung halte er am ehesten für Folge der Narbenbildung nach Hämatom. Er halte den Kläger für arbeitsfähig ab dem 21. Juni 2004.

In einem Bericht vom 15. Juni 2004 führte der Radiologe K aus, es liege ein auffälliges Drei-Phasen-Szintigramm für die linke Hand und das Handgelenk vor, insbesondere die Fingergelenke betreffend. Eine am 16. Juli 2004 durchgeführte Dreikompartement-Arthrographie des linken Handgelenkes ergab keinen Anhalt für eine ligamentäre Läsion der proximalen Handwurzelreihe. Auf den Stress-Aufnahmen fand sich kein Nachweis eines Diskusimpingements. Es wurde jedoch der Verdacht auf intraartikuläre Synechien innerhalb des Radiokarpalgelenkes, in Höhe des radioulnaren Gelenkspaltes bei winziger Fissur im Bereich der Diskusspitze geäußert. Der Arzt für Chirurgie/Unfallchirurgie/Handchirurgie Dr. W diagnostizierte in einem ausführlichen Krankheitsbericht vom 5. August 2004 ein chronisches Schmerzsyndrom der linken Hand nach Prellung. Er bestätigte aber in einem Bericht vom 9. September 2004, dass beide Hände äußerlich fast unauffällig erscheinen würden. Hauttumor, Schweißbildung und Hauttemperatur seien beidseits gleich. Nachdem Dr. W in Stellungnahmen vom 29. Oktober 2004 und 23. November 2004 ausgeführt hatte, der Kläger leide auch unter psychischen Problemen, so dass eigentlich geplante Behandlungen nicht durchgeführt werden könnten, gewährte die Beklagte dem Kläger zur Optimierung der Behandlung die Durchführung einer umfassenden Schmerztherapie unter stationären Bedingungen in der Klinik für Manuelle Medizin und Schmerztherapie H Kliniken, S. Nach Mitteilung der den Kläger behandelnden Physiotherapeutin T, sie habe große Bedenken bezüglich des psychischen Zustandes des Klägers und seiner Reaktion auf die Ankündigung dieser Maßnahme, veranlasste die Beklagte eine Stellungnahme des Facharztes für Neurologie, Facharztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin Dr. W, der unter dem 31. Januar 2005

unter anderem ausführte, das aktuelle Krankheitsbild des Klägers sei noch nicht ausreichend medizinisch abgeklärt. Dies sei zwingend erforderlich. Er rate an, den Informationsfluss zwischen Physiotherapeutin, Arzt und der Beklagten zu verbessern. Er rege an, ein Vorerkrankungsverzeichnis über sämtliche bei dem Kläger bisher aufgetretenen Erkrankungen einzuholen.

Die Beklagte zog daraufhin ein Vorerkrankungsverzeichnis der AOK Berlin ab 1. September 1980, Auszüge aus einem Reha-Entlassungsbericht über eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme vom 19. September 1995 bis 10. Oktober 1995 zulasten der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, den ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik für Dermatologie und Allergie D vom 7. August 1998, die Epikrise des St. J Krankenhauses vom 5. Dezember 1997 über einen stationären Aufenthalt vom 29. November bis 5. Dezember 1997 und eine Epikrise des A Krankenhauses vom 28. Januar 1998 über einen stationären Aufenthalt vom 5. Dezember bis 20. Dezember 1997 bei.

