

## L 6 U 1366/07

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Konstanz (BWB)  
Aktenzeichen  
S 7 U 2645/00  
Datum  
16.07.2003  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 6 U 1366/07  
Datum  
17.04.2008  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 16. Juli 2003 insoweit aufgehoben, als die Beklagte verurteilt worden ist, Verletztenrente für die Zeit ab 17. Dezember 1998 zu gewähren. Insoweit wird die Klage abgewiesen. Hinsichtlich des Zeitraums vom 2. Juli 1997 bis 16. Dezember 1998 wird das Urteil dahingehend abgeändert, dass die Rente nur nach einer MdE um 20 v. H. zu gewähren ist. Auch insoweit wird die Klage abgewiesen.

Im Übrigen wird die Berufung der Beklagten zurückgewiesen.

Von den außergerichtlichen Kosten der Klägerin in beiden Rechtszügen trägt die Beklagte ein Fünftel.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe und die Dauer der Gewährung einer Verletztenrente.

Die 1946 geborene Klägerin war zuletzt als Operations-Schwester im St. E.-Krankenhaus in R. beschäftigt. Am 26. März 1996 zog sie sich beim Anreichen eines Skalpells eine Stichverletzung im Bereich der rechten Handinnenfläche zu. Sie arbeitete gleichwohl für kurze Zeit weiter, stellte sich aber noch am gleichen Tag beim Durchgangsarzt Dr. S. (St. E.-Krankenhaus) vor, der eine Schnittverletzung der Handinnenfläche rechts im Bereich der ulnaren Handkante diagnostizierte und den Verdacht auf eine Ulnarisverletzung äußerte (Durchgangsarztbericht vom 27. März 1996, sowie neurologischer Befundbericht von Dr. P. vom 25. April 1996). Der Verdacht bestätigte sich, so dass bei der Klägerin, nachdem sie vorübergehend bereits wieder die Arbeit aufgenommen hatte, am 11. April 1996 durch Prof. Dr. K. ambulante operative Revision des Nervus ulnaris durchgeführt wurde (Durchgangsarztbericht Dr. W. vom 11. April 1996, Zwischenbericht von Prof. Dr. K. vom 15. April 1996). Im Befundbericht vom 28. Mai 1996 teilte Prof. Dr. K. mit, es sei zu einer nahezu vollständigen Reinnervation gekommen. Die Klägerin sei noch ängstlich und schone die Hand extrem. Der behandelnde Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. M. äußerte im Arztbrief vom 13. Juni 1996 aufgrund einer enormen Schmerzempfindlichkeit sowie Schwellung und leicht verändertem Hautkolorit den Verdacht auf eine sympathische Reflexdystrophie.

Am 1. Juli 1996 nahm die Klägerin ihre Arbeit wieder auf (Mitteilung des St. E.-Krankenhauses vom 23. Juli 1996).

Im Arztbrief vom 21. August 1996 erwähnte Dr. M., die Vorgeschichte der Klägerin W. auf eine länger dauernde psychovegetative Disposition mit Symptomverstärkung postmenopausal hin, ohne dass dies die Beschwerden alleine erklären würde. Im Dezember 1996 zog sich die Klägerin bei einem Auffahrunfall eine Halswirbelsäulen(HWS)-Distorsion Grad I zu (Arztbrief von Dr. M. vom 23. Dezember 1996). Die Klägerin wurde daraufhin erneut krankgeschrieben, nachfolgend auch aufgrund von Beschwerden an der rechten Hand. In der Zeit vom 10. April bis 22. Mai 1997 befand sich die Klägerin zur stationären Behandlung in der L.-Klinik Bad D ... Dort wurde ein polymorphes Beschwerdebild bei narzisstisch-histrionischer Persönlichkeitsstruktur und eine Adipositas per magna diagnostiziert sowie der Verdacht auf eine sympathische Reflexdystrophie der rechten Hand geäußert (Arztbrief von Dr. W. vom 26. Mai 1997).

Dr. S. (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung - M.) vertrat auf die Anfrage der Krankenkasse zum Zusammenhang der Arbeitsunfähigkeit ab dem 4. März 1997 mit dem Arbeitsunfall von März 1996 die Auffassung, aus den Unterlagen gehe hervor, dass bereits langjährig eine auffällige Vorgeschichte von der psychischen Seite her bestanden habe. Im Dezember 1996 sei es im Rahmen eines Arbeitsplatzkonfliktes zu einer zunehmenden vegetativen Entgleisung, multiplen somatoformen Körperbeschwerden sowie einer mittelgradigen depressiven Episode gekommen. Ein innerer Zusammenhang zwischen der Arbeitsunfähigkeit und dem Arbeitsunfall bestehe nicht, vielmehr sei es bei einer vorbestehenden psychischen Auffälligkeit durch verschiedene äußere Faktoren, von denen der Arbeitsunfall

nur einen darstelle und aufgrund der inneren Dynamik der Erkrankung selbst zu einer Verschlechterung gekommen. Im Zwischenbericht vom 12. Juni 1997 teilte der behandelnde Facharzt für Orthopädie Dr. S. mit, es sei mittlerweile zu einer Chronifizierung des Schmerzsyndroms gekommen. Langsam trete eine psychische Komponente hinzu. Im Befundbericht vom 1. Juli 1997 vertrat er die Auffassung, die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) wegen der rechten Hand betrage zur Zeit mindestens 20 vom Hundert (v. H.). Dr. S. (M.) stellte in ihrem Gutachten vom 15. September 1997 die Hauptdiagnose einer depressiven Verstimmung bei narzisstischer Persönlichkeitsstruktur und als Nebendiagnose unter anderem einen Zustand nach Ulnarisverletzung der rechten Hand mit sympathischer Reflexdystrophie. In dem für die Rentenversicherung erstellten Befundbericht vom 18. September 1997 teilte Dr. M. mit, bei der Klägerin finde sich als organischer Kern eine glaubwürdige Sudeck-Dystrophie nach Ulnarisverletzung, jetzt aber mit zunehmender funktioneller Überlagerung bei emotional instabiler Persönlichkeit. Im Arztbrief vom 17. November 1997 stellte Dr. K. (O.-Klinik W.) die Diagnosen eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms Typ 2 (CRPS Typ 2) und eines chronischen Schmerzsyndroms bei narzisstisch-histrionischer Persönlichkeitsstruktur. Das CRPS Typ 2 habe sich bei der Persönlichkeitsstruktur der Klägerin als chronisches Schmerzsyndrom verselbstständigt.

Auf Veranlassung der Beklagten äußerte sich Dr. M. am 24. November und 15. Dezember 1997 gutachtlich zum Sachverhalt. Er diagnostizierte ein CRPS Typ 2 sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom mit agitierter Depression und sekundärer Überlagerung durch eine emotional instabile histrionische Persönlichkeitsstruktur mit Angst- und Panikattacken nebst einer Somatisierungsstörung. Die Erwerbsfähigkeit sei um 20 v. H. gemindert. Es liege kein Endzustand vor.

Im Arztbrief vom 5. Dezember 1997 führte Dr. S. aus, ein Mobbing am Arbeitsplatz treibe die Klägerin weiter in die Chronifizierung.

Im Ersten Rentengutachten vom 12. Januar 1998 bewertete der Durchgangsarzt Dr. Sch. die MdE vom Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit an bis zum 25. März 1998 (zweites Jahr nach dem Unfall) auf 20 v. H. danach auf 5 v. H. Ursache für die schmerzreflektorische Funktionseinschränkung der Hand sei nicht deren anatomische Verletzung. Sie könne nur Auslöser eines Schmerzsyndroms gewesen sein. An wesentlichen Unfallfolgen beschrieb er eine Hypersensibilität im Verlauf des Nervus ulnaris im Bereich der Hand, eine deutliche Bewegungseinschränkung, Überwärmung und geringgradige Schwellung der Finger nach einer Ulnarisdurchtrennung und eine Nervennaht in Höhe des Kleinfingerballens. Unfallunabhängig bestünden eine Depression bei einer emotional labilen Persönlichkeitsstruktur sowie ein Wurzelkompressionssyndrom an der Lendenwirbelsäule (LWS).

