

## L 2 U 418/00

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 23 U 428/95

Datum

25.08.2000

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 418/00

Datum

26.03.2003

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 186/03 B

Datum

24.06.2003

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 25.08.2000 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die am 1957 geborene Klägerin erlitt am 26.08.1993 einen Verkehrsunfall.

Der Durchgangsarzt, Chirurg Dr.B. , diagnostizierte am gleichen Tag eine HWS-Distorsion (Erdmann I). Die Klägerin gab Klopfschmerz über der Halswirbelsäule, Kopfschmerzen und Pelzigkeitsgefühl im linken Arm bis in die Finger an. Der Allgemeinarzt Dr.P. berichtete am 20.09.1993, es bestehe jetzt eine Parästhesie im linken Arm mit Kraftlosigkeit der Hand. Im Bezirkskrankenhaus G. wurde am 21.09.1993 auf sensible Störungen der Hand hingewiesen, am 22.09. wurden vegetative Erscheinungen im Arm (Sudeck) erwähnt und eine Stellatumblockade durchgeführt; nach 1 1/2-stündiger Besserung traten die Beschwerden wieder unvermindert auf. Am 05.10.1993 bestanden weiterhin vegetative Erscheinungen. Eine Myelographie und ein Myelo-CT hätten keinen Nachweis eines Bandscheibenvorfalles erbracht. Der Radiologe Dr.W. erklärte nach Röntgenuntersuchung vom 02.09.1993, es ergebe sich kein Nachweis einer Fraktur oder einer Subluxation. Es bestünden mäßige Veränderungen nach einem in der Jugend durchgemachten Morbus Scheuermann und eine leichte rechtskonvexe Achsenabweichung der Brustwirbelsäule. Am 27.08.1993 suchte die Klägerin den Allgemeinarzt Dr.S. auf und klagte über zunehmende Schwäche und Pelzigkeit im linken Arm und in der Hand. Er überwies sie an den Neurologen Dr.W. , der nach Untersuchung am 27.08.1993 äußerte, es handele sich offensichtlich nur um eine HWS-Zerrung mit Schwindelsymptomatik und eventuell eine leichte Zerrung des Armplexus mit vegetativem Beschwerdebild ohne neurologisches Defizit. Erst Stunden nach dem Unfall sei es zu intensiver Schmerzsymptomatik im Nacken-Schulterbereich links, über Nacht auch zu einem zunehmenden Pelzigkeitsgefühl an der linken Hand, Kälteparästhesien und Schwindel gekommen.

Aus den beigezogenen Unterlagen der AOK München ergeben sich Arbeitsunfähigkeitszeiten 1989/90 wegen Sehnenverletzung/Tendovaginitis Unterarm links, 1990/91 Bandscheibenprolaps, Zustand nach Kieferluxation beiderseits, Mai 1991 Commotio cerebri, HWS-Syndrom, Migräne, Juni 1991 Zustand nach Commotio cerebri, HWS-Syndrom, Juli/August 1991 psychischer Erschöpfungszustand, depressiver Verstimmungszustand.

Am 11.10.1993 bestätigte Dr.P. eine zunehmende Parese und Sensibilitätsstörung linksseitig.

Der Radiologe Dr.P. erklärte in der Beurteilung der Kernspintomographie der Halswirbelsäule vom 22.09.1993, eine direkte Traumafolge sei nicht sichtbar. Das Segment HWK 3/4 sei unauffällig.

Der Neurochirurg Prof.Dr.R. vom Bezirkskrankenhaus G. führte im Bericht vom 05.10.1993 zusammenfassend aus, die linke Hand sei livide verfärbt und kalt, was im Sinne einer Sudeckschen Dystrophie zu sehen sei. Die Röntgenaufnahmen zeigten aber keinen Anhalt für einen Sudeck. Für den gesamten linken Armplexus sei im EMG keine aktive Denervierung nachzuweisen. Auffällig im Gegensatz dazu stünde die minimale Innervation der meisten Muskeln. In der Dopplersonographie sei keine Minderdurchblutung nachzuweisen.

Im Gutachten vom 09.02.1994 erklärte der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr.D. , die Klägerin gebe an, ihr sei an der Unfallstelle aufgefallen, dass der linke Arm taub gewesen sei, auch hätten sich Schmerzen am Brustkorb, linken Oberarm und an der Halswirbelsäule eingestellt sowie Kopfschmerzen. Jetzt seien eine Kräfteeinschränkung nahezu aller Muskelgruppen des Arms im Vergleich zur gesunden

