

L 2 U 138/02

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 3 U 412/99

Datum

21.03.2002

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 138/02

Datum

27.10.2004

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 21.03.2002 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der 1951 geborene Kläger gab mit der Unfallanzeige vom 05.04.1998 an, er habe am 07.08.1997 mit dem rechten Unterarm mehrmals gegen eine klemmende Türe geschlagen, um sie zu öffnen.

Der Durchgangsarzt, der Chirurg Dr.L. , berichtete, der Kläger habe ihn am 07.08.1997 aufgesucht; über dem rechten körperfernen Ellenende habe sich eine Schwellung und Rötung mit lebhaftem Druckschmerz über dem Ellengriffel gezeigt, auch habe eine schmerzhaft eingeschränkte Handgelenksbeweglichkeit bestanden. Die Fingerbeweglichkeit sei frei gewesen. Peripher seien keine sensiblen Auffälligkeiten festzustellen gewesen. Die Röntgenaufnahmen hätten das Handgelenk ohne knöchernen Befund gezeigt. Dr.L. stellte die Diagnose: Prellung des Handgelenks mit Verdacht auf posttraumatische Knochenhautentzündung an der körperfernen Elle. Der Handchirurg Dr.R. vom Zentralklinikum A. diagnostizierte am 07.11.1997 Prellung und Hämatom am Handgelenk, einen beginnenden schnellenden Daumen und Verdacht auf Nervus-interosseus-dorsalis-Neuralgie. Die Röntgenaufnahmen vom 08.08.1997 hätten keinen pathologischen Befund ergeben. Der Kläger klagt jetzt über mehr diffuse Schmerzen im gesamten Handgelenksbereich. Bei der Untersuchung finde sich Druckschmerzhaftigkeit über dem Ringband am Daumengrundgelenk, einem beginnenden schnellenden Finger entsprechend. Außerdem sei Druckschmerzhaftigkeit über dem Handgelenk festzustellen. Ein MRT vom 20.10.1997 beschreibe das distale Radioulnargelenk und den Diskus als normal, es werde am ehesten an ein organisiertes Hämatom gedacht. Der Chirurg Dr.P. stellte am 27.01.1998 die Diagnose einer Styloiditis ulnae rechts mit Bewegungsschmerz am Handgelenk und einer leichten Verdickung über dem Processus styloideus ulnae. Die Röntgenaufnahme zeige eine reiskorngroße Verschattung als Folge eines eventuell abgelaufenen winzigen knöchernen Kapselausrisses. Der Durchgangsarzt, der Orthopäde Dr.N. , diagnostizierte am 14.03.1998 einen Zustand nach Prellung des Handgelenkes. Im Bericht vom 20.05. 1998 erklärte Dr.N. , der Kläger klagt weiterhin über starke Schmerzen im Handgelenk.

Im Gutachten vom 22.05.1998 kam der Handchirurg Dr.S. zusammenfassend zu dem Ergebnis, sämtliche Untersuchungen hätten zu keinem greifbaren morphologischen Substrat der geklagten Beschwerden geführt. Jetzt bestehe eine minimale Weichgewebsvermehrung um den Griffelfortsatz der Elle sowie eine gewisse Mindererwärmung der rechten Hand gegenüber der linken. Sämtliche Funktionseinschränkungen wirkten absolut vorgeführt und hätten keinen objektiv erkennbaren körperlichen Hintergrund. Die Veränderungen seien, objektiv gesehen, nicht wesentlich und auch nicht weiter fassbar, die Schwellung und gewisse vegetative Dystonie der Hand bedingten weder irgendeine Funktionseinschränkung noch Behandlungsbedürftigkeit oder Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Kläger führe eine nahezu vollständige Funktionslosigkeit der Hand vor. So reiche er zur Begrüßung die linke Hand, führe zunächst die Funktionsprüfungen nicht durch, die dann aber im weiteren Verlauf doch getätigt werden könnten. Der Spitzgriff werde extrem langsam und eigenartig wurmförmig vorgeführt, das Hochkrepeln des linken Hemdärmels gelinge aber doch bei nahezu normalem Spitz- und Feingriff der Finger. Besonders auffällig sei, dass nach Verlassen der Klinik die rechte Hand mit der entzündeten Zigarette völlig normal gehalten worden und auch die zuvor vorgeführte Haltung der Finger in Streckstellung offensichtlich nicht mehr notwendig gewesen sei. Es handle sich hier am ehesten um die Folge einer Somatisierung anders gelagerter Probleme in die Hand. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit hätten bis zum 15.11. 1997 bestanden, danach mit Sicherheit nicht mehr.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 09.09.1998 die Gewährung einer Rente ab. Die Erwerbsfähigkeit sei über die 26. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus nicht in rentenberechtigendem Grad gemindert. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit hätten

