

L 10 U 2403/14

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

10

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 26 U 2464/12

Datum

08.04.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 10 U 2403/14

Datum

25.07.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 08.04.2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um zumindest 40 vom Hundert (v.H.) zusteht.

Der am 1955 geborene Kläger erlitt am 03.06.2009 um ca. 8:00 Uhr im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit als Bauarbeiter einen Arbeitsunfall, als er auf einer Baustelle von einer Leiter stürzte und sich dabei eine Oberarmkopfmehrfragment-Luxationsfraktur rechts und eine nicht dislozierte distale Radiusfraktur links zuzog (Zwischenbericht vom 03.06.2009, Bl. 3 VerwA).

Nach Erstversorgung durch den Durchgangsarzt Dr. D. , bei dem der Kläger um 9:45 Uhr eintraf, wurde er ins K. S. verbracht, wo im Rahmen einer stationären Behandlung wegen der erfolgten Schulterluxation mit dislozierter Tuberculum majus-Fraktur zunächst eine offene Reposition und Osteosynthese mittels Philos-Platte über einen Delta-Zugang durchgeführt wurde (vgl. Krankheitsbericht vom 09.07.2009, Bl. 18/19 VerwA). Wegen einer verbliebenen Instabilität und des großen Bankart-Fragments wurde nachfolgend im Rahmen einer weiteren stationären Behandlung eine offene Refixation des Limbus durchgeführt (vgl. Krankheitsbericht vom 24.06.2009, Bl. 7/8 VerwA). Angesichts der trotz intensiver krankengymnastischer Übungsbehandlung nur langsam eintretenden Beschwerdeverbesserung erfolgte vom 23.09. bis 12.10.2009 eine komplex-stationäre Rehabilitation mit schmerztherapeutischer Mitbehandlung und psychologischer Mitbetreuung in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. (BG-Klinik), wobei sich im Rahmen eines neurologischen Konzils eine Teilschädigung des N. axillaris rechts ergab (vgl. Befund- und Entlassungsbericht vom 12.12.2009, Bl. 58/61; neurologischer Befundbericht des Prof. Dr. S. , Bl. 62/67 VerwA, mit unauffälligem psychischen Befund). Auf Grund der anhaltenden Bewegungseinschränkung der rechten Schulter erfolgte am 12.10.2009 die Metallentfernung und nachfolgend eine erneute stationäre Behandlung in der BG-Klinik, wobei trotz intensiver physiotherapeutischer Behandlung und Ergotherapie nur eine unwesentliche Verbesserung der Bewegungseinschränkung der Schulter erreicht wurde (vgl. Befund- und Entlassungsbericht vom 12.01.2010, Bl. 97/100 VerwA). Anlässlich der Wiedervorstellung des Klägers in der BG-Klinik am 13.01.2010, bei der sich keine Änderungen im Vergleich zu der Voruntersuchung zeigten, ging Prof. Dr. W. von einem Verharrungszustand aus und berichtete, dass der Kläger im Hinblick auf die angestrebte Frühverrentung bereits einen Rentenanspruch gestellt habe. Auf Grund der am 29.04.2010 erfolgten Vorstellung in der interdisziplinären Schmerzambulanz der BG Klinik dokumentierten die untersuchenden Ärzte schließlich eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der rechten Schulter, wobei der Kläger keine stärkeren Schmerzmittel einnehmen wollte. Im Hinblick auf die beklagten psychischen Beschwerden depressiver Art und Furcht vor Fahrradfahren, Autofahren, Benutzung von Treppen, die moderater Ausprägung seien, wünschte der Kläger keine Behandlung (vgl. Bericht vom 12.05.2010, Bl. 126/135 VerwA).