Mit Bescheid vom 19. Mai 1998 gewährte die Beklagte der Klägerin wegen der Folgen ihres Arbeitsunfalls (nur) für die Zeit vom 1. Juli 1996 bis 25. März 1998 eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v. H. Als Folgen des Arbeitsunfalls anerkannte sie Empfindungsstörungen im Bereich des Verlaufs des Ulnarisnervs, eine Bewegungseinschränkung des Handgelenks und der Finger, eine Schwellneigung der Finger und eine Operationsnarbe. Die Anerkennung von Depressionen, einer psychischen Labilität und einer chronischen Schmerzsymptomatik als Folgen des Unfalls lehnte sie ab.

Mit Schreiben vom 20. Mai 1998 teilte die für die Klägerin zuständige Krankenkasse der Beklagten mit, entgegen der bisherigen Einschätzungen des M. gehe sie aufgrund der zu den Arbeitsunfähigkeitszeiten mitgeteilten Diagnosen zwischenzeitlich doch davon aus, dass die Arbeitsunfähigkeit ab dem 4. März 1997 eine Unfallfolge sei.

Am 19. Juni 1998 erhob die Klägerin Widerspruch. Die Beklagte zog Befundberichte von Dr. W. (10. Juli 1998), Dr. S. (28. Juli 1998) und Dr. M. (3. September 1998) bei. Dr. S. teilte mit, bei der Klägerin liege ein CRPS Typ II vor, das sich zu einer unabhängigen Schmerzkrankheit entwickelt habe. Weiterhin beklage sie LWS-Beschwerden. Eine fehlende Arbeitsperspektive habe deutlich zur Chronifizierung des Schmerzgeschehens beigetragen. Dr. M. berichtete, er habe die Klägerin ab Mai 1998 wegen eines somatoformen Beschwerdebilds mit Angst- und Panikreaktion behandelt.

Auf Veranlassung der Beklagten erstellte der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. N. aufgrund der Untersuchung der Klägerin am 23. September 1998 das nervenfachärztliche Gutachten vom 1. Oktober 1998. Zum Untersuchungszeitpunkt habe die Klägerin keine depressiven Symptome aufgewiesen. Auch relativ geringfügige Nervenverletzungen könnten einen Morbus Sudeck hervorrufen. Die Reflexdystrophie und die durch die Schmerzen und sozialen Komplikationen hervorgerufenen psychischen Beeinträchtigungen seien ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Die schmerzhaftige Beeinträchtigung bedinge nunmehr eine nahezu komplette Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand. In der Zeit vom 1. Juli 1996 bis 1. Juli 1997 sei die Erwerbsfähigkeit um 20 v. H., nachfolgend bis 25. März 1998 um 30 v. H. und anschließend bis 25. September 1998 um 40 v. H. gemindert gewesen. Seither liege eine MdE um 55 v. H. vor.

Im Befundbericht vom 15. Dezember 1998 teilte die Ärztin und Psychotherapeutin B. mit, es läge eine schwere psychosoziale Dekompensation nach Arbeitsunfall mit Verletzung des Nervus ulnaris mit Bulimie, psychovegetativen Beschwerden und sozialem Rückzug bei einer vorbestehenden schweren Affektstörung im Sinne einer narzisstischen Ich-Störung vor.

Im Auftrag der Beklagten erstellte Prof. Dr. Sch. (Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik T.) aufgrund der Untersuchung der Klägerin am 16. Dezember 1998 das Gutachten vom 4. Januar 1999. Es bestehe eine Sensibilitätsstörung des Klein- und Ringfingers. Eine aktive Funktionseinschränkung der Hand ließe sich nicht sicher objektivieren, da die Bewegung durch eine Schmerzsymptomatik überlagert werde. Passiv sei die Bewegung frei gewesen. Auf unfallchirurgischem Fachgebiet bestehe keine MdE.

Vom 18. Januar 1999 bis 12. April 1999 wurde die Klägerin zu Lasten der Beklagten in der Klinik B., Sch., stationär behandelt (Zwischenberichte vom 5. Februar und 10. März 1999). Im abschließenden Bericht vom 29. April 1999 stellte der Chefarzt Dr. F. die Diagnosen einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit überwiegend narzisstischen Zügen und einer Durchtrennung des Nervus ulnaris mit End-zu-End-Anastomose. Die hauptsächliche Problematik sei im psychischen Bereich zu sehen. Einen sicheren Hinweis auf das Vorliegen eines Morbus Sudeck hätten die Untersuchungen nicht ergeben. Auch schwerwiegende motorische Einschränkungen der rechten Hand hätten sich nicht objektivieren lassen. Auffällig sei gewesen, dass die Klägerin die rechte Hand, wenn sie in eine Arbeit vertieft gewesen sei, teilw. völlig normal eingesetzt habe, sobald sie sich jedoch auf die Hand konzentriert habe, ein Einsatz derselben nicht mehr möglich gewesen sei. Vor dem Unfall habe eine sehr labile und belastete psychische Situation bestanden. Die verletzte Hand sei nun zum Kristallisationspunkt für Entschädigungs- und Gerechtigkeitswünsche der

Klägerin und zum Lebensmittelpunkt geworden. Der Zustand der Hand sei zur Möglichkeit geworden, alle bestehenden Lebensprobleme zu attribuieren. Ansätze zur Krankheitsverarbeitung und zur positiven Lebensgestaltung hätten nicht stabilisiert werden können. Eine langfristige psychotherapeutische Behandlung sei dringend indiziert.

Im Befundbericht vom 1. März 1999 teilte die Psychotherapeutin B. mit, sie habe die Klägerin bereits von Juni 1993 bis Januar 1994 wegen einer schweren narzisstischen Störung mit schwerer Affektstörung und entsprechenden Beziehungsstörungen behandelt. Damals sei sie in Folge einer dreiwöchigen Krankschreibung wegen eines Rückenleidens psychisch dekompenziert. Sie sei mit dem Zusammenbrechen der gewohnten Arbeitstagsstruktur nicht zurecht gekommen und habe massive Symptome entwickelt. Vor dem Arbeitsunfall sei die Klägerin beruflich stark engagiert gewesen. Zum Zeitpunkt der Handverletzung sei die bestehende narzisstische Störung durch das Arbeitsleben relativ gut kompensiert gewesen.

Auf Veranlassung der Beklagten nahm der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. F. am 3. April 1999 nach Aktenlage gutachtlich Stellung: Dem Gutachten von Dr. N. könne nicht gefolgt werden. Es sei ausgesprochen fragwürdig, ob die von ihm angenommene Gebrauchsunfähigkeit der Hand objektiviert sei. Ferner habe er die erheblichen psychischen Beeinträchtigungen nicht berücksichtigt. Daraufhin erstellte Dr. S. (Arzt für Neurologie und Psychiatrie) auf Veranlassung der Beklagten das nervenärztliche Gutachten vom 16. August 1999. Die bei der Klägerin vorbestehende Persönlichkeitsstörung sei bislang im Wesentlichen folgenlos geblieben. Die nach dem Arbeitsunfall eingetretene ungünstige Entwicklung der persönlichen und sozialen Situation sei zum Ausgangspunkt des tragischen Krankheitsprozesses in psychischer Hinsicht geworden, an dessen Endpunkt sich die Klägerin im Zustand der vollständigen Leistungsunfähigkeit befinde. Der Unfall sei keine bloße Gelegenheitsursache gewesen, vielmehr habe er zur Destabilisierung einer labilen Persönlichkeitskonstellation geführt. Die psychische Vorerkrankung und die Verletzung stünden sich mindestens gleichwertig gegenüber. Er diagnostizierte ein komplexes regionales Schmerzsyndrom Typ II bei einem Zustand nach Durchtrennung des sensiblen Nervus ulnaris-Endastes am Handgelenk rechts sowie eine Anpassungsstörung mit länger andauernder depressiver Reaktion. Unfallunabhängig sei eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit überwiegend narzisstischen Zügen. Hinsichtlich der Bewertung der MdE schloss er sich der Einschätzung von Dr. N. an.

