

L 6 U 146/04

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 6 U 4723/99
Datum
18.11.2003
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 146/04
Datum
18.10.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 18. November 2003 dahingehend abgeändert, dass die ab 24. März 1998 nach einer MdE um 40 v. H. zu gewährende Verletztenrente bis Februar 2004, danach von März 2004 bis Februar 2005 nur nach einer MdE um 20 v. H. zu gewähren ist und hiernach entfällt.

Im Übrigen wird die Berufung der Beklagten zurückgewiesen.

Die Beklagte hat der Klägerin ein Drittel ihrer außergerichtlichen Kosten im Berufungsverfahren zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung einer psychischen Störung als Unfallfolge sowie die Bewilligung von Verletztenrente streitig.

Die 1948 geborene Klägerin war seit 1987 bei der B. D. GmbH beschäftigt, zuletzt als Vertriebsassistentin. Am 14. März 1996 wurde sie auf den Weg zur Arbeit als Fahrerin eines PKW bei einem Verkehrsunfall verletzt, bei dem ein LKW mit ihrem PKW kollidierte, der ihr von rechts aus einer untergeordneten Straße kommend ins Fahrzeug fuhr. Die Klägerin, bei der es zu Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS), des linken Beckens und der linken Schulter, Übelkeit, Kopfschmerzen und Schwindelgefühlen gekommen war, wurde sogleich ins Krankenhaus B. verbracht und dort zur Überwachung stationär aufgenommen. Nach dem Durchgangsarztbericht des Chefarztes der Unfallchirurgischen Abteilung Dr. F. vom 14. März 1996 wurden als Diagnosen eine Becken- und Schädelprellung sowie eine HWS-Distorsion gestellt, ferner wurde der Verdacht auf eine Commotio cerebri geäußert. Nach dem Entlassungsbericht des Dr. F. vom 28. März 1996 wurde die Klägerin nach einer augenärztlichen Untersuchung, die keinen pathologischen Befund ergab, und einer neurologischen Konsiliaruntersuchung, bei der die Diagnose einer Distorsion der HWS mit Schädelprellung gestellt wurde, am 18. März 1996 aus der stationären Behandlung entlassen. Am 21. März 1996 stellte sich die Klägerin zur ambulanten Nachkontrolle bei Dr. F. vor (Nachschaubericht vom 21. März 1996), der die wohnortnahe Weiterbehandlung im Kreiskrankenhaus P. veranlasste. Der Chefarzt der dortigen Chirurgischen Abteilung Dr. H. entließ die Klägerin dann am 26. April 1996 aus der ambulanten Behandlung und bescheinigte ab 29. April 1996 Arbeitsfähigkeit.

Am 21. Juni 1996 stellte sich die Klägerin erneut bei Dr. H. vor und klagte über Schmerzen beim Armheben und Belasten des linken Armes. Dr. H. hielt die Klägerin weiterhin für arbeitsfähig und verordnete Krankengymnastik mit Elektrotherapie am linken Oberarm sowie Massagen paravertebral.

In der Folgezeit bescheinigte zunächst Dr. J. Arbeitsunfähigkeit vom 16. bis 21. August 1996 (Diagnose: benigner paroxysmaler Schwindel) und hiernach Dr. G., Ärztin für Orthopädie, ab 24. September 1996 (Diagnose: HWS-Schleudertrauma, Commotio cerebri, Schwindel u.a.). Am 02. Oktober 1996 stellte die Klägerin sich bei Prof. Dr. W. in der Klinik M. vor. Nach dessen Zwischenbericht vom 04. Oktober 1996 hatte die Klägerin angegeben, seit dem Unfall nie beschwerdefrei gewesen zu sein; sie leide unter schwererem Schwindel mit Übelkeit und massiven Kreislaufstörungen, teilweise auftretenden Sprachschwierigkeiten mit Gedächtnisstörungen sowie von der oberen HWS nach vorne in den Schädel ziehenden migräneartigen Beschwerden. Ein daraufhin veranlasstes Funktionscomputertomogramm der HWS erbrachte keinen Hinweis auf eine Rotationsinstabilität und eine sodann durchgeführte Funktionskernspintomographie der HWS keinen Hinweis auf eine Bandruptur. Der Klägerin wurde das kontinuierliche Abtrainieren der Halskrawatte tagsüber empfohlen, das "Warmhalten" des Halses sowie regelmäßiges intensives Brustschwimtraining (Zwischenberichte vom 08. und 14. Oktober 1996). Am 08. November 1996 stellte sich die Klägerin zur Frage einer Operationsindikation im Klinikum K.-L. vor, wobei sie ausweislich des entsprechenden Zwischenberichts des dortigen Leitenden Arztes Prof. Dr. H. über Übelkeit und Schwindel sowie über des Öfteren beim Gehen auftretende Koordinationsstörungen