Zur Feststellung der Unfallfolgen veranlasste die Beklagte das Erste Rentengutachten des Dr. M. , Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, der den Kläger im Juli 2010 untersuchte. Auf Grund der eingeschränkten Beweglichkeit im rechten Schultergelenk (Arm seitwärts/körperwärts 40/0/30, Arm rückwärts/vorwärts 30/0/40, Arm auswärts/einwärts drehen bei anliegendem Oberarm 0/0/90, Arm auswärts/einwärts bei Oberarm 90 ° seitwärts abgehoben 0/0/60) und der Bewegungseinschränkung im linken Handgelenk (handrückenwärts/hohlhandwärts 50/0/30, speichenwärts/ellenwärts 10/0/25) schätzte der Gutachter die MdE auf unfallchirurgischem

Fachgebiet bis auf Weiteres mit 35 v.H. ein. Unter Mitberücksichtigung der neurologischen Unfallfolgen ausweislich des Zusatzgutachtens des Dr. S., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, der bei der elektromyographischen Ableitung aus dem M. deltoideus pars acromialis unter maximaler Willkürinnervation eine deutliche Lichtung des Aktivitätsmusters und im Übrigen Normalbefunde beschrieb, schätzte Dr. M. die Gesamt-MdE auf 40 v.H.

Nachfolgend stellte die Beklagte die laufende Verletztengeldzahlung mit bestandskräftig gewordenem Bescheid vom 16.11.2010 mit Ablauf des 30.11.2010 ein und sie bewilligte mit Bescheid vom 09.12.2010 dem Kläger ab 01.12.2010 Rente als vorläufige Entschädigung nach einer MdE um 40 v.H.

Zur Prüfung der Voraussetzungen einer Rente auf unbestimmte Zeit veranlasste die Beklagte weitere Begutachtungen durch Dr. D., Facharzt für Neurologie, und Dr. M., die den Kläger im Dezember 2011 untersuchten. Dr. D. beschrieb eine deutliche funktionelle Ausgestaltung der Beschwerden und ging vom Vorliegen geringfügiger Residuen einer N. axillaris-Läsion rechts aus, wobei das Ausmaß der motorischen und sensiblen Läsion insgesamt so gering sei, dass sich hieraus von Seiten des neurologischen Fachgebietes keine zusätzliche MdE ergebe. So führe insbesondere die geringfügige motorische Läsion auf Grund der noch bestehenden Bewegungseinschränkung im Schultergelenk zu keiner zusätzlichen, über die von chirurgischer Seite zu beurteilende Beweglichkeitseinschränkung hinausgehenden Einschränkung. Im Hinblick auf die vom Kläger geschilderten Angstzustände in verschiedenen Situationen empfahl er zur Beurteilung der Frage, ob es sich um eine unfallbedingte posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder eine unfallunabhängige Anpassungsstörung und depressive Reaktion handle, die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens. Dr. M. sah auf Grund der erhobenen Messwerte in Bezug auf die Schulterbeweglichkeit rechts (Arm seitwärts/körperwärts 40/0/20, Arm rückwärts/vorwärts 30/0/40, Arm auswärts/einwärts drehen bei anliegendem Oberarm 0/0/90, Arm auswärts/einwärts bei um 90 ° seitwärts abgehobenem Oberarm 40/0/20) und die Handgelenksbeweglichkeit links (handrückenwärts/hohlhandwärts 50/0/50, rechts 60/0/60; speichenwärts/ellenwärts 20/0/40, rechts 30/0/40) von unfallchirurgischer Seite keine wesentliche Besserung gegenüber seiner Voruntersuchung und bewertete die Unfallfolgen unter Berücksichtigung der geringen Besserung von neurologischer Seite mit einer Gesamt-MdE um 35 v.H.