Mit Bescheid vom 28. September 1999 bewilligte die damalige Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA, jetzt Deutsche Rentenversicherung Bund) der Klägerin ab 1. April 1997 eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit. Die Einschränkung des Leistungsvermögens sei nach dem neurologisch-psychiatrischen Gutachten von Dr. H. ab dem Tag des Arbeitsunfalls eingetreten (Schreiben der BfA vom 3. November 1999).

Wegen einer geplanten stationären psychosomatischen Behandlung stellte sich die Klägerin Anfang Dezember 1999 in der Klinik Sch., P., vor. Im Befundbericht vom 5. Januar 2000 teilte Dr. S. mit, in den vorbereitenden Gesprächen habe sich herauskristallisiert, dass für die anstehende stationäre Psychotherapie eine Essstörung, die sich in den letzten Monaten verstärkt habe, im Vordergrund stehen werde. Inwiefern die der Essstörung zugrunde liegende Problematik (posttraumatische Belastungsstörung, Selbstwertkrise) mit in die therapeutische Arbeit einbezogen werden könne und müsse, bliebe abzuwarten. Die stationäre Behandlung in der Klinik Sch. fand in der Zeit vom 25. Januar bis 21. März 2000 statt. Im abschließenden Arztbrief vom 27. März 2000 stellten Dr. S. und die mitbehandelnden Ärzte die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung nach dem Arbeitsunfall, einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome, einer ausgeprägten psychogenen Essstörung, einer Adipositas, einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit überwiegend narzisstischen Zügen, eines chronischen lumbalen Schmerzsyndroms mit deutlicher somatoformer Ausgestaltung und einer Harninkontinenz 1. Grades. Die Klägerin habe sich auf den verhaltenstherapeutischen Teil der Essstörungsbehandlung gut einlassen können und habe vor allem von dem von ihr gewünschten Gesehenwerden als "ganze Person" profitiert. Die schwer verletzte rechte Hand, habe sie im Kontakt mit anderen zunehmend wie ein "Wohlfühlsignal" präsentiert: unverbunden und zum Handkontakt bereit bei guter Stimmungslage, geschützt im dicken Verband an schlechten Tagen. Die Therapie sei jedoch nur einige Schritte vorwärts gegangen. An der Tatsache, dass die Klägerin wohl im Zusammenhang mit ihrer überwiegend narzisstisch gefärbten Persönlichkeitsstörung die Rolle der kämpfenden, ungerecht behandelten Kranken nach wie vor für sich brauche, habe sich nur sehr W. geändert.

Auf Veranlassung der Beklagten nahm Dr. W. (Facharzt für Nervenheilkunde) am 10. und 29. Mai 2000 gutachtlich nach Aktenlage Stellung. Eine Reflexdystrophie und eine Sudeck'sche Erkrankung seien nicht nachgewiesen. Es bestünde auch keine posttraumatische Belastungsstörung. Eine anlagemäßige Persönlichkeitsstörung mitsamt einer Störung des Essverhaltens sowie die länger andauernde Anpassungsstörung seien unfallunabhängig. Die Schnittverletzung sei als Bagatellschaden eine klassische Gelegenheitsursache gewesen.

Nach Anhörung der Klägerin wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 30. November 2000 zurück. Das chronische Schmerzsyndrom sei ebenso W. wie die psychischen Beschwerden Folge des Arbeitsunfalls. Die teilw. diagnostizierte Reflexdystrophie sei fragwürdig. Nach dem Gutachten von Prof. Dr. W. bestünden seitengleiche Verhältnisse der Hände. Differenzen bezüglich Trophik, Durchblutung, Hauttemperatur und -feuchte seien nicht beschrieben worden. Die passive Bewegung der Hand sei frei gewesen. Soweit sich die aktive Bewegung nicht habe objektivieren lassen, sei dies Folge der ausgeprägten Schonhaltung. Psychische Beeinträchtigungen hätten schon vor dem Arbeitsunfall bestanden. Bei der Schnittverletzung habe es sich um kein gravierendes Unfallereignis gehandelt. Der Unfall sei daher keine wesentliche Teilursache für die psychischen Beschwerden.

Hiergegen hat die Klägerin am 18. Dezember 2000 beim Sozialgericht Konstanz (SG) Klage erhoben. Der Arbeitsunfall sei für ihre jetzige Situation ursächlich. Die früheren Umstände hätten dazu nicht beigetragen. In dem vom Bevollmächtigten der Klägerin vorgelegten Attest von Dr. S. vom 15. Juni 2001 führte dieser aus, Schwellungszustände und Funktionseinschränkungen hätten lange Zeit bestanden. Auch wenn das Vollbild einer Reflexdystrophie verhindert worden sei, habe eine sympathische Reflexaktivierung stattgefunden, die zu erheblichen Einschränkungen und einer Verzögerung des Heilungsverlaufes und Folgezuständen geführt habe. Ihre psychovegetative Ausgangssituation sei der Klägerin nicht anzulasten, sie habe jedoch als Katalysator für das geradezu desaströse Behandlungsergebnis gewirkt. Die Klägerin selbst hat sich im Dezember 2001, Juli 2002 und November 2002 schriftlich geäußert. Sie hat die fachärztliche Stellungnahme von Dr. M. vom 27. November 2001 vorgelegt, der die Gutachten von Dr. N. und Dr. S. für zutreffend erachtete. Das SG hat das fachchirurgische Gutachten von Dr. J. vom 4. April 2001 nebst dessen ergänzender Stellungnahme vom 20. Oktober 2001 eingeholt. An verbliebenen Unfallfolgen beschrieb er auf seinem Fachgebiet Sensibilitätsstörungen an zwei Fingern. Diese bedingten eine MdE unter 10 v. H. Es bestünden keinerlei motorische Ausfälle. Ferner lägen Anzeichen für eine recht gute Reinnervation vor. Die von ihm gemessenen Umfangsmaße stünden im Widerspruch zu der angegebenen starken Kraftminderung, der Gebrauchseinschränkung und Schmerzhaftigkeit

der Hand. Es bestehe keine Inaktivitätsatrophie der Muskulatur. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Klägerin die Hand wesentlich stärker benutze, als sie angebe. Es habe sich um keine Reflexdystrophie gehandelt. Hierfür finde sich nirgendwo in den Akten die typische Symptomatik.

Ferner hat das SG das nervenärztlich-psychosomatische Gutachten von Dr. H. vom 9. April 2002 nebst ergänzender Stellungnahme vom 3. September 2002 eingeholt. Anamnestisch berichtete die Klägerin von einer zunehmenden Verschlechterung ihres Allgemeinbefindens. Sie habe befürchtet, an einer gravierenden neurologischen Erkrankung, wie z.B. Morbus Parkinson, zu leiden. Die derzeit durchgeführten Untersuchungen hätten jedoch keinen Hinweis auf eine gravierende somatische Erkrankung erbracht. Dr. H. diagnostizierte einen durch den Arbeitsunfall reaktiv ausgelösten chronifizierten depressiven Versagenszustand mit multiplen somatoformen Beschwerden. Es liege ein Zustand nach einer Stichverletzung der rechten Hand mit Schädigung des Nervus ulnaris und deutlicher psychogener Überlagerung der Residualsyndrome, ferner eine Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und histrionischen Zügen vor. Die aus dem Unfallgeschehen resultierende Verletzung stelle eine spezifische "Versagenssituation" im innerpsychischen Erleben der Klägerin dar, die zum Zusammenbruch ihrer bis dahin funktionierenden Kompensationsstrategien und damit zu einer klinisch manifesten psychischen Erkrankung geführt habe. Diese Dekompensation sei W.er durch den Unfall als vielmehr durch die nachfolgende Arbeitsunfähigkeit verursacht worden. Die Beklagte legte hierzu die gutachtliche Stellungnahme von Dr. W. vom 1. November 2002 vor: Die wesentliche Bedingung für die gesamte psychische Entwicklung sei dem unversicherten Bereich der vorbestehenden Persönlichkeitsstörung anzulasten.