rechten Seite zu verzeichnen, auch vegetative Störungen mit Unterkühlung und bläulicher Verfärbung. Umschriebene Muskelatrophien wären aber nicht zu finden. Auffällig sei eine als psychogen imponierende Schwankneigung. Der elektromyographische Befund ergebe keine Hinweise für eine Schädigung zervikaler Nervenwurzeln, der Halswirbelsäule bzw. des oberen Armplexus, auch eine Schädigung des Nervus medianus könne nicht nachgewiesen werden. Bei dem Unfall sei es zu einem HWS-Distorsionstrauma leichteren Grades gekommen. Im Rahmen der angegebenen Schulterprellung sei eine leichte Armplexuszerrung anzunehmen, durch die die bald nach dem Unfall aufgetretenen vegetativen Erscheinungen erklärbar seien. Für eine substantielle Armplexusschädigung habe sich nie ein Anhaltspunkt ergeben, auch sei eine Läsion zervikaler Nervenwurzeln mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen. Das jetzt durchgeführte Kernspintomogramm des Schädels ergebe keine Anhaltspunkte für posttraumatische Residuen. Im Bezirkskrankenhaus G. hätten die Röntgenaufnahmen keine für einen Morbus Sudeck typischen Veränderungen gezeigt, sodass diese Diagnose nicht gestellt werden könne. Die aktuelle Symptomatik sei in erster Linie als psychogen verursacht anzusehen. Zu vegetativen Störungen, wie sie heute vorlägen, könne es auch allein durch ständige Minderbelastung kommen, die auch die Ursache für schmerzhaft sekundäre Gelenkveränderungen sein könne. Eine wesentliche Rolle dürften unbewusste Vorgänge spielen. Das Unfallereignis könne Anlass gewesen sein, dass sich bei anfänglicher Schmerzsymptomatik und vegetativer Irritation unbewusst im Sinne einer neurotischen Konversions symptomatik eine Armparese mit entsprechendem Krankheitsgewinn ausgebildet habe. Die diagnostischen Kriterien einer sog. posttraumatischen Belastungsreaktion seien nicht erfüllt. So werde das Unfallereignis von der Klägerin jetzt nicht mehr als bedrohlich empfunden. Auch in Anbetracht der aus den Unterlagen zu entnehmenden vorbestehenden Neigung zu einem nervösen Erschöpfungszustand bzw. depressiver Verstimmung erscheine die Annahme gerechtfertigt, dass das Unfallereignis nicht wesentliche Bedingung für das Auftreten der Armparese gewesen sei. Vielmehr sei davon auszugehen, dass der Unfall eine Gelegenheitsursache darstelle. Eindeutig unfallabhängige Erkrankungen könnten nicht diagnostiziert werden. Die HWS-Distorsion mit wahrscheinlicher Irritation des Armplexus habe keine Komplikationen hinterlassen. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit werde auf maximal sechs Wochen eingeschätzt.

Im Bericht vom 21.01.1994 führte der Neurochirurg Prof. Dr.R. aus, es habe sich ein spannungsbedingter Schulterhochstand links gezeigt, neurologisch ohne Hinweis für eine Parese. Der Nervenarzt Dr.H. erklärte, es bestehe eine ausgeprägte Diskrepanz der Befunde. Die gezeigte Parese linksseitig sei mit keiner Atrophie verbunden, die Eigenreflexe seien erhalten, es bestünde keine Spastik. Auffallend seien die ausgeprägten vegetativen Störungen, der übrige Befund sei sehr verdächtig auf psychogene Überlagerung, möglicherweise im Sinne einer Konversionsneurose.

Der Chirurg Dr.M. kam im Gutachten vom 11.03.1994 zusammenfassend zu dem Ergebnis, zwar gebe die Klägerin an, der linken Arm könne kaum bewegt werden und ihre Bewegungen seien kraftlos. Eine Muskelverschmächtigung könne aber nicht festgestellt werden. Das Reflexverhalten sei völlig normal, die Durchblutung intakt. Eine Sudecksche Dystrophie könne ausgeschlossen werden. Eine chirurgisch-orthopädische Ursache für die mangelnde Gebrauchsfähigkeit des linken Arms könne nicht gefunden werden. Auch der beigezogene Neurologe Dr.N. habe auf neurologischem Fachgebiet keinerlei Unfallfolgen feststellen können. Man könne davon ausgehen, dass sowohl die Prellung des linken Armes als auch die Zerrung der Halswirbelsäule mit dem Schweregrad I nach sechs, höchstens zwölf Wochen folgenlos ausgeheilt seien. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sei deshalb bis 30.11.1993 anzuerkennen.

Mit Bescheid vom 09.05.1994 erkannte die Beklagte den Unfall vom 26.08.1993 als Arbeitsunfall an. Ein Anspruch auf Rente bestehe nicht, da der Arbeitsunfall eine MdE in messbarem Grad über die 13. Woche hinaus nicht hinterlassen habe. Als Folgen des Arbeitsunfalles wurden anerkannt: folgenlos verheilte Zerrung der Halswirbelsäule I. Grades und Prellung des linken Oberarmes mit einem kleinen Muskelfaserriss. Nicht anerkannt als Folge des Arbeitsunfalles wurde die Gebrauchseinschränkung des linken Armes im Sinne einer Lähmung. Die Anerkennung unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit über den 30.11.1993 hinaus werde abgelehnt.

Mit Bescheid vom 26.05.1994 wurde Verletztengeld bis 30.11.1993 bewilligt; der Vorschuss von 40.000,00 DM sei davon abzusetzen.