Auf Veranlassung der Beklagten erstellte der Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin Dr. Dr. We am 10. Juli 2005 unter Einbeziehung eines radiologischen Zusatzgutachtens vom 29. Juni 2005 ein nervenärztliches Zusammenhangsgutachten und führte in diesem unter anderem aus, aus organoneurologischer Sicht lägen bei dem Kläger keine unfallbedingten Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems vor. Auch aus psychiatrischer Sicht lasse sich das derzeitige Krankheitsgeschehen nicht als Unfallfolge auffassen. Die im Rahmen der Untersuchungssituation vorgenommene erhebliche motorische Gebrauchseinschränkung der linken Hand könne nicht durchgehend seit dem 2. März 2004 bestanden haben. Es entspreche den unfallnervenärztlichen Erfahrungswerten, dass eine über Wochen oder gar Monate konstant durchgehaltene Gebrauchsminderung von Extremitäten unweigerlich bereits ab der fünften Woche zu Weichteilschrumpfung und Muskelatrophien führe, es hätten sich aber keinerlei Veränderungen dieser Art feststellen lassen, obwohl das Unfallgeschehen schon gut ein Jahr zurückliege. Aufgrund der eigentlichen Unfallfolgen (Handprellung) lasse sich aus nervenärztlicher Sicht ein Arbeitsunfähigkeitszeitraum längstens für vier Wochen zuerkennen, somit bis zum 31. März 2004. Es lasse sich nicht nachweisen, dass über diesen Zeitraum hinaus noch Unfallfolgen bestanden hätten, insbesondere sei der volle Beweis eines so genannten CRPS aufgrund der in der Vergangenheit durchgeführten vielfältigen Untersuchungen nicht schlüssig erbracht worden. Unfallfolgen lägen somit ab dem 1. April 2004 nicht mehr vor. Zu diesem Zeitpunkt ende auch die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch die Unfallfolgen sei seit dem Wegfall der Arbeitsunfähigkeit nicht verblieben.

Mit Bescheid vom 19. Juli 2005 erkannte die Beklagte unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit für die Zeit vom 2. März 2004 bis zum 31. März 2004 an, lehnte jedoch die Gewährung einer Rente und weitergehender Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ab.

Im anschließenden Widerspruchsverfahren übersandte der Kläger ein handchirurgisches Gutachten des Dr. Wi vom 2. September 2005, der unter anderem ausführte, er habe während seiner Untersuchung eine konzentrische Bewegungseinschränkung im linken Schultergelenk, eine erhebliche Einschränkung der Beweglichkeit im linken Ellenbogengelenk und für die Unterarmdrehfähigkeit sowie für das linke Handgelenk feststellen können. Darüber hinaus sei eine deutliche Bewegungseinschränkung im Sattelgelenk sowie am Daumengrund- und -endgelenk links festzustellen gewesen, was auch für die Langfinger der linken Hand gelte. Hier seien zum Teil erhebliche Bewegungseinschränkungen nachweisbar, insbesondere sei aber auch eine deutliche Umfangsmehrung der linken Mittelhand um 2,5 cm festzustellen, die nicht nur auf die Linkshändigkeit zurückzuführen sei. An der dominanten Hand sei in der Regel eine Umfangsmehrung im Bereich der Mittelhand um 1 cm zu erwarten. Die Umfangsmehrung um 2,5 cm sei im Wesentlichen auf die Unfallfolgen zurückzuführen, es finde sich hier noch eine restliche Ödembildung. Dr. Dr. We habe den krankhaften Befund an der linken Hand und am linken Arm nur unzureichend erfasst. Prof. Wi habe den Kläger am 22. August 2005 erneut intensiv untersucht. Dieser halte die krankhaften Veränderungen für ein Thoracic Outlet-Syndrom. Dieses sei eine Kombination aller Kompressionsmechanismen, die den Gefäßnervenstrang im Bereich der oberen Thoraxapertur und des costoclaviculären Raumes tangieren könnten. Es zeichne sich durch neurologische und vaskuläre Störungen aus, die sich entweder spontan oder posttraumatisch manifestieren würden. Prof. Wi halte die Sudeck'sche Dystrophie für die schwerste Form eines Thoracic Outlet-Syndroms, welches Krankheiten seien, die zu einer heftigen Beschwerdesymptomatik und weitestgehender Gebrauchsminderung der beschädigten Extremität führen würden. Charakteristisch dafür sei, dass dieses dystrophische Syndrom häufig nach so genannten Bagatellunfällen eintrete. Insofern seien auch nicht ein gravierender, direkter Unfallfolgezustand beziehungsweise entsprechende Ausfälle zu fordern. Die Bewertung der Erkrankung sei extrem schwierig, weil sich über diese Krankheit, die als Sudeck-Dystrophie oder CRPS bekannt sei, die Geister scheiden würden. Das heiße, es gebe zahlreiche verschiedene, wissenschaftlich begründete Meinungen, die allesamt aber eine letztliche Klärung der Ursache für eine Sudeck'sche Dystrophie oder Algodystrophie oder CRPS nicht erbringen könnten. Insgesamt gesehen müsse man feststellen, dass der Kläger unter einem solchen CRPS leide, wodurch der ungewöhnlich lange Krankheitsverlauf und die Intensität der Beschwerden zu verstehen seien. Die von Dr. Dr. We ins Feld geführte Vorstellung, die Krankheit sei letzten Endes wahrscheinlich die Folge einer früher durch gemachten Depression oder einer Konversionsneurose, halte er für extrem spekulativ und letzten Endes für abwegig, weil es hier eindeutig an einer Brückensymptomatik fehlen würde. Der gleichzeitige Hinweis darauf, dass ein Kernspintomogramm keine erhöhte Flüssigkeitsansammlung und dass die Röntgenbilder keine fleckförmige Entkalkung zeigen würden, lasse nicht den Schluss zu, es liege keine Algodystrophie vor. Für die Algodystrophie oder Sudeck'sche Dystrophie müssten nicht alle bekannten Parameter gleichzeitig auftreten, um diese Krankheit überhaupt zu diagnostizieren und sie schlussendlich auch als Krankheit anzuerkennen. Eine wirkliche Erklärung, worunter der Kläger sonst leide, außer unter einem dystrophischen Syndrom, biete Dr. Dr. We nicht an. Schlussendlich halte er es für angebracht und gerecht, dass die bei dem Kläger vorliegende Krankheit, die aus dem Unfall vom 2. März 2004 entstanden sei, auch als solche anerkannt werde, so dass die jetzige sehr schmerzhafteste Situation nicht als unfallunabhängig abgetan werde. Auch die ebenfalls vom Kläger übersandte gutachtliche Stellungnahme des Facharztes für Neurochirurgie H vom 2. September 2005 bestätigte die Diagnose eines CRPS und bezweifelte das Vorliegen einer Konversionsneurose.