Mit Bescheid vom 23.02.2012 bewilligte die Beklagte dem Kläger anstelle der bisherigen Rente als vorläufige Entschädigung ab 01.03.2012 eine Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE um 35 v.H. Als Unfallfolgen berücksichtigte sie dabei eine Teileinstellung des rechten Schultergelenks nach knöchern in achsengerechter Stellung konsolidierter Humeruskopfluxationsfraktur rechts mit Abriss des Tuberculum majus und Bankart-Läsion, eine fehlende Außenrotation des rechten Armes und die Unfähigkeit der Esseneinnahme mit dem rechten Arm, Sensibilitätsstörungen am rechten Ober- und Unterarm ellenseitig, eine Verminderung der groben Kraft des rechten Armes und der rechten Hand, geringfügige Rückstände einer N. axillaris Läsion rechts sowie eine Bewegungseinschränkung im linken Handgelenk. Im Widerspruchsverfahren machte der Kläger geltend, eine Herabsetzung der MdE von 40 v.H. auf 35 v.H. sei nicht gerechtfertigt. Er leide auch an einer PTBS, durch die es bei ihm zu Angstattacken und Depressionen komme. Entsprechend der Empfehlung des Dr. D. sei ein psychiatrisches Gutachten einzuholen. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 30.03.2012 und der weiteren Begründung zurückgewiesen, die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens sei nicht erforderlich, da Hinweise auf eine PTBS nicht vorlägen; schon die Schwere des hierfür erforderlichen Ereignisses werde nicht erreicht.

Am 27.04.2012 hat der Kläger dagegen beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage erhoben. Er hat wiederum geltend gemacht, als Unfallfolge liege auch eine PTBS vor, weshalb es nicht gerechtfertigt sei, die MdE von 40 v.H. auf 35 v.H. zu reduzieren. Im weiteren Verlauf hat er vorgetragen, seine gesundheitliche Situation habe sich zwischenzeitlich wesentlich verschlechtert. So habe er im April eine erweiterte ambulante Physiotherapie erhalten, durch die eine massive Schmerzzunahme eingetreten sei. Er hat u.a. die Bescheinigung des Facharztes für Orthopädie Dr. G. vom 15.05.2012 und den Befundbericht der Ärztin für Psychiatrie, Psychotherapie Dr. E. vom 22.05.2012 vorgelegt.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat das SG ein Gutachten bei dem Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie Dr. A. auf Grund Untersuchung des Klägers im Februar 2013 eingeholt. Der Sachverständige hat eine Folgestörung einer PTBS mit Hinweisen auf eine beginnende Persönlichkeitsänderung, eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung sowie eine Angst- und Depression gemischt diagnostiziert. Er hat lediglich die Folgestörung einer PTBS auf den Unfall vom 03.06.2009 zurückgeführt, die somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung und die Angst- und Depression gemischt jedoch nicht dem Unfall zugeordnet. Die psychischen Beeinträchtigungen hat er mit einer MdE um 30 v.H. bewertet und die Gesamt-MdE auf 50 v.H. eingeschätzt. Zu den hiergegen erhobenen Einwendungen der Beklagten (der Sachverständige habe Angaben des Klägers zu Grunde gelegt, die durch die Akte nicht gestützt würden; bereits das A-Kriterium für die Diagnose einer PTBS sei nicht erfüllt; jetzige Angaben des Klägers widersprüchen zum Teil früheren Ausführungen) hat sich der Sachverständige unter Aufrechterhaltung seines bisherigen Standpunktes ergänzend geäußert.

Mit Urteil vom 08.04.2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat sich dabei auf die Gutachten des Dr. M. und des Dr. D. gestützt und die MdE von unfallchirurgischer Seite angesichts der erhobenen Befunde mit 35 v.H. nicht für zu niedrig erachtet. Die neurologischen Unfallfolgen seien mit einer MdE um 0 v.H. zu bewerten. Eine PTBS als Unfallfolge sei darüber hinausgehend nicht zu berücksichtigen. Insoweit überzeuge das Gutachten des Dr. A. nicht. Denn weder der Unfall selbst noch die vom Kläger als bedrohlich geschilderte Zeitspanne bis er ärztliche Hilfe erhalten habe, erfülle das sog. A1-Kriterium für eine entsprechende Diagnosestellung. Zudem sei nicht ersichtlich, dass der Kläger im Sinne des A2-Kriteriums mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen reagiert habe. Eine derartige Beschreibung des seinerzeitigen Befindens des Klägers finde sich in den medizinischen Unterlagen nicht, obwohl mehrmals konsiliarische psychiatrische Untersuchungen stattgefunden hätten.