bis 15.11.1997 vorgelegen, objektivierbare Unfallfolgen lägen nicht mehr vor.

Den Widerspruch des Klägers vom 22.09.1998 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 16.02.2000 zurück. Wesentliche Folgen des Arbeitsunfalls seien nicht mehr nachweisbar. Die Prellung habe lediglich unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit längstens bis 15.11.1997 zur Folge gehabt. Sie sei im Wesentlichen folgenlos verheilt und führe zu keiner messbaren MdE.

Der Kläger hat hiergegen Klage zum Sozialgericht Augsburg erhoben und darauf hingewiesen, es bestünde wegen der Unfallfolgen Schreibunfähigkeit.

Der vom SG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Handchirurg Dr.R. hat im Gutachten vom 12.12.2001 zusammenfassend ausgeführt, durch den Unfall sei es zur Distorsion des Handgelenks mit Projektion der Schmerzen auf das körperferne Ellenende gekommen. Inzwischen sei das Handgelenk 1999 operiert worden und mit einer Pseudarthrose der körperfernen Elle ausgeheilt. Die MdE wegen der Unfallfolgen sei mit unter 10 v.H. einzuschätzen.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 21.03.2002 hat der Kläger beantragt, die Beklagte zu verurteilen, bei ihm unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis 27.07.1998 festzustellen und entsprechende Leistungen zu gewähren.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 21.03.2002 abgewiesen. Der Kläger habe wegen der gesundheitlichen Folgen des Arbeitsunfalles vom 07.08.1997 keinen über den 15.11.1997 hinausgehenden Anspruch auf Verletztengeld. Dies ergebe sich schlüssig aus dem Gutachten des Handchirurgen Dr.R. vom 12.12.2001. Er bestätige vollumfänglich das Ergebnis des Gutachtens von Dr.S ... Es lägen keine medizinischen Äußerungen vor, die diese Feststellungen ernsthaft in Zweifel zögen.

Zur Begründung der Berufung führte der Kläger aus, unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe über den 15.11.1997 hinaus bestanden. Auch nach der Untersuchung durch Dr.S. am 18.05.1998 hätten zunehmende Schmerzen und eine zunehmende Beeinträchtigung der Hand bestanden. Dr.S. habe einen Ulnavorschub festgestellt, der am 07.12.1999 operativ behandelt worden sei. Das von Dr.N. beschriebene vorstehende Ellenköpfchen könne durchaus als Hinweis auf einen Ulnavorschub auf Grund des Unfalles gewertet werden, dies gelte auch für die eingeschränkte Fingerbeweglichkeit. Die Durchführung der Funktionsprüfungen bei Dr.S. sei sehr schmerzhaft gewesen. Das Hochkrempeln des linken Hemdärmels sei mehr mit Schieben des Unterarms als mit den vom Sachverständigen bezeichneten Fingern erfolgt. Es werde bestritten, dass der Kläger sich beim Verlassen der Klinik eine Zigarette angezündet habe. Der Kläger sei kein Simulant. Die Schmerzen hätten sich seit dem Untersuchungstermin vom 18.05.1998 stetig weiter verstärkt, die Schwellung habe zugenommen, die Beweglichkeit habe abgenommen. Dies habe zum operativen Eingriff geführt. Dr.R. habe nicht berücksichtigt, dass die Hand operiert gewesen sei. Daher seien alle Bewegungsabläufe sehr schmerzhaft gewesen.