Schließlich holte das SG noch das neurologische Fachgutachten von Prof. Dr. L. vom 10. April 2003 ein: Zusammenfassend sei von einem Zustand nach einer Läsion des Nervus ulnaris auszugehen, welcher ursächlich für ein chronifiziertes Schmerzsyndrom im Bereich der rechten Hand zu sehen sei. Dieses chronische Schmerzsyndrom werde im Rahmen des depressiven Syndroms mit Somatisierungsstörung und daraus resultierender psychogener Überlagerung erheblich verstärkt. Vorbestehend sei eine narzisstische Persönlichkeitsstörung, welche jedoch vor dem Unfall durch die geregelte Arbeits- und Tagesstruktur kompensiert gewesen sei. Selbst beeinträchtigende Episoden wie die Trennung von den Eltern und die Scheidung vom Ehemann habe die Klägerin gut kompensieren können. Hinsichtlich der Bewertung der MdE schloss sich Prof. Dr. L. der Bewertung durch Dr. S. an.

Das SG verurteilte die Beklagte mit Urteil vom 16. Juli 2003 - zugestellt am 25. September 2003 -, der Klägerin Verletztenrente nach einer MdE um 30 v. H. vom 2. Juli 1997 bis 25. März 1998 unter Anrechnung bereits bezogener Leistungen, um 40 v. H. vom 26. März 1998 bis 25. September 1998 und um 55 v.H. ab 26. September 1998 zu gewähren. Das SG folgte den gutachtlichen Bewertungen durch Dr. N., Dr. S., Dr. H. und Prof. Dr. L. ... Wegen des Inhalts des der Beklagten am 25. September 2003 zugestellten Urteils wird auf die Gerichtsakte verwiesen.

Hiergegen hat die Beklagte am 13. Oktober 2003 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Der Arbeitsunfall sei nicht geeignet gewesen, eine derartige psychische Beeinträchtigung zu verursachen. Sie verwies auf eine weitere Stellungnahme von Dr. W. vom 24. Oktober 2003. Es sei zu beachten, dass es sich um eine berufstypische Belastungssituation gehandelt habe. Ferner stützt sich die Beklagte auf das im Berufungsverfahren eingeholte Gutachten nach Aktenlage von Prof. Dr. F. ...

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 16. Juli 2003 aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid vom 19. Mai 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. November 2000 abzuW.n.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuW.n.

Die Klägerin stützt sich auf die Gutachten, denen auch das SG gefolgt ist, sowie auf das im Berufungsverfahren eingeholte Gutachten von Dr. M. ... Die Äußerungen von Dr. W. dürften nicht verwertet werden, da sie seiner Einbeziehung nicht zugestimmt habe. Im Übrigen sei sie zwischenzeitlich bettlägerig und leide an Morbus Parkinson. Hierzu legt sie den Arztbrief

von Dr. E. (Klinik für Neurologie der P.-Universität M.) vom 11. Februar 2004 vor. Darin wurde u. a. ein atypischer Morbus Parkinson beschrieben.

Der Senat hat das psychiatrische Gutachten nach Aktenlage von Prof. Dr. F. (Universitätsklinikum T.) vom 22. Dezember 2004 eingeholt. Auf dem neurologischen Fachgebiet bestehe eine Teilschädigung des Nervus ulnaris mit Gefühlsstörungen in den Fingern 4 und 5 der rechten Hand. Vorübergehend habe eine degenerative Reflexdystrophie (Morbus Sudeck, Algodystrophie) bestanden. Unfallunabhängig liege zwischenzeitlich ein atypisches Parkinson-syndrom vor. Im Übrigen bestünden auf dem psychiatrischen Fachgebiet keine Gesundheitsstörungen, sondern lediglich ein normabweichendes Verhalten, das als undifferenzierte somatoforme Störung diagnostiziert werden könne. Die von der Klägerin vorgebrachten Beschwerden könnten der somatoformen Störung zugeordnet werden. Diese sei als unfallunabhängig zu bewerten. Das Unfallereignis habe der somatoformen Störung lediglich das thematische Gepräge verliehen. Eine Persönlichkeitsstörung könne nicht mit der erforderlichen Gewissheit diagnostiziert werden. Es bestehe auch weder eine Essstörung noch eine posttraumatische Belastungsstörung. Die MdE betrage W.er als 10 v. H.

Der Senat hat Dr. M. schriftlich als sachverständigen Zeugen befragt. In seinem Antwortschreiben vom 20. Oktober 2005 teilte er mit, zwischenzeitlich sei unbestritten, dass die Klägerin - unfallunabhängig - unter einem sekundären Parkinsonsyndrom leide, wobei differenzialdiagnostisch am wahrscheinlichsten eine Multisystematrophie vorliege. Dr. M. fügte verschiedene Arztbriefe über den Behandlungsverlauf hinsichtlich der Parkinsonerkrankung bei. Prof. Dr. F. (Die W., Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie) sah im Arztbrief vom 3. September 2003 keinen Hinweis für ein klassisches Parkinson-Syndrom und diagnostizierte eine dissoziative Bewegungsstörung und eine mögliche Multisystematrophie, eine histrionische Persönlichkeitsstörung, eine somatoforme Schmerzstörung und eine chronifizierte Depression. Diplompsychologe P. (Die W.) gab im Bericht vom 29. April 2004 an Diagnosen u.a. ein primäres Parkinson-Syndrom (atypisches Parkinsonsyndrom) und eine schizoide Persönlichkeitsstörung an.

Auf Antrag der Klägerin wurde Dr. M. (Die W.) mit der Erstellung eines weiteren Gutachtens beauftragt. Da aufgrund des deutlich reduzierten Gesundheitszustands der Klägerin nicht absehbar war, ob und ggf. wann die Begutachtung erfolgen konnte, wurde mit Beschluss vom 2. November 2005 das Ruhen des Verfahrens angeordnet.