berichtet habe. Eine Indikation für einen operativen Eingriff wurde nicht gesehen und eine intensive mobilisierende krankengymnastische Übungstherapie möglichst im Rahmen eines stationär-konservativen Verfahrens empfohlen. In ihrem H-Arzt-Bericht vom 02. Dezember 1996 berichtete Dr. G., dass die Klägerin über eher zunehmende starke Stirnkopf- und Bewegungsschmerzen der HWS und Konzentrationschwäche klagte und ständig noch eine Cervicalstütze trage. Sie empfahl dringlichst ein Heilverfahren. Nachdem sie unter dem 17. Dezember 1996 unter der Diagnose Z.n. HWS-Schleudertrauma, vertebrogen bedingter Schwindel mit encephaler Symptomatik stationäre Krankenhausbehandlung verordnet hatte, wurde die Klägerin vom 18. bis 28. Dezember 1996 in der Neurologischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten E. a. N. stationär behandelt, wobei zunächst eine hochdosierte analgetische Therapie, eine muskelrelaxierende Therapie und eine leichte thymoleptische Therapie durchgeführt wurde. Da es zu einer leichten Besserung der Beschwerden, insbesondere der nuchalen Verspannungen kam, wurde die Fortführung der medikamentösen Therapie, der Krankengymnastik und der physikalischen Therapie empfohlen. Zu Lasten der früheren Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) wurde die Klägerin dann vom 09. Januar bis 06. Februar 1997 in der A.-Klinik, Fachklinik für konservative Orthopädie und Rheumatologie, unter den Diagnosen Z.n. HWS-Distorsion 3/96, seither rezidivierender Schwindel, Migräne, Gedächtnis- und Gehstörungen, Beckenprellung rechts stationär behandelt. Ausweislich des Entlassungsberichts vom 04. März 1997 hatte die Klägerin bei Entlassung sogar über eine Verstärkung des Schwindels bei Kopfdrehung und verschiedenen Kopfbewegungen geklagt. Die Klägerin wurde arbeitsunfähig entlassen. Auch in der Folgezeit trat zunächst keine Arbeitsunfähigkeit ein.

Die Beklagte zog Befundunterlagen über zwischenzeitlich durchgeführte weitere Untersuchungen (MRT von HWS und linker Schulter, Computertomographie des Schädels) bei, ferner u.a. die Berichte der Neurochirurgischen Klinik im Zentralklinikum A., wo die Klägerin sich am 12. Dezember 1996 ambulant vorgestellt hatte, sowie die Arztbriefe des Dr. V., der die Klägerin am 05./05. Februar 1997 während ihres Rehabilitationsaufenthaltes untersucht hatte, des Facharztes für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Dr. M.-K. über die Untersuchung vom 28. Februar 1997 und des Dr. W., Lehrbeauftragter für "Manuelle Medizin" an der Universität des S., über die Vorstellung vom 25. März 1997.

Zur Beurteilung des Zusammenhangs der seit September 1996 bestehenden Arbeitsunfähigkeit mit dem Verkehrsunfall vom 14. März 1996 veranlasste die Beklagte das Gutachten des Prof. Dr. P., Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik im O.hospital S., vom 29. September 1997. Der Gutachter stufte die von der Klägerin subjektiv beschriebenen Beschwerden zwar als Unfallfolgen ein, sah hierfür jedoch kein objektivierbares Korrelat. Er empfahl dringend die Rückenmuskulatur aufzutrainieren, da es aufgrund der langen Tragedauer der Halskrawatte bereits zu einer Ausdünnung der autochthonen Nackenmuskulatur gekommen sei. Zur Beurteilung der Frage, ob die Arbeitsunfähigkeit unfallbedingt sei, hielt er ein neurologisches Gutachten für erforderlich. Unter dem 18. Dezember 1997 berichtete der behandelnde Arzt für Allgemeinmedizin Dr. K. über ein Fortbestehen der Beschwerden und eine am 17. November 1997 durchgeführte dopplersonographische Untersuchung sowie unter dem 19. März 1998 über eine neuerliche MRT der HWS. Anlässlich des Hausbesuchs des Reha-Beraters der Beklagten am 08. April 1998 gab die Klägerin das Fortbestehen des Schwindels, der Nacken- und Kopfbeschwerden an sowie das Erfordernis einer ständigen Betreuung.