Der vom Senat zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr.F. führte im Gutachten vom 14.05.2003 zusammenfassend aus, ein Ulnavorschub habe effektiv nicht bestanden und könne schon darum keine Unfallfolge sein, da es sich hier um eine Normvariante handle, die Resultat eines unterschiedlichen Längenwachstums von Elle und Speiche sei. Die operative Behandlung des Ulnavorschubs sei nicht indiziert gewesen und stehe auch nicht im Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen. Oberhalb des Ellengriffs sei eine winzige Verkalkung zu sehen, die nach Verzerrung eines Gelenkes auftreten, andererseits aber auch auf Grund von Stoffwechselstörungen entstehen könne. Kernspintomographisch habe die Ursache der Beschwerden nicht geklärt werden können. Am 07.08.1997 sei es allenfalls durch das heftige Aufschlagen mit dem Unterarm gegen die Tür zu einer geringfügigen Prellverletzung bei vorbestehender Reizsymptomatik gekommen. Eine längere als die bereits anerkannte Arbeitsunfähigkeit bis zum 15.11.1997 sei nicht zu begründen. Zu berücksichtigen sei auch, dass der Kläger bereits am 15.05.1997 wegen einer Erkrankung des rechten Handgelenks behandelt worden sei; eine Schmerzsymptomatik habe also schon vor dem Unfall bestanden.

Der Kläger erklärte im Schreiben vom 21.10.2003, es sei zu überprüfen, inwieweit der Ulnavorschub zumindest mittelbar durch das Unfallereignis entstanden sei. Die winzige Verkalkung sei nicht auf Stoffwechselstörungen zurückzuführen, da solche bei ihm nicht bekannt seien. Der Kläger übersandte ein Schreiben des Dr.L. vom 08.07.2003, in dem ausgeführt wird, der Kläger sei vom 15.05. bis 05.06.1997 wegen einer Zerrung des rechten Daumenballens mit Verdacht auf Muskelfaserriss behandelt worden.

Der auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr.N. kam im Gutachten vom 17.05.2004 zu dem Ergebnis, als Folge des Unfalls sei es zu einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung im Handgelenk gekommen, einem abgeschwächten Faustschluss, Gefühlsstörung am vierten und fünften Finger sowie der ellenseitigen Hand und am ellenseitigen Unterarm, zu einer Osteosynthese der körperfernen Elle mit Fehlstellung im körperfernen Ellenspeichengelenk sowie Fehlstellung im Ellenhandwurzelgelenk bei Ulnaverkürzung, außerdem zu reaktiven Schulter-Nackenschmerzen bei unphysiologischen Bewegungsabläufen im Schultergelenk. Vor dem Unfall habe kein behandlungsbedürftiger Schmerz an der rechten Hand bestanden; die Erstbehandlung bei Dr.L. wegen eines beginnenden schnellenden Daumens stehe nicht im Zusammenhang mit den Unfallfolgen. Die Verkürzungsteotomie durch Dr.S. sei in der Annahme, dass ein Ulnavorschub, der unfallfremd wäre, als Schmerzursache bestehe, durchgeführt worden. Die Schmerzen seien aber durch den Unfall verursacht worden. Der Diabetes mellitus sei nicht die typische auslösende Erkrankung für das beim Kläger bestehende Krankheitsbild, eine Gelenkerkrankung auf der Basis der Zuckerkrankheit spiele sich vollständig anders ab. Die Prellung sei geeignet gewesen, am Ellengriffelfortsatz und dessen Umgebung eine dauerhafte Schmerzhaftigkeit zu erzeugen. Es bestehe kein vernünftiger Zweifel an der Ereigniskette. In keinem Gutachten sei ein Beweis dafür angegeben, dass die Unfallfolgen nach drei Monaten ausgeheilt wären, im Gegenteil seien neurologische Störungen gefunden worden. Sie sprächen dafür, dass eine traumatische Schädigung des körperfernen Ulnarisnerven im Handgelenksbereich stattgefunden habe, die auch für den Schmerzzustand verantwortlich sei. Dafür spreche auch die von Dr.S. geschilderte Schwäche beim Schlüsselgriff, hier handle es sich um ein nicht vollständig ausgebildetes Guyon-Logen-Syndrom. Die MdE habe 20 v.H. betragen, seit der Operation bis zum Untersuchungszeitpunkt 40 v.H. Arbeitsunfähigkeit bestehe bis auf weiteres. Nach vollständiger Durchbauung der Verlängerungsteotomie und Entfernung der Platte werde ein Endzustand eintreten, der erneut gutachterlich einzuschätzen sei.