Aufgrund der stationären Untersuchung vom 15. bis 17. Januar 2007 erstellte Dr. M. das neurologisch-psychiatrische Fachgutachten vom 20. Februar 2007, nach dessen Eingang das Berufungsverfahren fortgeführt wurde. Auf dem neurologischen Fachgebiet stünde aktuell ein fortgeschrittenes atypisches Parkinsonsyndrom im Vordergrund. Weiterhin liege eine mittlerweile mehrere Körperstellen betreffende chronische Schmerzkrankheit vor, deren Schwerpunkt im Bereich der rechten oberen Extremität (Unterarm und Hand) als Folge der Nervenschädigung nach Schnittverletzung des Nervus ulnaris zu sehen sei. Hieraus sei eine schwer beeinträchtigende psychische Erkrankung entstanden. Die weitere psycho-soziale Verschlechterung seit etwa 2002 mit psychotischen Krankheitsanteilen im Sinne einer paranoid-halluzinatorischen Psychose und der vollständigen Pflegebedürftigkeit sei Folge des Parkinsonsyndroms im Sinne eines Nachschadens. Aufgrund der langjährig stabilen psychischen und sozialen Kompensation mit "gutem Funktionieren" im Berufsleben sei die bereits vor dem Arbeitsunfall festgestellte narzisstische Störung mit Tendenz zur Somatisierung nicht als allein wesentliche Ursache für die Entstehung des Schmerzsyndroms des rechten Arms anzusehen. Ohne den Arbeitsunfall wäre es nicht zu dem chronischen Schmerzsyndrom gekommen. Anhand der Akten sei das Vorliegen eines CRPS Typ 2 plausibel. Dem Unfallereignis komme gegenüber der vor dem Ereignis bestehenden Persönlichkeitsstörung der Klägerin eine W.stens annähernd gleichwertige Bedeutung im Sinne einer wesentlichen Teilursache zu. Es handele sich nicht um eine Gelegenheitsursache. Hinsichtlich der MdE schloss sich Dr. M. der Bewertung durch Dr. H. weitgehend an, jedoch sei ab dem 10. April 2002 von einer MdE um lediglich 50 v. H. auszugehen. Die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand sei durch das Schmerzsyndrom nicht aufgehoben gewesen. Die von Dr. H. in die Bewertung einbezogenen neuen Symptome einer Stimmstörung und einer Schwäche der linken Körperhälfte sei überwiegend dem Parkinsonsyndrom zuzurechnen, das unfallunabhängig entstanden sei.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) und 2 Sozialgerichtsgesetz (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 zum Großteil auch begründet. Der Klägerin steht für die Folgen ihres Arbeitsunfalls vom 26. März 1996 lediglich für die Zeit vom 1. Juli 1996 bis 16. Dezember 1998 eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v. H. zu. Der Bescheid der Beklagten vom 19. Mai 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. November 2000 erweist sich daher nur insoweit, als eine Verletztenrente für die Zeit vom 26. März 1998 bis 16. Dezember 1998 abgelehnt wurde, als rechtswidrig. Im Übrigen war die Entscheidung der Beklagten - entgegen der Auffassung des SG - jedoch rechtmäßig, so dass das Urteil des SG entsprechend abzuändern, im Übrigen das Urteil aufzuheben und die Klage abzuW.n war.

Nach §§ 580, 581 Abs. 1 Reichsversicherungsordnung (RVO), die im vorliegenden Fall nach [§§ 212, 214](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) anzuwenden sind, haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit durch die Folgen des Arbeitsunfalls über die 13. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus um mindestens 20 v. H. gemindert ist, nach näherer Maßgabe Anspruch auf Verletztenrente. Die Folgen eines Arbeitsunfalls sind dabei nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um mindestens 10 v. H. mindern.

Nach § 548 Abs 1 RVO ist ein Arbeitsunfall ein Unfall, den ein Versicherter bei einer der in den §§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO genannten Tätigkeiten erleidet. Ein Unfall ist ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führt - so die heutige Legaldefinition in [§ 8 Abs 1 Satz 2 SGB VII](#), die auf die Jahrzehnte alte Definition in Rechtsprechung und Literatur zurückgeht (vgl. schon [RGZ 21, 77, 78](#); Reichsversicherungsamt, Amtliche Nachrichten 1914, 617, 620 sowie [BSGE 23, 139](#), 141 = [SozR Nr 1 zu § 555 RVO](#); [BSGE 46, 283](#) = [SozR 2200 § 539 Nr 47](#); [BT-Drucks 13/2204 S 77](#); Krasney in: Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Band 3, Gesetzliche Unfallversicherung, Stand Januar 2005, § 8 Rn. 7) und auch im Jahre 1996 galt. Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang, vgl. [BSGE 63, 273](#), 274 = [SozR 2200 § 548 Nr. 92 S 257](#); [BSG SozR 3-2200 § 548 Nr. 19](#)), dass die Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat und letzteres einen Gesundheits(-erst-)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität). Das Entstehen von längerandauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheits(-erst-)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls - jedoch freilich für eine Rentengewährung.

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 an 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 2. Februar 1978, [8 RU 66/77](#), [BSGE 45, 285](#), 286). 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). 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).

Die Klägerin hat am 26. März 1996 einen Arbeitsunfall erlitten. Dies ist unstrittig und bedarf keiner weiteren Darlegung. Der hier bedeutsame Gesundheitserstschaden bestand in einer Verletzung des Nervus ulnaris, die am 11. April 1996 operativ versorgt wurde.

Diese Operation hatte an sich Erfolg. Im Befundbericht von Prof. Dr. K. vom 28. Mai 1996 wird auf die durch die Operation erreichte, nahezu vollständige Reinnervation hingewiesen. Es verblieb lediglich eine Teilschädigung des rechten Nervus ulnaris mit Gefühlsstörungen in den Fingern 4 und 5 der rechten Hand. Diese rechtfertigten für sich genommen zu keinem Zeitpunkt die Feststellung einer MdE. Auch Dr. M. führte im neurologischen Zusatzgutachten am 24. November 1997 aus, neben dem von ihm beschriebenen Schmerzsyndrom (CRPS Typ 2) bestünden keine HinW. für darüber hinausgehende Läsionen des Nervus ulnaris, speziell was motorische Funktionsstörungen oder anderweitige neurologische Unfallfolgen angehe. Prof. Dr. F. bewertete die durch diese Teilschädigung bedingte MdE mit W.er als 10 v. H. Dem schloss sich Dr. M. an. Auch er fand keine funktionellen neurologischen Ausfälle, die für sich allein betrachtet eine MdE rechtfertigen würden - dies gilt auch für die von ihm diagnostizierten Sensibilitätsstörungen.

Wie sich aus den Gutachten von Prof. Dr. F. und zuletzt vor allem von Dr. M. eindrücklich ergibt, wird der aktuelle Gesundheitszustand im Wesentlichen durch ein atypisches Parkinsonsyndrom geprägt. Die erste Diagnosestellung erfolgte nach den Ausführungen von Dr. M. im Jahre 2002. Die Klägerin hat Symptome dieser Erkrankung ihm gegenüber jedoch bereits auf das Jahr 2000 rückdatiert. Dr. M. und Prof. Dr. F. gehen übereinstimmend davon aus, dass das Parkinsonsyndrom in keinem Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall steht. Dem schließt sich der Senat an. Dr. M. bewertet das Parkinsonsyndrom im Sinne eines Nachschadens und sieht nur die Möglichkeit, dass eine Kombination mit der hochdosierten Schmerzmedikation bestand. Prof. Dr. F. schließt einen Zusammenhang des Parkinsonsyndroms mit dem Arbeitsunfall aus, da das Unfallereignis zu keiner Schädel- oder Gehirnverletzung geführt hat und bei dem Unfallereignis auch keine toxischen Einwirkungen stattgefunden haben. Anzumerken ist, dass Dr. M. zu Unrecht davon ausgeht, dass Prof. Dr. F. auf die Parkinsonproblematik nicht eingegangen sei. Dies trifft nicht zu. Prof. Dr. F. hat am Vorliegen eines atypischen Parkinsonsyndroms aufgrund des Befundberichts der Neurologischen Universitätsklinik M. vom 11. Februar 2004 keinen Zweifel gehabt. Er hielt diesbezügliche Diagnosestellung sogar für wesentlich, als bei neurodegenerativen Erkrankungen Stimmungsschwankungen und depressiv-aggressive Verstimmungszustände häufig seien, sodass die diesbezüglich von der Klägerin vorgetragene und demonstrierten Beschwerden eine natürliche Erklärung in der neurodegenerativen Erkrankung fänden.

Die von Dr. M. des Weiteren diagnostizierte mittelschwere bis schwere depressive Erkrankung mit psychotischen und somatoformen Anteilen mit Neigung zu Angst- und Panikattacken bei emotional instabiler, narzisstisch-histrionischer Persönlichkeitsstruktur wird von ihm selbst nicht im Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall gesehen. Der Senat sieht ebenfalls keinen solchen Zusammenhang, zumal - wie Dr. M. angibt - sich diese psychische Symptomatik, ausgehend vom Zeitpunkt seiner Begutachtung im Januar 2007, erst in den letzten drei bis vier Jahren verschlechtert hatte.