Mit Widerspruchsbescheid vom 6. September 2005 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Der im anschließenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht als Sachverständiger bestellte Facharzt für Orthopädie Dr. E hat in seinem Gutachten vom 11. August 2006 unter anderem ausgeführt, es sei festzustellen, dass als alleinige Symptomatik ein erhebliches chronisches Schmerzsyndrom bei dem Kläger festzustellen sei. Objektivierbare Zeichen eines abgelaufenen Morbus Sudeck im dritten Stadium - gekennzeichnet durch die Atrophie von Unterhautfettgewebe, Muskulatur, Knochen und mehr oder minder stark ausgeprägter Kontraktur der Gelenke - seien nicht nachzuweisen. Äußerlich seien keine Veränderungen im Vergleich zur rechten Extremität festzustellen. Für die

Diagnose eines CRPS sei die alleinige Symptomatik eines chronischen Schmerzsyndroms ohne weiteren Nachweis einer sympathischen Störung nicht ausreichend. Eine derartige Störung habe bei der Untersuchung vom 21. Juni 2005 jedoch ausgeschlossen werden können. Auffällig sei bei der aktuellen Untersuchung gewesen, dass seitens der Fingergelenke keine Kontrakturen nachzuweisen gewesen seien, wie die messtechnische Analyse der einzelnen Gelenke zeige. Im Widerspruch hierzu sei aber ein unvollständiger Faustschluss demonstriert worden. Auch sei die linke Hand nicht plan auf den Tisch gelegt worden. Die bei der Untersuchung demonstrierte Minderbelastbarkeit der linken oberen Extremität - diese wurde beim An- und Ausziehen überhaupt nicht eingesetzt - habe nicht objektiviert werden können. Messtechnisch sei, entsprechend der Tatsache, dass der Kläger Linkshänder sei, ein etwas stärkerer Muskelmantel links als rechts nachgewiesen worden. Eine über zwei Jahre bestehende Minderbelastbarkeit der linken oberen Extremität hätte aber unbedingt eine messbare Minderung des Muskelmantels nach sich ziehen müssen. Als weiteres Indiz einer normalen Belastung der linken oberen Extremität seien die röntgenologischen Untersuchungen aufzuführen, die jeweils im Vergleich zur rechten Hand für links keine Kalksalzminderung ergeben hätten, was aber bei einer über zwei Jahre anhaltenden Minderbelastbarkeit unbedingt zu fordern sei. Die durch den Kläger demonstrierten motorischen Einschränkungen seien nicht nachvollziehbar. Durch das Unfallereignis vom 2. März 2004 sei es zu einer Prellung des Handrückens mit Gefühlsstörungen des zweiten und dritten Fingers gekommen. Weitere Unfallfolgen seien nicht festzustellen. Die als unfallbedingte Gesundheitsstörung anzuerkennende Prellung des Handrückens sei nach allgemeiner Erfahrung nach vier Wochen als abgeklungen einzuschätzen. Die Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms im Verlauf von drei Monaten sei daher nicht als Unfallfolge anzuerkennen. Sie sei auf die Disposition des Klägers zur Entwicklung psychischer Störungen zurückzuführen. Eine unfallbedingte MdE sei nicht zu begründen. Den Ausführungen von Dr. Wi vom 2. September 2005 könne nicht gefolgt werden. Für die Diagnose eines CRPS sei die alleinige Symptomatik eines chronischen Schmerzsyndroms ohne weiteren Nachweis einer sympathischen Störung nicht ausreichend. Eine derartige Störung habe aber ausgeschlossen werden können. Auch in ergänzenden Stellungnahmen vom 21. Mai 2007 und 11. August 2008 ist der Sachverständige im Wesentlichen bei seiner Einschätzung verblieben, führte allerdings ergänzend aus, dass den Ausführungen des Dr. Wi dahingehend zu folgen sei, dass eine Anerkennung einer CRPS auch beim Vorliegen von nur wenigen Symptomen - die eines chronischen Schmerzsyndroms - erfolgen könne, hielt aber weiterhin eine MdE in rentenberechtigendem Grade nicht für gegeben.