Unter dem 17. April 1998 legte Dr. M., Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie sowie für Physikalische und Rehabilitative Medizin, dann das von der Beklagten veranlasste unfallmedizinische Gutachten vor, in dem er den Verkehrsunfall als wesentliche Ursache/Teilursache der andauernden Arbeitsunfähigkeit nicht sicher ausschließen wollte. In seinem neurologischen Zusatzgutachten vom 11. Mai 1998 beschrieb der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. keine pathologisch-neurologischen Befunde oder Defizite, jedoch sah er einen auffälligen psychopathologischen Befund, den er als traumatisch verursachte reaktive Depression mit chronischem Schmerzsyndrom deutete. Im Hinblick auf das von Dr. M. angeregte weitere Vorgehen veranlasste die Beklagte zur Verifizierung einer Flügelbandverletzung eine elektromyographische Untersuchung im Universitätsklinikum U. (Befundbericht vom 06. August 1998) sowie zur diagnostischen Beurteilung der vorliegenden radiologischen und kernspintomographischen Bilddokumente die Stellungnahme des Arztes für Radiologie Dr. F. vom 11. November 1998, der eine Verletzung der Ligamenta alaria ausschloss. Der hierauf nochmals eingeschaltete Dr. M. wies in seiner Stellungnahme vom 30. November 1998 darauf hin, dass weiterhin die Möglichkeit einer Irritation der Kopfhalsgelenke bestehe, was auch Dr. F. in seiner Stellungnahme vom 11. November 1998 erwähnt habe und schlug eine neurootologische Diagnostik bei Prof. Dr. H. vor, der sich mit dieser Problematik eingehend befasst habe. Diesem Vorschlag trat auch Dr. F. in seiner weiteren Stellungnahme vom 15. Dezember 1998 bei. Zu dieser Untersuchung kam es in der Folgezeit jedoch nicht, nachdem die zur weiteren Vorgehensweise von der Beklagten eingeschaltete Ärztin für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. H. in ihrer gutachtlichen Stellungnahme vom 25. Februar 1999, diese Untersuchung für entbehrlich hielt, weil sich trotz zahlreicher, auch wiederholter Untersuchungen ein Strukturschaden an der HWS nicht habe sichern lassen und die Ergebnisse der angesprochenen Untersuchung auch höchst umstritten seien, weil den apparativ gesicherten Befunden der Neurootologie die Spezifität fehle.

Mit Bescheid vom 12. März 1999 lehnte es die Beklagte ab, der Klägerin wegen ihres Arbeitsunfalls vom 14. März 1996 Rente zu gewähren; auch bestehe kein Anspruch mehr auf Durchführung von Behandlungsmaßnahmen zu ihren Lasten. Zur Begründung führte sie aus, die Erwerbsfähigkeit der Klägerin sei über das Ende des Anspruchs auf Verletztengeld, d.h. über den 23. März 1998 hinaus, nicht in einem rentenberechtigenden Grade gemindert. Es sei davon auszugehen, dass die wesentlichen Folgen des Unfalls, bei dem es zu einer sog. Kontaktverletzung des Schädels durch Seitenaufrall gekommen sei, abgeklungen seien. Die noch bestehenden Beschwerden stünden mit dem in Rede stehenden Unfall nicht in ursächlichem Zusammenhang. Dagegen legte die Klägerin Widerspruch ein, ohne diesen zu begründen. Mit Widerspruchsbescheid vom 12. Juli 1999 wurde der Widerspruch zurückgewiesen.

Dagegen erhob die Klägerin am 12. August 1999 beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage, mit der sie im Wesentlichen geltend machte, die anlässlich des Verkehrsunfalls vom 14. März 1996 erlittenen Verletzungen seien nicht abgeklungen; vielmehr habe sich ihr Zustand im weiteren Verlauf verschlimmert. Die nach wie vor bestehenden Beschwerden stünden in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Unfallereignis, weshalb die Beklagte entschädigungspflichtig sei. Sie leide permanent unter Schwindel und beim Gehen unter "Anfällen" vom Nacken aus über den gesamten Kopfbereich, die als Krämpfe aufträfen. Ferner bestehe ein Taubheitsgefühl im oberen Nackenbereich. Sie sei psychisch äußerst labil, gehe extrem steif und müsse meist mit der linken Hand den Kopf abstützen, damit er völlig gerade sitze. Laute Geräusche brächten sie völlig durcheinander und Erschütterungen, beispielsweise beim Busfahren, führten zu Schwindel, Übelkeit, Brechreiz und unruhigen Beinen. Sie sehe im Übrigen häufig "schwarze Wolken" die rasterartig von vorne nach rechts oben weggingen. Weiter habe sie Gedächtnisprobleme, besonders im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses. Sie bedürfe der ständigen Betreuung. Die Klägerin legte das in dem Rentenverfahren S 2 RA 6048/98 eingeholte nervenärztliche Gutachten des Prof. Dr. A., Neurologische Universitätsklinik in U., vom 11. Januar 2000, einschließlich des in diesem Verfahren ergangenen Urteils des SG sowie den Arztbrief des Dr. S., Institut für Physiotherapie im Klinikum der F.-S.-Universität J., vom 11. Februar 2000 (ambulante Vorstellungen am 29. Oktober und 02. Dezember 1999) vor. Die Beklagte