Als aufgrund des Gesundheitserstschadens in Betracht kommende länger andauernde Unfallfolge ist damit allein eine Schmerzkrankheit des rechten Arms und der rechten Hand zu bewerten. Diese Erkrankung wurde unter den Bezeichnungen Reflexdystrophie, Morbus Sudeck, Algodystrophie und komplexes regionales Schmerzsyndrom Typ 2 (CRPS 2) u.a. von den Gutachtern Dr. M., Dr. N., Dr. S. sowie den Sachverständigen Dr. H., Prof. Dr. L., Prof. Dr. F. und Dr. M. beschrieben. Auch wenn von den behandelnden Ärzten zum Teil im Behandlungsverlauf nur ein Verdacht auf das Bestehen einer solchen Erkrankung geäußert wurde, geht der Senat aufgrund der einhelligen und ausführlich begründeten Auffassung der eben genannten Gutachter und Sachverständigen davon aus, dass eine solche Schmerzerkrankung tatsächlich vorlag. Allerdings ist der Senat aufgrund der Ausführungen von Prof. Dr. F. zu der Auffassung gelangt, dass diese Erkrankung - objektiv nachvollziehbar - nur vorübergehend bestanden hat. Als Kriterien für die Nachvollziehbarkeit nennt Prof. Dr. F. eine Schwellneigung, eine Veränderung der Schweißproduktion, ein auffälliges Hautkolorit, unterschiedliche Hauttemperaturen, Muskel- und Gewebsschwund sowie eine Knochenentkalkung. Nach diesen Kriterien auffällige Befunde lagen zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. N. am 23. September 1998 noch vor. Dieser beschrieb in seinem Gutachten vom 1. Oktober 1998 eine Hyperhydrosis manum, eine Cutis marmorata und eine Schwellung im Seitenvergleich. Bei der nachfolgenden Begutachtung durch Prof. Dr. Sch. am 16. Dezember 1998 zeigte sich die Trophik der Haut, die Durchblutung und Rekapillarisation sowie die Hauttemperatur seitengleich. Auch die Feuchte der Haut erwies sich als seitengleich und regelrecht. Im Bereich der rechten Hand zeigten sich Prof. Dr. Sch. im Seitenvergleich keine Muskelatrophien der Handinnenmuskulatur bzw. der Muskulatur des Hypothenars. Eine aktive Funktionseinschränkung der Hand konnte er wegen einer Überlagerung durch die Schmerzsymptomatik nicht sicher objektivieren. Auch Dr. H. beschreibt in seinem Gutachten keine Muskelatrophien, keine motorischen Ausfälle, keine Hautveränderungen und keine Schwellungszeichen.

Der Senat verkennt nicht, dass die Klägerin auch nach dem 16. Dezember 1998 über gravierende Schmerzzustände im Bereich der rechten Hand und des rechten Armes klagte und dies bis heute tut. Der Senat hält jedoch die Einschätzung von Prof. Dr. F., dass diese Beschwerden nur vorübergehend mit einer auf dem Arbeitsunfall beruhenden Schmerzerkrankung erklärt werden können, für überzeugend. Für die Zeit ab der Begutachtung durch Prof. Dr. Sch. fehlt es an objektiven Befunden, die das Fortbestehen der unfallbedingten Schmerzerkrankung nachvollziehbar machen. Zum einen bestehen Zweifel am Beschwerdevorbringen der Klägerin, zum anderen ist für die Folgezeit davon auszugehen, dass verbliebene Beschwerden nicht mehr wesentlich durch den Arbeitsunfall, sondern durch andere Faktoren bedingt waren und sind.

In der unfallmedizinischen Literatur wird zur Prüfung der Kausalität bei psychischen Störungen darauf hingewiesen, dass bei länger anhaltenden psychoreaktiven Gesundheitsstörungen ergänzend zu prüfen ist, ob und inwieweit auch der weitere Verlauf noch rechtlich wesentlich auf die ursprünglichen Reaktionen zurückzuführen ist und nicht vielmehr Begehrungsvorstellungen oder sonstige aus der Psyche wirkende Kräfte so weit in den Vordergrund treten, dass sie für den weiteren Verlauf die rechtlich allein noch wesentliche Ursache bilden (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl., S. 240). Bei einer länger andauernden psychischen Störung kann die bisherige Bedingung ihre kausale Bedeutung verlieren und durch eine andere Ursache - z.B. durch ein vorbestehendes Krankheitsbild, sog. Verschiebung der Wesensgrundlage - ersetzt werden (Mehrhoft/Meindl/Muhr, Unfallbegutachtung, 11. Aufl., S. 256). Diese Kriterien können auf den hier vorliegenden Sachverhalt, auch wenn es primär um die Beurteilung der Kausalität einer

Schmerzkrankung geht, nach Auffassung des Senats sachgerecht übertragen werden. Der Senat gelangte dabei zu der Überzeugung, dass von einer Kausalität ab dem 17. Dezember 1998 nicht mehr ausgegangen werden kann, da sich aus den bereits genannten Zweifeln am Beschwerdevorbringen der Klägerin auch HinW. auf eine Begehrensvorstellung ergeben und im Übrigen - da die weiter behaupteten Beschwerden nicht mehr objektiv nachvollziehbar als Schmerzkrankung (s.o.) bewertet werden können - die vorbestehende undifferenzierte somatoforme Störung der Klägerin in den Vordergrund gerückt ist, mithin der Arbeitsunfall seine kausale Bedeutung verloren hat.

Zutreffend weist Prof. Dr. F. darauf hin, dass sich die Vorgutachter nicht mit der offensichtlichen Diskrepanz zwischen den geltend gemachten Beschwerden und den nachweisbaren Funktionsbeeinträchtigungen auseinandergesetzt haben. Dazu hätte aber Veranlassung bestanden. Denn der Bericht der Klinik B. über die stationäre Behandlung Anfang des Jahres 1999 vom 29. April 1999 enthielt den Hinweis, dass die Klägerin die rechte Hand teilW. völlig normal einsetzte, wenn sie in die Arbeit vertieft war. Im Arztbrief der Klinik Sch. vom 27. März 2000 wurde ausgeführt, die Klägerin habe ihre rechte Hand zunehmend wie ein "Wohlfühlsignal" präsentiert: Unverbunden und zum Handkontakt bereit bei guter Stimmungslage, geschützt im dicken Verband an schlechten Tagen. Dr. J. zeigte sich bei der Begutachtung keine auffälligen Umfangsminderungen am rechten Arm, insbesondere keine Atrophien der Muskulatur. Überzeugend kommt er daher zu dem Schluss, die Klägerin benutze ihre Hand weitaus stärker, als von ihr angegeben. Aufgrund der Auswertung der Akten gelangte Prof. Dr. F. verständlich zu der Einschätzung, das Verhalten der Klägerin sei ohne Zweifel auffällig, indem sie anhaltend wechselnde, diffuse und teilW. bizarr wirkende Beschwerden vorgetragen hat. So hatte die Klägerin beispielsweise gegenüber Prof. Dr. L. bei der Begutachtung angegeben, die Hand sei noch geschwollen - was Prof. Dr. L. im Befund jedoch nicht bestätigen konnte - und die Hand habe "eine Aura". Gleichwohl räumte sie ein, im Haushalt einigermaßen zurecht zu kommen, selbst einzukaufen und Staub zu wischen. Prof. Dr. L. wies ausdrücklich darauf hin, die Hand sei während der Begutachtung in unbeobachteten Momenten von der Klägerin normal mit einer dann intakten Feinmotorik beidseits eingesetzt worden.