Gegen das seinen Bevollmächtigten am 09.05.2014 zugestellte Urteil hat der Kläger am 30.05.2014 beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt und sein Begehren auf Gewährung einer höheren Verletztenrente weiter verfolgt. Zum einen seien seit den Untersuchungen durch Dr. D. und Dr. M. knapp zweieinhalb Jahren vergangen, in denen eine deutliche Verschlimmerung eingetreten sei, weshalb die Gesamt-MdE von chirurgisch-neurologischer Seite mindestens 40 v.H. betrage und zum anderen habe sich das SG zu Unrecht über die Auffassung des Sachverständigen Dr. A. hinweg gesetzt und die diagnostizierte PTBS unberücksichtigt gelassen. Schließlich gehe auch Dr. E. davon aus, dass er an einer PTBS leide.

Der Kläger beantragt (sachdienlich gefasst),

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 08.04.2014 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 23.03.2012 in

der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.03.2012 zu verurteilen, ihm auch ab 01.03.2012 Verletztenrente nach einer MdE um wenigstens 40 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig.

Der Senat hat die behandelnde Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. E. schriftlich als sachverständige Zeugin angehört. Sie hat von Vorstellungen des Klägers seit Januar 2012 (sechs Vorstellungen 2012, sieben 2013, vier 2014, zwei bis März 2015) wegen Angst und depressive Störung gemischt sowie einer PTBS berichtet, wobei durch die Behandlung nur eine minimale Besserung der Symptomatik eingetreten sei. Der Senat hat darüber hinaus das Gutachten der Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie O.-P. auf Grund Untersuchung des Klägers im Oktober 2015 eingeholt. Die Sachverständige hat Unfallfolgen von psychiatrischer Seite verneint und insbesondere keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer PTBS gesehen.

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.

II.

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß den [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers, über die der Senat nach Anhörung der Beteiligten im Rahmen des ihm zustehenden Ermessens gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) entscheidet, ist zulässig; die Berufung des Klägers ist jedoch nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 23.02.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.03.2012 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente nach einer MdE um mehr als 35 v.H. ab 01.03.2012.

Gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vmhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nach [§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#) nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2004, [B 2 U 14/03 R](#) in [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)): Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel.

Unter Anwendung dieser Grundsätze hat das SG gestützt auf die Gutachten des Dr. M. und des Dr. D. zutreffend entschieden, dass die beim Kläger als Folgen des am 03.06.2009 erlittenen Sturzes verbliebenen funktionellen Beeinträchtigungen im Bereich der rechten Schulter mit einer deutlichen Einschränkung der Armvorhebung (Arm rückwärts/vorwärts 30/0/40), der Armseithebung (Arm seitwärts/körperwärts 40/0/20) sowie der Außenrotation unter Heranziehung der unfallmedizinischen Literatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, S. 522/523) nicht die Bewertung mit einer MdE um mehr als 35 v.H. rechtfertigt. Der Senat sieht insoweit deshalb gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück. Soweit der Kläger rügt, das SG habe zu Unrecht angenommen, dass eine funktionelle Ausgestaltung der Beschwerden vorliege und keine Atrophie im Bereich der Schultermuskulatur, hat die Sachverständige O.-P. diese Annahmen des SG ausdrücklich bestätigt. Sie hat im Rahmen des körperlichen Untersuchungsbefundes dokumentiert, dass keine Atrophie erkennbar sei und im psychiatrischen Teil ihrer Ausführungen auf die Neigung des Klägers zu somatoformer Ausgestaltung seiner Symptomatik im Rahmen eines Verdeutlichungsverhaltens sowie den beim Kläger bestehenden Entschädigungswunsch hingewiesen.