trat der Klage unter Vorlage ihrer Verwaltungsakten und unter Aufrechterhaltung ihres bisherigen Standpunktes entgegen. Eine HWS-Verletzung sei nicht nachgewiesen. Zwar liege demgegenüber ein psychisches Krankheitsbild vor, jedoch bleibe das genaue Ausmaß und die medizinische Bewertung unklar. Es sei nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festzustellen, dass das Unfallereignis die psychische Erkrankung rechtlich wesentlich verursacht habe. Sie legte die beratungsärztlichen Stellungnahmen der Dr. H. vom 23. November 2000 vor, nach der der Unfall ohne eine bestimmte Primärpersönlichkeit nicht in der Lage gewesen sei, eine derartig schwere, sich ausbreitende Neurose hervorzubringen, und des Dr. Dr. W., Direktor der neurologischen Abteilung der Klinik a. R. in B. O., vom 06. Dezember 2000, der die Beschwerdeausweitung im psychischen Bereich gleichfalls nicht als Unfallfolge sah. Das SG zog von der früheren BfA medizinische Unterlagen aus dem seinerzeitigen Rentenverfahren, insbesondere das Gutachten des Dr. W. vom 12. Dezember 1997, bei und erhob das Gutachten des Prof. Dr. L., Chefarzt der Neurologischen Klinik des Rehabilitationskrankenhauses U., vom 19. Februar 2001, der eine neurotische Fehlverarbeitung des Unfallereignisses sah, die sich funktionell in Konzentrations- und Gedächtnisstörungen einer psychopathologisch gefestigten Ataxie, verminderter Belastbarkeit und einem sozialen Rückzug ausdrücke, jedoch unfallunabhängig sei. Ferner erhob das SG das Gutachten des Dr. S., Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kreiskrankenhaus N., vom 23. Februar 2003 mit Ergänzung vom 03. März 2003, der das fachpsychologische Gutachten des Diplom-Psychologen N. vom 06. Juli 2002 berücksichtigte. Er diagnostizierte auf psychiatrischem Fachgebiet eine Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion vor dem Hintergrund einer HWS-Distorsion, die sich psychopathologisch in massiven Schwankungen des Auffassungsvermögens und der Konzentrationsfähigkeit, einer stark erhöhten Stör- und Ablenkbarkeit, einer gravierenden psychomotorischen Verlangsamung und einer Leistungsminderung im Bereich der kritischen Wahrnehmungsfähigkeit und des Verbalgedächtnisses vor dem Hintergrund einer depressiv-ängstlichen Grundsymptomatik äußere. Diese Auffälligkeiten seien nicht als unfallunabhängig anzusehen. Die durch die Unfallfolgen bedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage 100 vom Hundert (v. H.). Mit Urteil vom 18. November 2003 hob das SG den Bescheid der Beklagten vom 12. März 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. Juli 1999 auf und verurteilte die Beklagte, der Klägerin im Anschluss an den Verletztengeldbezug eine Unfallrente nach einer MdE um 40 v.H. zu gewähren sowie "entsprechende Heilbehandlung" zu bewilligen. Das SG schloss sich der Kausalitätsbeurteilung des Sachverständigen Dr. S. an, sah die Klägerin in ihrer Erwerbsfähigkeit jedoch nicht in dem von dem Sachverständigen genannten Ausmaß eingeschränkt. Unter Heranziehung der "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz (AHP)" sah es die Beeinträchtigungen als "stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebens- und Gestaltungsfähigkeit" an, wodurch ein Bewertungsspielraum zwischen 30 und 40 eröffnet sei. Da die Unfallfolgen auch vor dem Hintergrund des persönlichen Eindrucks der Kammer im Rahmen der mündlichen Verhandlung im oberen Bereich anzusiedeln seien, sei die MdE mit 40 v.H. zu bewerten. Wegen der Einzelheiten der Begründung wird auf den Inhalt des der Beklagten am 30. Dezember 2003 gegen Empfangsbekenntnis zugestellten Urteils verwiesen.

Dagegen richtet sich die am 13. Januar 2004 beim Landessozialgericht (LSG) eingelegte Berufung der Beklagten, mit der diese geltend macht, das SG habe zwar ausführlich die Kompetenz des Sachverständigen Dr. S. dargestellt, sich jedoch inhaltlich nicht mit dessen Gutachten sowie den zuvor bereits beigezogenen gutachtlichen Stellungnahmen auseinandergesetzt. Nicht nachvollziehbar sei auch, dass das SG trotz der umfassenden Kompetenz des Sachverständigen Dr. S. letztendlich bei der Bewertung der MdE von dessen Einschätzung abgewichen sei. Die von der Klägerin geltend gemachten gesundheitlichen Beschwerden seien nicht rechtlich wesentlich (zumindest mit-) verursacht durch das Unfallereignis vom 14. März 1996. Eine den Anforderungen in der gesetzlichen Unfallversicherung entsprechende kausale Verknüpfung liege nicht vor. Eine unfallbedingte Schädigung der HWS habe nicht nachgewiesen werden können. Um was für einen Gesundheitsschaden es sich bei dem vorliegenden psychischen Beschwerdebild handle, sei fraglich, so dass sich eine kausale Verknüpfung zwischen Unfallereignis einerseits und dem Gesundheitsschaden andererseits nach der Lehre der rechtlich wesentlichen Ursache positiv nicht feststellen lasse. Zwar spreche für einen Zusammenhang, dass sich das psychische Erkrankungsbild in diesem Ausmaß - wenn auch zeitlich versetzt - nach dem Unfallereignis entwickelt habe, gegen einen Ursachenzusammenhang spreche jedoch das Fehlen eines wesentlichen HWS-Schadens, der sich nachfolgend zu psychischen Beschwerden hätte entwickeln können. Auch der Heilungsverlauf spreche gegen einen Ursachenzusammenhang, nachdem erst nach dem Wiedereintritt von Arbeitsfähigkeit zeitlich versetzt zum Unfallereignis zunehmend psychische Beschwerden geltend gemacht worden seien. Entsprechendes gelte auch im Hinblick auf das Unfallereignis, bei dem es sich um einen seitlichen Anprall eines LKW auf das Fahrzeug der Klägerin gehandelt habe und dieser nicht so wesentlich gewesen sei, dass über die beschriebenen Prellungen hinaus wesentliche Verletzungen eingetreten seien. Die von dem Sachverständigen Prof. Dr. Dr. W. in seinem Gutachten vom 24. Oktober 2006 diagnostizierte Anpassungsstörung erschließe sich ihr nicht.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 18. November 2003 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig.