Der ebenfalls als Sachverständiger bestellte Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. A hat in seinem Gutachten vom 29. November 2006 und einer ergänzenden Stellungnahme vom 17. September 2008 unter anderem ausgeführt, der Kläger leide unter einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer Konversionsneurose. Eine CRPS sei nicht nachgewiesen. Kein für eine CRPS typischer beziehungsweise objektivierbarer Befund sei festzustellen. Subjektive Schmerzangaben allein könnten die Syndromdiagnose nicht mit hinreichender Validität begründen. Die Ätiologie des Syndrombegriffs sei unklar. Eine Konversionsneurose lasse sich dagegen nachweisen. In Abhängigkeit von biografischen Belastungen seien bereits im Jahre 1997 eine psychogene Symptomatik im Sinne von Gangunsicherheit, Schwindel und Tremor vor dem Hintergrund erheblicher biografischer Belastungen nachgewiesen worden. Sowohl die vor dem Unfallereignis 1997 als auch die nach dem Unfallereignis aufgetretenen, durch organische beziehungsweise physiologische Befunde nicht erklärbaren Symptome seien in Abhängigkeit von relevanten biografischen Belastungen zu betrachten. Keine der bei dem Kläger jetzt vorliegenden Gesundheitsstörungen sei auf den Unfall vom 2. März 2004 zurückzuführen. Bereits vor dem Unfallereignis sei es zur Manifestation einer psychogenen Symptomatik im Sinne einer Konversionsneurose vor dem Hintergrund biografischer Belastungen gekommen. Diese Belastungen, im Jahre 1997 Instabilitäten des familiären Gleichgewichtes nach der Geburt der Tochter, kurz nach dem Unfallereignis der Verlust des Arbeitsplatzes, seien als wesentliche Ursache der genannten Störungen aufzufassen. Es liege keine unfallbedingte MdE vor. Die Einlassungen des Dr. Wi seien nicht überzeugend. Er erhebe nicht einen einzigen relevanten, objektivierbaren pathologischen Befund im Bereich der linken Hand, sondern stellt lediglich fest, dass die linke Hand durch Kraftlosigkeit behindert sei. Validierende klinische oder paraklinische Zusatzbefunde (etwa Atrophien oder neurophysiologische Befunde) würden fehlen. Er verweise außerdem - richtigerweise - auf die Tatsache, dass es sich bei dem Begriff der CRPS um einen deskriptiven Syndrombegriff handle, dessen Ätiologien unklar seien. Anstatt sich dann aber auch hinsichtlich der Kausalitätsbeurteilung agnostisch zu verhalten, konstatierte er gewissermaßen a priori die Unfallabhängigkeit von Schmerz und Kraftminderung im Bereich der linken Hand. Eine nachvollziehbare Begründung bleibe er schuldig. Warum ein Morbus Sudeck als angebliche Maximalvariante eines so genannten thoracic outlet Syndroms beim Kläger vorliegen solle, obwohl eine Kompression im Bereich der oberen Thoraxapertur nie erfolgt sei, bleibe rätselhaft.