Die Beklagte erklärte im Schreiben vom 23.07.2004, dem Gutachten könne nicht gefolgt werden. Sie verwies auf eine Stellungnahme des Chirurgen W. vom 22.07.2004, der ausführte, auf Grund der Angaben zum Unfall und der Erstbefunde sei allenfalls von einer leichten Ellenprellung auszugehen. Eine derartige Prellung heile innerhalb kurzer Zeit aus. Nervenverletzungen seien durch ein solches Unfallereignis

nicht vorstellbar, da mit der Außenseite der Hand bzw. der Elle gegen die Tür geschlagen worden sei und somit der Nervus interosseus nicht habe geschädigt werden können. Eine leichte Prellung führe auch zu keiner anhaltenden Reizung des Griffelfortsatzes der Elle im Sinne einer Styloiditis. Keinesfalls sei wegen der Handprellung eine Verkürzungsosteotomie der Elle erforderlich gewesen. Dr. N. bringe Krankheitsbilder mit dem Unfallereignis in Zusammenhang, die auch unfallfremd auftreten könnten, ohne dass eine plausible Erklärung gegeben werde, weshalb sie auf den Unfall zurückzuführen seien. Das Anschlagen mit einer Hand gegen eine schwergängige Tür stelle keine sehr starke Gewalteinwirkung dar. Arbeitsunfähigkeit über den 15.11.1997 hinaus lasse sich auch auf Grund des Gutachtens von Dr.N. nicht begründen.

Beigezogen ist ein Bericht der Neurologischen Klinik A. über die stationäre Behandlung des Klägers vom 13.01. bis 23.01.1998 mit den Diagnosen: chronisches Schmerzsyndrom mit dysphorisch-depressiver Entwicklung, Verdacht auf Synovialitis sechstes Streckerfach rechts, Differenzialdiagnose: Diskusläsion im Ulnokarpalgelenk. Die Beschwerden, die von einem Supinationstrauma im August 1995 herrührten, bestünden unverändert fort. Bei guter passiver Beweglichkeit und unauffälliger Trophik würden auf Grund befürchteter Schmerzen aktive Bewegungen zur Kraftprüfung vermieden. Neurochirurgischerseits habe die Schmerzausbreitung mit keinem Nervenversorgungsgebiet in Verbindung gebracht werden können, sodass angesichts der diffusen Schmerzsymptomatik und der unauffälligen Neurographie von einer Neurolyse abgeraten worden sei. Bei der Abklärung der Schmerzen sei der Verdacht auf eine Synovialitis geäußert worden, differenzialdiagnostisch werde ein Diskusschaden im Ulnokarpalgelenk erwogen. Der Verlauf sei charakterisiert durch rasch wechselnde Beschwerdebilder, ein zunehmend dysphorisches Drängen auf Untersuchung und Behandlung mit Einengung auf die Beschwerden im Bereich des Handgelenks.

Weiter beigezogen ist ein Schreiben des Klägers vom 05.09.1997 an die behandelnden Ärzte für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. und Dr.G. , in dem der Kläger ausführt, die Beschwerden durch das Taubheitsgefühl des Fußes hätten sich verschlimmert, auch hätten die Schmerzen zugenommen. Durch die ständige Unsicherheit beim Gehen sei er kürzlich ins Stolpern geraten und habe durch einen heftigen Schlag an die Türe den Knöchel der rechten Hand angebrochen, zumindest bestehe der Verdacht auf eine Fraktur. Seit dem 07.08.1997 trage er einen Gips. Auch durch die ständigen Depressionen habe sich der allgemeine Zustand erheblich verschlechtert.