Der Senat hat den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. P. unter dem 27. Juni 2005, den Facharzt für Innere Medizin Dr. K. und die Ärztin für Orthopädie Dr. F. jeweils unter dem 06. Juli 2005 sowie den Allgemeinarzt Dr. K. (Eingang: 29. Juni 2005) schriftlich als sachverständige Zeugen gehört und das neurologisch-psychiatrische Fachgutachten des Prof. Dr. Dr. W., Ärztlicher Direktor der Klinik für Neurologie und neurologische Rehabilitation im Bezirkskrankenhaus G., vom 24. Oktober 2006 erhoben. Der Sachverständige diagnostizierte zum Untersuchungszeitpunkt noch eine leichtgradige Anpassungsstörung mit dissoziativen Symptomen auf dem Boden einer hysteriformen Persönlichkeit und bewertete die MdE für den Zeitraum ab März 2005 auf Dauer mit 10 v.H., für den davorliegenden Zeitraum ab März 2004 mit 20 v.H. sowie für den Zeitraum ab März 1998 mit 40 v.H.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist statthaft und zulässig; sie ist jedoch nur zum Teil begründet.

Das SG hat der Klage zu Recht stattgegeben und die Beklagte der Sache nach verurteilt, der Klägerin Verletztenrente nach einer MdE um 40 v.H. seit 24. März 1998 zu gewähren. Denn der Bescheid der Beklagten vom 12. März 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. Juli 1999 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Die Beklagte ist zu Unrecht davon ausgegangen, dass die Folgen des Wegeunfalls vom 14. März 1996 zum Ende des Verletztenrentenbezugs am 23. März 1998 folgenlos ausgeheilt waren. Denn zu diesem Zeitpunkt litt die Klägerin noch an einer deutlichen Anpassungsstörung, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich ursächlich auf das in Rede stehende Unfallereignis zurückzuführen war und mit der vom SG angenommenen MdE um 40 v.H. angemessen bewertet ist. Wegen der später eingetretenen deutlichen Besserung der Symptomatik betrug die MdE allerdings ab März 2004 für ein Jahr lediglich noch 20 v.H. und war hiernach ab März 2005 lediglich noch mit 10 v.H. zu bewerten.

Der von der Klägerin geltend gemachte Anspruch auf Verletztenrente richtet sich gemäß [§ 214 Abs. 3](#) des Siebten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) nach den Vorschriften dieses Gesetzbuchs, da die geltend gemachte Rente erstmals für einen Zeitpunkt nach Inkrafttreten des SGB VII festzustellen war (vgl. [§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#)).

Nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vom Hundert (v.H.) gemindert ist, Anspruch auf Rente. Versicherungsfälle in diesem Sinne sind gemäß [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Dabei sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit, wobei Unfälle zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse sind, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen.

Als Folge eines Unfalls sind Gesundheitsstörungen nur zu berücksichtigen, wenn das Unfallereignis wie auch das Vorliegen der konkreten Beeinträchtigung bzw. Gesundheitsstörung jeweils bewiesen und die Beeinträchtigung mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen ist. Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der hierbei eingetretenen Schädigung und der Gesundheitsstörung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Schädigung und die eingetretene Gesundheitsstörung mit einer Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, welcher nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, ist grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich (BSG, Urteil vom 30. April 1985 - [2 RU 43/84](#) - [BSGE 58, 80](#), 82; BSG, Urteil vom 20. Januar 1987 - [2 RU 27/86](#) - [BSGE 61, 127](#), 129; BSG, Urteil vom 27. Juni 2000 - [B 2 U 29/99 R](#) - HVBG-Info 2000, 2811). Hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann (BSG, Urteil vom 02. Februar 1978 - [8 RU 66/77](#) - [BSGE 45, 285](#), 286). Ein Kausalzusammenhang ist insbesondere nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Kommen mehrere Ursachen in Betracht, so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (BSG, Urteil vom 28. Juni 1988 - [2/9b RU 28/87](#) - [BSGE 63, 277](#), 278). Kommt dagegen einer der Bedingungen gegenüber der oder den anderen Bedingung/en eine überwiegende Bedeutung zu, so ist sie allein wesentliche Bedingung und damit Ursache im Rechtssinne (BSG, Urteil vom 30. Juni 1960 - [2 RU 86/56](#) - SozR § 542 Nr. 27; BSG, Urteil vom 01. Dezember 1960 - [5 RKn 66/59](#) - SozR § 542 Nr. 32). Insoweit ist eine wertende Gegenüberstellung der ursächlichen Faktoren erforderlich (BSG, Urteil vom 29. März 1963 - [2 RU 75/61](#) - [BSGE 19, 52](#), 53; BSG, Urteil vom 31. Oktober 1969 - [2 RU 40/67](#) - [BSGE 30, 121](#), 123; BSG, Urteil vom 20. Januar 1977 - [8 RU 52/76](#) - [BSGE 43, 110](#), 112). Lässt sich ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten (BSG, Urteil vom 24. Oktober 1957 - [10 RV 945/55](#) - [BSGE 6, 70](#), 72; BSG, Urteil vom 27. Juni 1991 - [2 RU 31/90](#) - [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#) S. 33).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist die bei der Klägerin vorliegende Anpassungsstörung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich ursächlich auf das Unfallereignis vom 14. März 1996 zurückzuführen.