Ergänzend zu den Ausführungen des SG weist der Senat darauf hin, dass nach den dargestellten Erfahrungswerten (a.a.O.) eine MdE um 40 v.H. erst erreicht wird, wenn neben einer Schultergelenksversteifung zusätzlich auch eine Versteifung des Schultergürtels vorliegt, was beim Kläger nicht der Fall ist. In Bezug auf die Unfallfolge im Bereich des linken Handgelenks ist zu ergänzen, dass diese keine MdE um zumindest 10 v.H. bedingt. Denn eine solche wird nach der unfallmedizinischen Literatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, S. 543/544) bspw. erst dann erreicht, wenn bei einem Speichenbruch mit Achsabknickung eine Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit um insgesamt 40 Grad vorliegt. Eine Einschränkung in diesem Ausmaß liegt beim Kläger mit den von Dr. M. dokumentierten Messwerten (handrückenwärts/hohlhandwärts: links 50/0/50, rechts 60/0/60; speichenwärts/ellenwärts: links 20/0/40, rechts 30/0/40) aber nicht vor.

Nach alledem rechtfertigen die Unfallfolgen von chirurgischer und neurologischer Seite - diese bedingen als solche ebenfalls keine MdE um 10 v.H. (so Dr. D. , bestätigt durch die gerichtliche Sachverständige O.-P.) - keine höhere MdE als 35 v.H. Schließlich hat auch der Kläger selbst nicht geltend gemacht, dass die MdE für diese Unfallfolgen auf der Grundlage der von Dr. M. und Dr. D. im Dezember 2011 erhobenen Befunde zu niedrig eingeschätzt worden sei. Denn seinen Widerspruch gegen den Bescheid vom 23.02.2012 begründete er nicht mit einer fehlerhaften Bemessung der MdE für die anerkannten Unfallfolgen im Bereich der rechten Schulter und des linken Handgelenks, sondern damit, dass darüber hinaus auch von psychiatrischer Seite Unfallfolgen vorhanden seien, nämlich in Form einer PTBS, die bei der Bemessung der MdE mit zu berücksichtigen sei. In diesem Sinne hat sich der Kläger auch im Klageverfahren geäußert und im Hinblick auf die anerkannten Unfallfolgen lediglich eine nachträglich eingetretene Verschlimmerung geltend gemacht, die Dr. G. in der vorgelegten Bescheinigung vom 15.05.2012 in Form einer Zunahme der Schmerzsymptomatik auf Grund der erfolgten vierwöchigen Rehabilitationsbehandlung bestätigte.