Im Schreiben vom 10.06.1998 führte Dr.B. aus, seit vier Wochen sei eine Pelzigkeit an der ulnarseitigen rechten Hand aufgetreten mit verstärkten Beschwerden nach Aufstützen im Bereich des Ellenbogens, intermittierend auch Kältegefühl an der ulnarseitigen Hand. Im August 1997 sei es zu einer Prellung an der Rückseite des rechten Handgelenks mit Schwellung und Ausstrahlung in die Hand gekommen. Das Feingefühl sei reduziert. An beiden Händen sei eine Hypalgesie bekannt. Wohl schmerzbedingt sei die Kraft beim Faustschluss rechts eingeschränkt. Im Vordergrund stehe ein Sulkus-ulnaris-Syndrom rechts ohne schwere neurologische Ausfälle. Die Bewegungs- und Koordinationsschwierigkeiten seien im Wesentlichen Ausdruck einer unspezifischen vegetativen Mitreaktion mit Zustand nach Prellung am Handgelenk. Im EMG habe sich kein Hinweis auf eine neurogene Schädigung der Kernmuskeln C 5 bis C 8 rechts ergeben.

Der Kläger stellt den Antrag, das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 21.03.2002 aufzuheben und die Beklagte in Abänderung des Bescheides vom 09.09.1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.02. 2000 zu verurteilen, wegen der Folgen des Unfalls vom 07.08.1997 Verletzengeld über den 15.11.1997 hinaus bis 27.07.1998 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die beigezogenen Akten der Beklagten sowie auf die Klage- und Berufungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, sachlich aber nicht begründet.

Ein Arbeitsunfall setzt gemäß [§ 8 Abs.1 SGB VII](#) einen Unfall voraus, den ein Versicherter bei einer der den Versicherungsschutz gemäß [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleidet. Der Begriff des Unfalls erfordert ein zeitlich begrenztes von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden geführt hat (vgl. [BSGE 23, 139](#)). Das äußere Ereignis muss mit der die Versicherteneigenschaft begründenden Tätigkeit rechtlich wesentlich zusammenhängen. Dabei bedürfen alle rechtserheblichen Tatsachen des vollen Beweises, d.h. sie müssen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorgelegen haben (vgl. [BSGE 45, 285](#)). Die Beweiserleichterung der hinreichenden Wahrscheinlichkeit gilt nur insoweit, als der ursächliche Zusammenhang im Sinne der wesentlichen Bedingung zwischen der der Versichertentätigkeit zuzurechnenden und zum Unfall führenden Verrichtung und dem Unfall selbst sowie der Zusammenhang betroffen ist, der im Rahmen der haftungsausführenden Kausalität zwischen dem Arbeitsunfall und der maßgebenden Verletzung bestehen muss (vgl. Krasney, VSSR 1993, 81, 114).

Beim Kläger ist es durch den Arbeitsunfall vom 07.08.1997 zu keinen Gesundheitsstörungen gekommen, die zu einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit bis 27.07.1998 geführt hätten.

Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus dem schlüssigen Gutachten des ärztlichen Sachverständigen Dr.F. , der nach Auswertung der ärztlichen Unterlagen in den Akten überzeugend dargelegt hat, dass der Unfall lediglich zu einer Prellung in der Umgebung des rechten Handgelenks geführt hat, nicht jedoch weitere Gesundheitsschäden zur Folge hatte.

Auffällig ist zunächst, dass der Kläger gegenüber der Beklagten stets angegeben hat, er habe mit dem rechten Unterarm und der rechten Hand heftig gegen eine klemmende Türe geschlagen, um sie zu öffnen, während er gegenüber dem behandelnden Arzt, dem Neurologen Dr.G. , im Schreiben vom 05.09.1997 angab, durch die ständige Unsicherheit beim Gehen (es handelte sich um eine Nervenirritation am rechten Fuß bei Zustand nach Supinationstrauma im August 1995) sei er kürzlich ins Stolpern geraten und habe durch einen heftigen Schlag an die Türe den rechten Knöchel der rechten Hand angebrochen, zumindest bestehe der Verdacht einer Fraktur. Seit dem 07.08.1997 trage er einen Gips.