Was die Beurteilung des psychopathologischen Beschwerdebildes anbelangt, sind sich sämtliche am Verfahren beteiligten Sachverständigen, nämlich Prof. Dr. L., Dr. S. und Prof. Dr. Dr. W. im Wesentlichen darin einig, dass bei der Klägerin eine Fehlverarbeitung des Unfallereignisses vom 14. März 1996 vorliegt, die sich insbesondere funktionell in Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, einer psychomotorischen Verlangsamung und einer verminderten Belastbarkeit mit sozialem Rückzug ausdrückt bzw. ausgedrückt hat. Die zuletzt genannten Sachverständigen sind bei ihrer diagnostischen Einschätzung dabei übereinstimmend auch von einer Anpassungsstörung nach F 43.2 der ICD-10 ausgegangen. Dieser Beurteilung schließt sich der Senat nach Auswertung der zahlreichen aktenkundigen medizinischen Unterlagen an. Bei Anpassungsstörungen handelt es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Belastung kann das soziale Netz des Betroffenen beschädigt haben (wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen) oder das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder soziale Werte (wie bei Immigration oder nach Flucht). Es kann auch in einem größeren Entwicklungsschritt oder einer Krise bestehen (wie Schulbesuch, Elternschaft, Misserfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles und Ruhestand).

Dass sich bei der Klägerin eine derartige Störung entwickelt hat, hat Dr. S. in seinem Gutachten vom 23. Februar 2003 anschaulich anhand der Leidensentwicklung und des Versuchs der Klägerin beschrieben, durch vielfältige ärztliche Konsultationen und Untersuchungen eine organische Ursache für ihre Beschwerden zu objektivieren. So hat Dr. S. zutreffend darauf hingewiesen, dass nicht nur die Diagnosen der zahlreichen Untersuchungen zum Teil widersprüchlich waren, sondern schon die ihnen zugrunde gelegten Befunde keine Einheitlichkeit aufwiesen. Auch therapeutische Empfehlungen fielen recht unterschiedlich aus. Insbesondere wurde gerade auch eine mehrfach angeregte psychotherapeutische Begleitung der Klägerin letztlich nicht in eine entsprechende therapeutische Maßnahme umgesetzt. Damit wird nach den Darlegungen des Sachverständigen Dr. S. letztendlich eine deutliche Tendenz dahingehend deutlich, dass es sich bei dem Unfall

einerseits um ein Bagateltrauma mit einer wenig beeinträchtigenden, bei Untersuchungen nicht objektivierbaren und als passager einzuschätzenden neurologischen Symptomatik gehandelt hat, während die Klägerin andererseits körperliche Symptome und eine psychische Minderbelastbarkeit an sich festgestellt hat, die sie selbst unter Dauerspannung nicht zu kompensieren vermochte. Wenn sich jemand dabei gleichzeitig - wie vorliegend die Klägerin - in ihrer Eigenwahrnehmung angezweifelt sieht, ist es - wie Dr. S. ausgeführt hat - kein Wunder, wenn hieraus das Denken und Erleben über kurz oder lang eine Einengung erfährt, in deren Rahmen der Betroffene bestrebt ist, seine Umwelt von seinem Leid zu überzeugen und sich in einer Rolle wiederfindet, in der er sozusagen "um die Berechtigung kämpft", die Leiden aufzuweisen, die er tagtäglich registriert. Für zutreffend hält der Senat auch den Hinweis des Sachverständigen, dass Uneinigkeit, Unschlüssigkeit und Unkoordiniertheit der hinzugezogenen Experten dabei dazu beigetragen haben, dass der Klägerin nicht bereits zu einem früheren Zeitpunkt dieser Entwicklung eine kompetente und einfühlsame ärztliche Begleitung und Führung zuteil wurde. Vor diesem Hintergrund ist es für den Senat schlüssig nachvollziehbar, dass sich die Erschöpfung der Klägerin bei dem Versuch, die unfallbedingten Defizite zu kompensieren und das Bemühen, darin ernst genommen zu werden, nach kurzer Zeit zu einem Konglomerat aus primär organisch verursachten und sekundären, reaktiven psychopathologischen Auffälligkeiten vermengten. Aus einer initial sehr wohl vorhandenen, passageren organischen Beeinträchtigung konnte sich im Rahmen der Entwicklung dadurch sekundär eine gravierende psychische Symptomatik im affektiven und kognitiven Bereich und im Verhalten entwickeln.