Die von Dr. G. bescheinigte Verschlimmerung rechtfertigt keine Bewertung der Unfallfolgen mit einer MdE um mehr als 35 v.H., insbesondere auch nicht ab einem Zeitpunkt nach Beginn der Verletztenrente. Denn es ist nicht ersichtlich, dass die von Dr. G. beschriebene Verschlimmerung von Dauer gewesen ist. Vielmehr beruhte die von ihm beschriebene, gegenüber der Untersuchung seit Februar/März 2012 aufgetretene Zunahme der Schmerzsymptomatik ersichtlich auf der vom Kläger durchgeführten vierwöchigen Rehabilitationsbehandlung mit EAP, wie dem Zwischenbericht des Dr. D. vom 05.04.2012 (vgl. Bl. 273 VerwA) entnommen werden kann. Darin berichtete dieser, dass die EAP zu einer deutlichen Schmerzzunahme geführt habe, jedoch zunächst abgewartet werden solle und falls keine Schmerzarmut eintrete, eine Vorstellung beim Schmerztherapeuten erfolgen solle. Eine solche Vorstellung erfolgte jedoch nicht. Vielmehr dokumentierte Dr. G. anlässlich der Vorstellungen des Klägers am 11.07.2012 und 06.09.2012 (vgl. Bl. 38 und Bl. 42/43 SG-Akte) wiederum Bewegungseinschränkungen, wie sie bereits Grundlage der Bemessung der MdE durch Dr. M. waren, ohne erneut die zuvor bescheinigte "massive schmerzhafteste Bewegungseinschränkung" zu wiederholen. Erwähnung finden nun lediglich noch das bekannte Schmerzsyndrom, ohne dass das Erfordernis gesehen wurde, die zuvor erwogene schmerztherapeutische Vorstellung zu veranlassen. Im Übrigen könnten diese dokumentierten Bewegungsmaße einer MdE-Beurteilung nicht ohne weiteres zu Grunde gelegt werden. Denn im Rahmen der von der Sachverständigen O.-P. durchgeführten körperlichen Untersuchung demonstrierte der Kläger eine aktive Armhebung von 60 bis 70 Grad, während er im Gespräch, also außerhalb der körperlichen Untersuchung, den Arm bis nahezu 90 Grad hat anheben können (so die Dokumentation der Sachverständigen Bl. 68 LSG-Akten). Der Senat sieht daher keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür, dass seit der gutachtlichen Untersuchung, die Grundlage der Bemessung der MdE um 35 v.H. war, eine dauerhafte erhebliche Verschlimmerung eingetreten sein könnte. Die gegenteilige, im Berufungsverfahren wiederholte Behauptung des Klägers hat dieser nicht begründet und lediglich darauf hingewiesen, dass seit den gutachtlichen Äußerungen von Dr. D. und Dr. M. "knapp zweieinhalb Jahre vergangen" seien. Eine Verschlimmerung lässt sich aus dem bloßen Zeitablauf jedoch nicht ableiten und die Behauptung des Klägers ist durch die erwähnte Dokumentation der Bewegungsfähigkeit im Gutachten der Sachverständigen O.-P. widerlegt.