Auffällig ist auch, dass die Klägerin bei der Begutachtung durch Dr. S. im Juni und August 1999 angab, sie könne die rechte Hand kaum einsetzen, alles Schwere falle ihr aus der Hand, Schreiben ginge nur noch sehr schlecht, hauswirtschaftliche Verrichtungen seien nahezu nicht mehr möglich. Dazu steht im Widerspruch, dass sie im Dezember 1999 bei der Beklagten Fahrtkosten für eine Autofahrt mit einem Schaltgetriebefahrzeug von 300 km anforderte. Eine Fahrt mit einem Schaltgetriebefahrzeug ist aber nur mit dem Einsatz der rechten Hand möglich. Gegenüber Dr. M. hatte die Klägerin zur eigenen Fahrtüchtigkeit im Jahr 2007 angegeben, es sei im Jahr 2000 - rückblickend wegen der Parkinsonsymptomatik - zu einer Einschränkung des Schaltens beim Autofahren gekommen.

Aus diesen Umständen schließt der Senat auf eine Begehrenshaltung der Klägerin. Ein solche Haltung kommt auch im Bericht von Dr. F. (Klinik B.) vom 29. April 1999 zum Ausdruck. Die verletzte Hand war zum Kristallisationspunkt für Entschädigungs- und Gerechtigkeitswünsche sowie zum Lebensmittelpunkt der Klägerin geworden. Alle ihre Lebensprobleme führte die Klägerin auf den Zustand ihrer Hand zurück.

Gegen das Bestehen einer länger andauernden unfallbedingten Schmerzkrankung an der rechten oberen Extremität spricht auch, dass der stationäre Aufenthalt in der Klinik Sch., wie aus dem Befundbericht vom 5. Januar 2000 hervorgeht, vorrangig der Bewältigung einer Essstörung dienen sollte.

Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang auch, dass dem Wiedereintritt der Arbeitsunfähigkeit am 4. März 1997 ein Arbeitsplatzkonflikt und ein Auffahrunfall am 16. Dezember 1996, der eine HWS-Distorsion Grad I zur Folge hatte, vorausgegangen waren. Der Arbeitsplatzkonflikt - die E.-Klinik unterstützte die Klägerin nicht bei der von ihr gewünschten Versetzung in einen anderen Bereich - führte nach dem Gutachten von Dr. S. vom 28. Mai 1997 zu einer zunehmenden vegetativen Entgleisung. Somit zeigt sich bereits für die Zeit, in der ein Unfallzusammenhang der Schmerzkrankung von der Beklagten und auch vom Senat nicht in Zweifel gezogen wird, eine Gemengelage mit anderen Faktoren, die für die Befindlichkeit der Klägerin von Bedeutung waren.

Vor diesem Hintergrund geht der Senat, gestützt auf die überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. F., davon aus, dass für die Zeit ab dem 17. Dezember 1998 die Beschwerden der Klägerin rechtlich wesentlich nur noch auf einer somatoformen Störung beruhten. Diese Störung ist unfallunabhängig. Das Unfallereignis hat ihr lediglich das thematische Gepräge verliehen. Soweit Dr. M. über den 17. Dezember 1998 hinaus vom Vorliegen eines CRPS 2 ausgeht, überzeugt sein Gutachten nicht. Zwar hat er diese Schmerzkrankung ohne Einschränkung - also auch als aktuell noch bestehend - in seine Diagnoseliste aufgenommen. An anderer Stelle führte er jedoch aus, er halte das Vorliegen eines CRPS Typ 2 "für plausibel". Mit dieser Formulierung legt sich Dr. M. nicht eindeutig fest, sodass sich aus seinem Gutachten schon keine hinreichende Sicherheit für das Vorliegen dieser Erkrankung herleiten lässt. Zudem bezieht sich Dr. M. wesentlich auf die von Dr. N. für das Gutachten vom 1. Oktober 1998 erhobenen Befunde, die auch den Senat veranlasst haben, der Berufung nicht in vollem Umfang stattzugeben. Dr. M. bleibt jedoch die Erklärung schuldig, wie zu bewerten ist, dass diese Befunde nachfolgend nicht mehr erhoben werden konnten.

Zudem steht die Einschätzung von Prof. Dr. F. in Übereinstimmung mit der Äußerung des behandelnden Facharztes für Orthopädie, Dr. S., vom 15. Juni 2001. Darin bestätigte Dr. S., dass Schwellungszustände und Funktionseinschränkungen nur über einen begrenzten Zeitraum bestanden haben. Er teilte mit, das Vollbild einer Reflexdystrophie habe verhindert werden können. Allerdings geht er im Gegensatz zu Prof. Dr. F. davon aus, dass eine chronische Schmerzkrankheit als mittelbare Folge der Durchtrennung des Nervus ulnaris verblieben sei. Die psychovegetative Ausgangssituation der Klägerin bewertete er dabei als "Katalysator" für das "desaströse" Behandlungsergebnis. Der Senat hält die zuletzt genannten Einschätzungen nicht für zutreffend. Zusammen mit Prof. Dr. F. geht der Senat insoweit - wie bereits ausgeführt - von der Maßgeblichkeit der vorbestehenden somatoformen Störung aus. Prof. Dr. F. stellte dabei keine psychiatrischen Diagnosen, da er die hierfür maßgeblichen Kriterien nicht als erfüllt erachtete. Eine auffällige Vorgeschichte steht jedoch fest. Im Arztbrief der Klinik W. vom 24. November 1993 wurde zum einen berichtet, für akut aufgetretene lumboschialgieforme linksseitige Schmerzen, sensible Störungen und Paresen hätte sich trotz umfangreicher Diagnostik kein organisch pathologisches Korrelat finden lassen. Zum anderen wird auf eine Unzufriedenheit der Klägerin mit der Behandlung, zum Teil verletzende Äußerungen der Klägerin und erhebliche Konflikte hingewiesen. Die Klägerin hat danach das Haus damals unter dramatischen, theatralischen Begleitumständen verlassen. Dr. M. wies in seinem Arztbrief vom 21. August 1996 darauf hin, dass die Klägerin ihm gegenüber über eine vermehrte Nervosität seit Beginn der Neunziger Jahre mit Schweißausbrüchen, Durchschlafstörungen, paroxysmalen Tachykardien, Angstzuständen, Stimmungslabilität berichtet habe. Im Befundbericht vom 18. September 1997, gerichtet an den Rentenversicherungsträger, beschrieb Dr. M. eine emotional instabile

Persönlichkeit mit histrionischer Persönlichkeitsstruktur. Dr. Schröder-Muliono verwies in ihrem für den M. am 28. Mai 1997 erstellten Gutachten auf eine langjährig auffällige Vorgeschichte.

Die Argumentation von Dr. M., die vorbestehenden Störungen seien langjährig gut stabilisiert gewesen und daher bis zuletzt nicht als wesentlich ursächlich für die Beschwerden nach dem Arbeitsunfall anzusehen, überzeugt nicht. Ihr ist neben dem bereits Ausgeführten entgegen zu halten, dass die Klägerin laut dem Befundbericht der Psychotherapeutin B. vom 1. März 1999 von Juni 1993 bis Januar 1994 - und damit noch im zeitlichen Zusammenhang mit dem hier streitgegenständlichen Unfallereignis - wegen einer schweren narzisstischen Störung mit schwerer Affektstörung und entsprechenden Beziehungsstörungen behandelt worden war. Auslöser war eine Dekompensation wegen einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Rückenbeschwerden gewesen. Die Klägerin hatte bereits damals massive Symptome entwickelt. Von einer langjährigen guten Stabilisierung kann mithin nicht die Rede sein. Vielmehr ist von einem labilen Zustand auszugehen, der in fragiler W. durch die Berufstätigkeit stabilisiert wurde.