Soweit die Beklagte mit ihren Ausführungen im Berufungsverfahren die aus dieser Einschätzung abgeleitete Diagnose einer Anpassungsstörung mit der Begründung in Abrede stellt, bei der Klägerin habe keine besondere Belastung oder keine entscheidende Lebensveränderung vorgelegen, weil das Unfallgeschehen nicht über eine Belastung der alltäglichen Lebensführung hinaus gegangen sei, verkennt sie, dass es sich bei der dargelegten Situation durchaus um einen Zustand subjektiver Bedrängnis gehandelt hat, wobei nicht so sehr dem Fahrzeugzusammenstoß als solchem, als vielmehr der dadurch eingeleiteten Entwicklung mit Kränkung, bedingt durch die Unglaubwürdigkeit, der sie sich ausgesetzt sah, maßgebliche Bedeutung beizumessen ist. Auch die Beschwerdeausweitung ist vor diesem Hintergrund zu betrachten und stellt keinen Grund dar, die von den Sachverständigen Dr. S. und Prof. Dr. Dr. W. diagnostizierte Anpassungsstörung wegen der fehlenden Schwere des Unfallereignisses in Zweifel zu ziehen. Auch die Verlagerung der Beschwerdesymptomatik von der physischen Ebene unmittelbar nach dem Unfall hin auf die psychische Ebene für die Folgezeit stellt angesichts dessen - entgegen der Auffassung der Beklagten - keinen Widerspruch dar. Schließlich hat Dr. S. im Rahmen seine Beurteilung ausdrücklich nicht außer Acht gelassen, dass der Autounfall nur mit geringen objektivierbaren akuten Folgen einhergegangen ist.

Auch im Hinblick auf die Ursächlichkeit des Unfallereignisses für die festzustellende Anpassungsstörung folgt der Senat der Einschätzung der Sachverständigen Dr. S. und Prof. Dr. Dr. W., die sich bezüglich dieser Zusammenhangsfrage dem Gutachten des Prof. Dr. L. nicht angeschlossen haben. Prof. Dr. L. sah keinen Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung der Klägerin und dem Unfallereignis, was er im Wesentlichen mit der gängigen medizinischen Literatur begründete, nach der sich ein schlüssiger Kausalzusammenhang zwischen einem HWS-Seitenanpralltrauma und dem von der Klägerin gebotenen psychopathologischen Bild nicht herstellen lasse. Bei der Beurteilung dieser Frage ist zwar einzuräumen, dass zu der Psychodynamik, die bei der Klägerin durch das Unfallereignis vom 14. März 1996 ausgelöst wurde, durchaus auch persönlichkeitsimmanente Strukturen erheblich beigetragen haben. Gleichwohl vermag der Senat die Beurteilung des Prof. Dr. L. nicht zu teilen. Denn schließlich wusste sich die Klägerin auch bis zu dem Unfall - wie aus ihrer Biographie ersichtlich ist - selbst in schwierigen Lebenslagen immer gut zu behelfen und zu behaupten. So hat sie sich in ihrer ersten Ehe, als sie sich vom Ehemann im Stich gelassen fühlte, getrennt und als Mutter eines Kleinkindes Arbeit gesucht. Über viele Jahre hinweg gelang es ihr später im Übrigen auch, eine Tätigkeit als selbstständige Gastronomin mit ihrer Rolle als zuletzt sechs-fache Mutter zu vereinbaren, wobei sie auch seinerzeit, als sie feststellte, dass ihr zweiter Ehemann an einer Spielsucht litt, nicht zögerte, sich von ihm zu trennen und erneut Arbeit zu suchen, um die Schulden abzubauen. Durch den seinerzeitigen Konflikt mit dem zweiten Ehemann traten gerade auch keine schweren psychischen Beeinträchtigungen auf, da Arbeitsunfähigkeitszeiten insoweit nicht dokumentiert sind. Vielmehr verbesserte sich die Klägerin zu dieser Zeit durch mehrere Stellenwechsel sogar noch beruflich und übte zum Zeitpunkt des Unfalls zuletzt eine organisatorisch anspruchsvolle und gut bezahlte Tätigkeit als Vertriebsassistentin aus. Angesichts dessen geht der Senat in Übereinstimmung mit dem Sachverständigen Prof. Dr. Dr. W. auch davon aus, dass die Klägerin vor ihrem Unfall über eine eher überdurchschnittliche körperliche und psychische Leistungsfähigkeit und -bereitschaft sowie über gute Problemlösungsstrategien für ihr Leben verfügte und das Unfallereignis zumindest als wesentliche Teilursache der später eingetretenen Anpassungsstörung anzusehen ist. Denn die Klägerin war als Mensch, der auf Unpässlichkeiten mit viel Arbeit und hoher Einsatz- und Leistungsbereitschaft reagierte und hohe Anforderungen an sich selbst stellte, durch die unfallbedingt zweifellos zunächst herbeigeführten Beeinträchtigungen wie Schwindel, Kopfschmerzen, Sehstörungen und Konzentrationsstörungen gerade in dieser besonderen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, ohne dass sie sich in ihrem Bemühen, mit ihren Beschwerden ernst genommen zu werden, ernst genommen sah. Auch fand sich kein Arzt, der sie begleitet und geführt hätte und damit eine Deeskalation erreicht hätte. Zusammen mit der Überfürsorge ihres sozialen Umfeldes konnte es nach Auffassung des Senats daher auch zu dem erheblichen Ausbau der Beschwerdesituation kommen. Bei dieser ungünstigen Verkettung verschiedener Umstände vermag der Senat dem Unfallereignis nicht lediglich die Bedeutung einer unwesentlichen Teilursache beizumessen.