Der gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ebenfalls als Sachverständiger bestellte Arzt für Chirurgie/Unfallchirurgie/Handchirurgie Dr. Wi hat in seinem Gutachten vom 8. Februar 2008 unter anderem ausgeführt, bei dem Kläger habe sich nach dem Unfall vom 2. März 2004 ein chronisches regionales Schmerzsyndrom im Sinne einer CRPS beziehungsweise eines Sudeck-Syndroms entwickelt, das auch nachgewiesen sei. Die MdE betrage 20 v.H. Eine Arbeitsfähigkeit sei auch zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht wieder eingetreten.

Mit Urteil vom 8. Dezember 2008 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und sich hierbei im Wesentlichen auf die Gutachten des Dr. Dr. W und der Sachverständigen Dr. E und Dr. A gestützt. Das Gutachten des Dr. Wi hielt es für wenig überzeugend.

Gegen das ihm am 18. Dezember 2008 zugestellte Urteil richtet sich die am 15. Januar 2009 eingelegte Berufung des Klägers, mit der er sein Begehren weiter verfolgt. Zur Begründung führt der Kläger unter anderem aus, aus der Zusammenschau aller erhobenen Befunde im gesamten Verwaltungs- und Klageverfahren ergebe sich, dass bei ihm ein CRPS vorliege, welches hinreichend wahrscheinlich Folge des Arbeitsunfalls vom 02. März 2004 sei. Die Beklagte und die von ihr beauftragten Ärzte hätten alle für die Diagnose eines CRPS sprechenden Befunde ignoriert und den Krankheitsverlauf unzureichend dokumentiert. Auch der Krankheitsverlauf würde für das Vorliegen eines CRPS sprechen. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten der Berufungsbegründung wird auf Blatt 292 bis 310 der Gerichtsakte hingewiesen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 8. Dezember 2008 und den Bescheid der Beklagten vom 19. Juli 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. September 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm aufgrund der Folgen des Arbeitsunfalls vom 2. März 2004 unter Anerkennung eines CRPS als Unfallfolge eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit in Höhe von wenigstens 20 v.H. der Vollrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene erstinstanzliche Urteil für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und des Vorbringens der Beteiligten im übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, jedoch nicht begründet. Er hat - wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat - keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 02. März 2004, denn es lassen sich zur Überzeugung des Senats keine hinreichend wahrscheinlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführenden Gesundheitsstörungen bei dem Kläger feststellen.

Anspruchsgrundlage für die Gewährung einer Verletztenrente ist [§ 56 SGB VII](#). Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die sechszwanzigste Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente.

Unstreitig hat der Kläger am 02. März 2004 einen Arbeitsunfall erlitten, den die Beklagte mit dem angefochtenen Bescheid auch anerkannt hat. Außerdem erkannte die Beklagte als Arbeitsunfallfolge eine folgenlos ausgeheilte Prellung der linken Hand sowie Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit bis zum 31. März 2004 an. Über den 31. März 2004 hinaus liegen keine weiteren Arbeitsunfallfolgen vor.

Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist erforderlich, dass sowohl zwischen der unfallbringenden Tätigkeit und dem Unfallereignis als auch zwischen dem Unfallereignis und der Gesundheitsschädigung ein innerer ursächlicher Zusammenhang besteht. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, der Arbeitsunfall und die Gesundheitsschädigung im Sinne des Vollbeweises - also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit - nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung für die Entschädigungspflicht, der nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit - nicht allerdings die bloße Möglichkeit - ausreicht (ständige Rechtsprechung, vgl. nur BSG Urteil vom 02. Mai 2001, Az. B [2 U 16/00](#) RSozR 3-2200 § 551 RVO Nr. 16 m. w. N.). Eine solche Wahrscheinlichkeit ist anzunehmen, wenn nach vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Faktoren ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass die richterliche Überzeugung hierauf gestützt werden kann (BSG, Urteil vom 06. April 1989, Az. [2 RU 69/87](#), zitiert nach juris; Urteil vom 02. Februar 1978, Az. [8 RU 66/77](#), [BSGE 45, 285](#), 286).

Der Senat ist unter Berücksichtigung dieser Grundsätze nach Auswertung und Würdigung der im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren erstatteten Gutachten, insbesondere der im Klageverfahren eingeholten Sachverständigengutachten des Dr. E und des Dr. A, nicht davon überzeugt, dass bei dem Kläger eine CRPS vorliegt. Dabei ist zunächst - wie auch das Sozialgericht richtigerweise festgestellt hat - darauf hinzuweisen, dass die Gesundheitsschädigung im Sinne des Vollbeweises - also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit - nachgewiesen werden muss. Es reicht also nicht aus, dass mehr für als gegen die Diagnose eines CRPS spricht. Dieser Vollbeweis ist jedoch nicht gelungen, wie das Sozialgericht ausführlich und rechtlich überzeugend dargelegt hat. Der Senat von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab, denn er weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück ([§ 153 Absatz 2](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG).

Ergänzend ist lediglich auszuführen, dass auch in der einschlägigen unfallversicherungsrechtlichen Literatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, München 2010, Kapitel 8.1.3.1.1, S. 380) darauf hingewiesen wird, dass eine Abgrenzung des CRPS von Pseudodystrophien, d. h. von Folgen psychischer Fehlentwicklungen im Sinne nicht bewältigter Belastungssituationen, erfolgen muss. Genau dies ist im vorliegenden Verfahren erfolgt. Insbesondere der Sachverständige Dr. A und bereits im Verwaltungsverfahren der Gutachter Dr. Dr. W haben für den Senat überzeugend dargelegt, dass der auch schon vor dem Unfall psychiatrisch bzw. psychosomatisch erkrankte Kläger an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leidet und sich ein CRPS nicht nachweisen lässt.

Selbst wenn man mit dem gemäß [§ 109 SGG](#) beauftragten Sachverständigen Dr. Wi von der Diagnose eines CRPS ausgehen würde, hätte in diesem Fall aufgrund der geringfügigen Verletzungen (der leichten Prellungen) wie sie der Kläger erlitten hat, der Grad der Mitwirkung des Traumas an der Entstehung eines CRPS - in angemessener Berücksichtigung der individuellen Umstände - sorgfältig abgewogen und Stellung genommen werden müssen, ob und warum die leichte Gewebsschädigung ausnahmsweise wesentliche Teilursache ist und nicht - wie - meistens rechtsunerhebliche Gelegenheitsursache (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Kapitel 8.1.3.1.1, S. 380). Hieran fehlt es jedoch, worauf auch der Sachverständige Dr. A bereits zutreffend hingewiesen hat, denn der Sachverständige Dr. Wi hat sich mit dieser Abgrenzung anderer Ursachen, insbesondere der von Dr. A und Dr. Dr. W herausgearbeiteten deutlichen Disposition des Klägers zu psychiatrischen bzw. psychosomatischen Störungen, nicht auseinander gesetzt.

Lässt sich die Diagnose eines CRPS nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit belegen und lässt sich ein Schmerzsyndrom nicht hinreichend wahrscheinlich auf den Unfall zurückführen, so ist damit weder ein Anspruch auf Anerkennung der geltend gemachten weiteren Unfallfolgen noch ein Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente gegeben.

Nach alledem ist die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und trägt dem Ausgang des Verfahrens Rechnung.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil keiner der in [§ 160 Abs. 2 Nrn.](#) 1 und 2 SGG genannten Gründe vorliegt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB
Saved
2010-04-15