Tatsächlich hat sich der Kläger am 07.08.1997 nur eine Prellung zugezogen; Dr.L. , den der Kläger am Unfalltag aufsuchte, stellte eine Schwellung und Rötung mit lebhaftem Druckschmerz über dem Ellengriffel und schmerzhaft eingeschränkter Handgelenksbeweglichkeit fest

und ging von einer Prellung des Handgelenks aus. Der am 27.03.1998 geäußerte Verdacht auf eine posttraumatische Knochenhautentzündung an der körperfernen Elle, der die Ursache für die Ruhigstellung in einer Gipsschiene war, hat sich nicht bestätigt.

Morphologische Strukturveränderungen konnten zu keinem Zeitpunkt gesichert werden. Alle technischen Untersuchungen ergaben keinen Hinweis auf eine abgelaufene Verletzung, so Dr.F ... Die minimale Strukturveränderung oberhalb des Ellengriffels lässt sich, wie Dr.F. erläutert, dem Unfall vom 07.08.1997 nicht ohne weiteres kausal zuordnen, da sie als Folge der Zerrung des Gelenks aufgetreten, andererseits aber auch auf Grund von Stoffwechselstörungen entstanden sein könnte. So hat Dr. B. am 15.06.2000 auf einen Diabetes mellitus hingewiesen, auch ist eine Hypercholesterinämie bekannt. Der Ulnavorschub ist, wie auch Dr.N. bestätigt hat, keine Unfallfolge, sondern eine Normvariante, Resultat eines unterschiedlichen Längenwachstums von Elle und Speiche. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Prellung zu keinen weiteren Gesundheitsstörungen geführt hat und nach wenigen Wochen folgenlos abgeheilt war. Eine längere als die bereits anerkannte Arbeitsunfähigkeit bis 15.11.1997 ist, so Dr.F. , nicht zu begründen.

Mit dieser Beurteilung befindet sich Dr.F. in Übereinstimmung mit den Handchirurgen Dr.S. , dessen im verwaltungsverfahren eingeholtes Gutachten im Wege des Urkundenbeweises verwertet wird, und Dr.R ... Dr.S. hat insbesondere darauf hingewiesen, dass die vom Kläger angegebene nahezu vollständige Funktionslosigkeit nicht durch objektive Befunde bestätigt werden konnte, Dr.R. hat diese Beurteilung bestätigt.

Nicht überzeugen kann dagegen die Schlussfolgerung von Dr. N. , die Prellung sei geeignet gewesen, am Ellengriffelfortsatz und dessen Umgebung eine dauerhafte Schmerzhaftigkeit zu erzeugen. Überzeugend hat der Chirurg W. dagegen eingewandt, dass eine leichte Prellung zu keiner anhaltenden Reizung des Griffelfortsatzes der Elle führen kann. Nervenverletzungen sind durch ein solches Unfallereignis ebenfalls nicht vorstellbar, da mit der Außenseite der Hand gegen die Tür geschlagen wurde. Zwar stellte Prof.Dr.S. von der Neurologischen Klinik A. nach stationärer Behandlung des Klägers vom 13.01. bis 23.01.1998 die Verdachtsdiagnose einer Synovialitis und erwog differenzialdiagnostisch auch das Vorliegen einer Diskusläsion, führte aber andererseits aus, der Verlauf sei charakterisiert gewesen durch wechselnde Beschwerden, ein Drängen auf Untersuchung und Behandlung und die pauschalisierte Ablehnung einer Schmerztherapie mit Antidepressiva. Der Neurologe Dr.B. vertrat im Schreiben vom 10.06.1998 die Auffassung, die Bewegungs- und Koordinationsschwierigkeiten der rechten Hand seien im Wesentlichen Ausdruck einer unspezifischen vegetativen Mitreaktion nach Prellung.

Es ist dem Chirurgen W. zuzustimmen, dass Dr.N. Krankheitsbilder mit dem Unfallereignis in Zusammenhang bringt, die auch unfallfremd auftreten können, ohne eine plausible Erklärung für den Unfallzusammenhang abzugeben.

Arbeitsunfähigkeit über den 15.11.1997 hinaus ist im Hinblick auf die überzeugenden Ausführungen von Dr.F. , Dr.S. und Dr.R. nicht zu begründen.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2005-01-04