Im Hinblick auf die Bemessung der MdE schließt sich der Senat der Einschätzung des SG an, wonach für den Zeitraum nach Ende des Anspruchs auf Verletztengeld eine MdE von 40 v.H. angemessen ist. Nach der sozialmedizinischen Literatur (insbes. Schönberger, Mehrten, Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, Seite 246) werden abnorme Persönlichkeitsentwicklungen, akute Belastungsreaktionen, Anpassungsbeeinträchtigungen, psychoreaktive Störungen mit finaler Ausrichtung, sog. leichtere neurotische Störungen (oft mit vegetativer Symptomatik verbunden, sog. Psychovegetatives Syndrom) mit einer MdE um 0 bis 10 v.H. und stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (manche Phobien, pathologische Entwicklungsstörungen) mit einer MdE um 20 bis 40 v.H. bewertet. Auf dieser Grundlage hält der Senat die Einschätzung des Prof. Dr. Dr. W. in seinem Gutachten vom 24. Oktober 2006, soweit er die MdE bei der Klägerin für den Zeitraum ab März 1998 mit 40 v.H. bewertet, für schlüssig und nachvollziehbar. Denn stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit lassen sich den vorliegenden ärztlichen Unterlagen jedenfalls noch bis zu dem Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchungen bei Dr. S. im Mai 2002 belegen. Für die Zeit danach sind medizinische Befunde im Hinblick auf das psychiatrische Fachgebiet erst wieder für den Zeitpunkt der gutachtlichen Untersuchung durch Prof. Dr. Dr. W. im September 2006 dokumentiert, der nunmehr nach einer deutlichen Deeskalierung der Situation lediglich noch eine leichtgradige Anpassungsstörung mit dissoziativen Symptomen beschrieben hat, die nicht mehr mit einer MdE von mehr als 10 v.H. bewertet werden können. Vor dem Hintergrund, dass der Beginn der Symptomatik bereits zehn Jahre zurück liegt und das Beschwerdebild zunächst nur diskret ausgeprägt war, dann eskalierte und zwischenzeitlich wieder eine Deeskalation zu verzeichnen ist, hat Prof. Dr. Dr. W. zutreffend auf die besondere Schwierigkeit der retrospektiven Einschätzung der MdE hingewiesen. Wenn der Sachverständige angesichts dessen nunmehr eine Staffelung der MdE-Werte dergestalt annimmt, dass er

ausgehend von seiner Untersuchung im September 2006 und der Bewertung mit einer MdE von 10 v.H. den seinerzeit erreichten Zustand für einen Zeitraum von 1 ½ Jahren zugrunde legt, für einen davor liegenden Zeitraum von einem Jahr eine MdE um 20 v.H. annimmt und für den noch weiter zurückliegenden weiteren Zeitraum bis Mai 2002 (Untersuchungen Dr. S.) die MdE mit 40 v.H. bewertet, erscheint dies durchaus sachgerecht und angemessen. Denn das psychische Zustandsbild dürfte sich ausgehend von dem Zustand, wie er bei den Untersuchungen bei Dr. S. im Mai 2002 vorgelegen hat, zunehmend zum Positiven hin entwickelt haben.

Der Senat bewertet die MdE für den Zeitraum seit März 1998 bis Februar 2004 daher mit 40 v.H., für die Zeit von März 2004 bis Februar 2005 mit 20 v.H. und ab März 2005 mit 10 v.H., weshalb das angefochtene Urteil entsprechend abzuändern war.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Im Hinblick auf den Umstand, dass die zu dem Teilerfolg der Beklagten führende Besserung des Gesundheitszustandes erst für einen Zeitraum nach Erlass des erstinstanzlichen Urteils zugrunde gelegt werden kann, hält es der Senat für angemessen, der Klägerin wegen des teilweisen Obsiegens der Beklagten eine Kostenerstattung lediglich bezüglich der Kosten des Berufungsverfahrens teilweise zu versagen.

Für eine Zulassung der Revision bestand keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-10-30