Ausdrücklich soll noch einmal klargestellt werden, dass die hier vertretene Auffassung nicht so zu verstehen ist, dass am 17. Dezember 1998 an die Stelle der Schmerzerkrankung eine somatoforme Störung trat. Diese Störung prägte auch in der Zeit direkt nach dem Arbeitsunfall das Ausmaß der geklagten Beschwerden. Dr. M. hat dies in dem eben genannten Befundbericht vom 18. September 1997 aus Sicht des Senats treffend so dargestellt, dass sich bei der Klägerin als organischer Kern eine glaubwürdige Sudeck-Dystrophie nach Ulnarisverletzung fand, diese aber zunehmend funktionell bei einer emotional instabilen Persönlichkeit überlagert wurde. Dr. S. sprach in diesem Zusammenhang im Befundbericht vom 12. Juli 1997 vom langsamen Hinzutreten einer psychischen Komponente. Bereits im Befundbericht vom 28. Mai 1996 hatte Prof. Dr. K. auf das ängstliche Verhalten der Klägerin hingewiesen.

Dr. K. (O.-klinik) sprach in seinem Arztbrief vom 17. November 1997 davon, dass das ganze Krankheitsbild insgesamt für ein CRPS Typ 2 spräche, das sich bei der Persönlichkeitsstruktur der Klägerin als chronisches Schmerzsyndrom "verselbstständigt" habe. Inwieweit Dr. K. hier zwischen dem CRPS Typ 2 und dem chronischen Schmerzsyndrom begrifflich unterscheidet, ist nicht ganz klar, allerdings kann seiner Formulierung entnommen werden, dass auch er der Persönlichkeitsstruktur der Klägerin eine durchaus eigenständige Bedeutung zumaß.

In der Zusammenschau führen das in Frage zu stellende Beschwerdevorbringen der Klägerin einerseits und die dokumentierten Auffälligkeiten vor dem Arbeitsunfall andererseits dazu, dass der Senat zusammen mit Prof. Dr. F. davon ausgeht, dass der Arbeitsunfall für die an der rechten oberen Extremität geklagten Beschwerden der Klägerin jedenfalls ab 17. Dezember 1998 keine wesentliche Bedeutung mehr hatte. Die eigentliche Schmerzerkrankung war zu diesem Zeitpunkt abgeklungen. In den Vordergrund trat die schon vor dem Arbeitsunfall und auch in der Zeit bis zum 16. Dezember 1998 bestehende somatoforme Störung. Mangels nachvollziehbarer Befunde über das Fortbestehen von Auswirkungen der Schmerzerkrankung sowie andererseits dokumentierter Befunde zur Diskrepanz zwischen dem Beschwerdevorbringen und den tatsächlichen Funktionseinschränkungen geht der Senat davon aus, dass jedenfalls ab dem 17. Dezember 1998 die somatoforme Störung die überragende Bedeutung für den Gesundheitszustand der Klägerin hatte.

Soweit Dr. M. zu einer hiervon abweichenden Auffassung gelangte, ist ihm entgegenzuhalten, dass er das Bestehen von Verdeutlichungs- und Aggravationstendenzen der Klägerin widersprüchlich beurteilt. Im somatischen Untersuchungsbefund gab er an, es hätten sich keine HinW. für eine Verdeutlichungs- oder Aggravationstendenz ergeben. In seiner zusammenfassenden diagnostischen Beurteilung teilt er abweichend davon jedoch mit, es habe sich allenfalls eine mäßig ausgeprägte Verdeutlichungs- und Aggravationstendenz ergeben.

Im Übrigen kommt dem Gutachten von Dr. M. aufgrund des Umstands, dass es aufgrund einer stationären Begutachtung erstattet wurde, keine höhere Überzeugungskraft als dem nach Aktenlage von Prof. Dr. F. erstellten Gutachten zu. Denn Dr. M. führt aus, trotz der zeitaufwendigen und intensiven Erhebung der Lebens- und Krankengeschichte sowie der körperlichen Untersuchung könnten seine aktuellen Ergebnisse nur sehr eingeschränkt zu der schwierigen Frage der Kausalität herangezogen werden. Insoweit habe er versucht, die aktenkundigen Daten und Informationen zur Beantwortung der gestellten Fragen als wichtige Grundlage heranzuziehen. Damit ergibt sich im Ergebnis kein wesentlicher Unterschied zu der Begutachtung nach Aktenlage durch Prof. Dr. F. ... Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund, dass sich der Gesundheitszustand durch das zwischenzeitlich verstärkte Parkinsonsyndrom zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. M. wesentlich verändert hat.

Der Arbeitsunfall ist im Hinblick auf die Beschwerden jedenfalls ab 17. Dezember 1998 mithin nur noch als Auslöser (Gelegenheitsursache) anzusehen. Dem kann nicht entgegengehalten werden, dass sich die Klägerin zuvor, auch nach dem Krankenhausaufenthalt aus dem Jahr 1993 in der Lage zeigte, engagiert ihre Arbeit zu verrichten. Der Arztbrief vom 24. November 1993 (Die W., s.o.) spricht eine deutliche Sprache. Es kann bereits für diesen Zeitpunkt von einer deutlichen Störung ausgegangen werden, die nur eines irgendwie gearteten neuen Auslösers bedurfte, um zum Ausbruch zu kommen. Dass die Klägerin nach wie vor auf von ihr empfundene Beeinträchtigungen stark reagiert, ergibt sich auch aus dem Gutachten von Dr. M. ... Die Klägerin teilte ihm in ihrer Spontanschilderung mit, der Pflegedienst habe ihr letzte Woche das Auge so stark gedrückt, dass es sich entzündet habe. Sie sei im Mundbereich unsanft behandelt worden, sodass es zu einer Zahnfleischentzündung gekommen sei.

Die Erwerbsfähigkeit der Klägerin war in der Zeit vom 2. Juli 1996 bis 16. Dezember 1998 unfallbedingt um 20 v. H. gemindert. Dr. M. hat die MdE in diesem Umfang überzeugend damit begründet, dass sie einem Handverletzten, bei dem noch eine über dem Durchschnitt liegende Leistungsfähigkeit erreicht wird und bei dem noch Leistungsreserven vorhanden sind, sodass leichtere Funktionsverluste weitgehend kompensiert werden können, entspricht. Die Leistungsfähigkeit reicht für die meisten Arbeitsplätze im Berufsnetz eben aus. Im persönlichen Bereich können sich dagegen die Verletzungsfolgen in diesem Ausmaß schon empfindlich auswirken. Diese Einschätzung steht in Übereinstimmung mit der Bewertung der MdE durch Dr. S. im Befundbericht vom 1. Juli 1997.

Auf die Frage der Verwertbarkeit der gutachtlichen Äußerung von Dr. W. wegen eines möglichen Verstoßes gegen [§ 200](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) kommt es nicht an. Zwar soll [§ 200 SGB VII](#) nach der Entscheidung des BSG vom 5. Februar 2008 auch im gerichtlichen Verfahren anwendbar sein ([B 2 U 8/07 R](#), ein Volltext der Entscheidung liegt derzeit noch nicht vor, bekannt ist hierzu lediglich der - kurze - Terminbericht des BSG Nr. 7/08). Die anwaltlich vertretene Klägerin hat sich bei ihrer Zustimmung zur Entscheidung ohne mündliche Verhandlung aber nicht - mehr - auf einen solchen Verstoß berufen ([§ 202 SGG](#) i.V.m. [§ 295](#) Zivilprozessordnung - ZPO). Im Übrigen haben sich weder der Senat, noch Prof. Dr. F. und Dr. M. bei ihrer gutachtlichen Bewertung auf dessen Einschätzung bezogen. Die Ausführungen von Dr. W. waren nicht entscheidungserheblich.

Der Berufung war damit im Wesentlichen stattzugeben. Im Übrigen war sie zurückzuW.n.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-06-09