Eine MdE um mehr als 35 v.H. ist auch nicht deshalb gerechtfertigt, weil die Beklagte bei der Bemessung der MdE Unfallfolgen von psychiatrischer Seite unberücksichtigt ließ. Denn Unfallfolgen von Seiten des psychiatrischen Fachgebietes sind nicht ersichtlich. Der Senat schließt sich in vollem Umfang den Ausführungen der gerichtlichen Sachverständigen O.-P. an. Insbesondere leidet der Kläger nicht an einer PTBS, wie das SG mit zutreffender Begründung entschieden hat. Die Richtigkeit dessen ist durch das vom Senat im Berufungsverfahren eingeholte Gutachten der Sachverständigen O.-P. bestätigt worden. Diese hat für den Senat schlüssig und überzeugend dargelegt, dass diese Diagnose schon deshalb nicht in Betracht kommt, weil es sich bei dem zu Grunde liegenden Ereignis, dem erlittenen Leitersturz, im Sinne des A1-Kriteriums nicht um ein solches handelt, das mit einer schweren Bedrohung des Lebens oder erheblichen Gefahr für die körperliche Unversehrtheit verbunden war und auch nicht ersichtlich ist, dass hierbei im Sinne des A2-Kriteriums beim Kläger eine intensive Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen vorlag. Nichts anderes gilt im Hinblick auf die erstmals bei dem Sachverständigen Dr. A. geltend gemachte Traumatisierung durch den Umstand, dass er am Unfallort zunächst noch auf den Arbeitgeber habe warten müssen, bevor er zu einem Arzt verbracht worden sei. Die insoweit vom Kläger gegenüber Dr. A. angegebenen Todesängste, weil ihm trotz ungeklärter Beschwerden zunächst ärztliche Hilfe verweigert worden sei, hält der Senat nicht für glaubhaft. Denn zum einen zog sich der Kläger bei seinem Sturz, selbst wenn dieser zu einer erheblichen Schmerzsituation im Bereich der Schulter führte, erkennbar keine Verletzung zu, die lebensbedrohlich war und zum anderen ist nicht erkennbar, dass seitens des Klägers in direktem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall eine psychische Betroffenheit bekundet worden wäre, was bei einer Ausprägung in der vom Kläger behaupteten Schwere jedoch zu erwarten gewesen wäre. Schließlich wurde der Kläger mehrmals nach dem Unfall auch von psychiatrischer Seite betreut bzw. untersucht. So erfolgte im Rahmen der im September/Oktober 2009 in der BG-Klinik durchgeführten komplex-stationären Rehabilitation eine psychologische Mitbetreuung, ohne dass im Entlassungsbericht ein auffälliger Befund beschrieben worden wäre, wiederum im Oktober 2009 eine Untersuchung durch Prof. Dr. S. mit einem unauffälligen psychischen Befund und anlässlich der am 29.04.2010 erfolgten Vorstellung in der interdisziplinären Schmerzklinik der BG-Klinik wurde eine psychologische Untersuchung durchgeführt, wobei lediglich psychische Symptome moderater Ausprägung bestanden, für die der Kläger selbst keine Behandlung wünschte. Von Beeinträchtigungen, die auf eine Traumatisierung hinweisen würden, berichtete der Kläger seinerzeit nicht, insbesondere nicht über das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses oder eine Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma assoziiert sind. Zwar gab der Kläger eine phobische Reaktion bezüglich Autofahren, Fahrradfahren und Motorradfahren an sowie für das Besteigen von Leitern, jedoch sprach er nicht überdauernd über weitere Ängste. Nach ihren weiteren Ausführungen hat die Sachverständige anlässlich ihrer Untersuchung auch keine Abflachung der allgemeinen Reagibilität oder Symptome eines erhöhten Arousals gefunden, ebenso wenig eine psychische Abgestumpftheit oder emotionale Anästhesie. Vielmehr ist der Kläger - so die Sachverständige - in der Gutachtensituation in der Lage gewesen, sachlich über die Ereignisse zu berichten, ohne dass eine besondere affektive Beteiligung festzustellen gewesen wäre. Soweit der Sachverständige Dr. A. auf der Grundlage der Angaben des Klägers anlässlich seiner Untersuchung daher eine PTBS diagnostiziert hat, überzeugt dies nicht. Schließlich hat die Sachverständige anlässlich ihrer Untersuchung eine Neigung zu einer somatoformen Ausgestaltung der Symptomatik im Rahmen eines Verdeutlichungsverhaltens und einer Persönlichkeitsakzentuierung mit dissoziativen Zügen - ohne eigentlichen Krankheitswert - gefunden. Auch hat sie darauf hingewiesen, dass der Kläger erst nach der Thematisierung psychischer Unfallfolgen durch Dr. D. im Dezember 2011 psychiatrische Hilfe durch Inanspruchnahme von Dr. E. im Januar 2012 suchte. Allerdings führte diese weder eine antidepressive oder entängstigende Therapie durch und die Vorsprachen bestanden - so die Angaben des Klägers gegenüber der Sachverständigen - nur in kurzen Kontakten, die zudem, wie den Angaben der Dr. E. gegenüber dem Senat zu entnehmen ist, mit jährlich seit 2012 sechs, sieben bzw. vier Vorstellungen auch nicht engmaschig waren. Auf schwerwiegende unfallbedingte psychische Beeinträchtigungen weist all dies nicht hin, insbesondere auch nicht auf eine - wie von Dr. E. diagnostiziert - PTBS, die mangels Einleitung einer Therapie unbehandelt geblieben wäre. Damit sind Unfallfolgen von psychiatrischer Seite zu verneinen, insbesondere das Vorliegen einer PTBS. Das SG ist daher zutreffend nicht dem Gutachten des Sachverständigen Dr. A. gefolgt, der im Übrigen auch die von ihm diagnostizierte somatoforme

Schmerzverarbeitungsstörung und die von ihm und Dr. E. diagnostizierte Angst und Depression gemischt nicht im Zusammenhang mit dem Unfall gesehen hat.

Die Berufung des Klägers kann nach alledem keinen Erfolg haben.

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

Für die Zulassung der Revision besteht keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-07-29