Mit Widerspruch vom 27.05.1994 wandte sich die Klägerin gegen den Bescheid vom 09.05.1994.

Mit Widerspruch vom 17.06.1994 wandte sie sich gegen den Bescheid vom 26.05.1994.

Die Klägerin übersandte ein Gutachten der Neurochirurgen Prof. Dr.R. und Dr.S. vom 30.12.1994, in dem ausgeführt wurde, es liege eine eindeutige klinische Manifestation einer sympathischen Reflexdystrophie (Sudecksyndrom) vor, denn es bestünden spontaner und bewegungsabhängig verstärkter Schmerz, verminderte Sensibilität, aufgehobenes Vibrations- und Temperaturempfinden, die aktive Beweglichkeit sei nahezu aufgehoben, die Muskelkraft vermindert. Eine Störung des autonomen Nervensystems zeige sich in einer Durchblutungsverminderung mit bläulich-livider Verfärbung, marmorierter Haut und herabgesetzter Temperatur. Nach neueren Erkenntnissen sei eine röntgenologisch fassbare knöcherne Veränderung im Rahmen der sympathischen Reflexdystrophie nicht unbedingt zwingend vorhanden, in aller Regel trete diese erst in einem späteren Stadium der Krankheit ein. Auch Dr.D. beschreibe typische Befunde des Sudecksyndroms. Spätestens am Tag nach dem Unfall hätten bei der Klägerin bereits Zeichen, die auf eine Armplexuszerrung und eine Störung des vegetativen Nervensystems hingewiesen hätten, bestanden. Vor diesem Ereignis sei die Klägerin völlig beschwerdefrei gewesen, eine Bagatellverletzung aus dem Jahre 1989 sei folgenlos abgeheilt gewesen. Die MdE sei zurzeit mit 70 v.H. einzuschätzen. Seit dem Unfall sei die Klägerin arbeitsunfähig.

Hierzu erklärte Dr.M. in der Stellungnahme vom 01.03.1995, der von Dr.S. zitierte Dr.B., dessen Ansichten nicht ganz unumstritten seien, stelle in den Mittelpunkt der Krankheitsbeschreibung in erster Linie den Schmerz. Schmerz sei von der Klägerin weder bei den Untersuchungen im Krankenhaus G. noch bei Dr.D. und Dr.H. erwähnt worden. Ebenso habe die Klägerin bei Dr.M. Schmerzen nicht in den Vordergrund gestellt. Eine exakte Hautmessung, die allein einen Temperaturunterschied belegen könne, habe Dr.S. nicht durchgeführt. Unabdingbar sei ein halbes Jahr nach dem Unfall eine tropische Störung der Haut zu fordern, die aber weder durch Dr.M. noch bei der Untersuchung durch Dr.D. oder Dr.S. nachweisbar gewesen sei. Gerade diese Veränderungen seien aber für eine Sudecksche Dystrophie charakteristisch. Die Skelettveränderungen im Röntgenbild würden von Dr.S. als nicht zwingend nach sechs Monaten beurteilt, bei seiner Untersuchung, ein Jahr nach dem Unfall, hätten sie jedenfalls vorhanden sein müssen. Dr.S. habe aber eine entsprechende Untersuchung nicht durchgeführt.

Dr.D. äußerte in der Stellungnahme vom 27.02.1995, im Bericht vom 21.01.1994 werde die Klägerin als stark angespannt und nervös

beschrieben. Auch würden Diskrepanzen zwischen dem Ausmaß der Parese während der Untersuchung und in einem unbeobachteten Moment angegeben; dies spreche für eine Psychogenese oder zumindest psychische Mitbeteiligung. Das Unfallereignis dürfte mit Wahrscheinlichkeit in einer Dauerstresssituation der Klägerin stattgefunden haben. Im Übrigen werde in diesem Bericht die ausdrückliche Diagnose einer Reflexdystrophie nicht gestellt. Die für einen Morbus Sudeck typischen Knochenumbauvorgänge seien nicht gesichert. Bei Berücksichtigung der Gesamtkonstellation sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die jetzt noch bestehenden Beschwerden im Wesentlichen nicht unfallabhängig seien.

Mit Widerspruchsbescheid vom 31.05.1995 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 26.05.1994 zurück. Die Verletztengeldabrechnung sei korrekt erfolgt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 31.05.1995 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 09.05.1994 zurück. In Hinblick auf die Stellungnahmen von Dr.M. und Dr.D. bestehe kein Anlass zur Abänderung des Bescheides.

Gegen die Bescheide vom 09.05.1994 und 26.05.1994, jeweils in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 31.05.1995, hat sich die Klage vom 05.07.1995 gerichtet, mit der die Klägerin die Anerkennung weiterer Folgen des Arbeitsunfalls, nämlich Zerrungsverletzung der Halswirbelsäule sowie Schulterprellung links, leichte Zerrung des Plexus brachialis links, sympathische Reflexdystrophie, die zu einer nahezu aufgehobenen Gebrauchsfähigkeit des gesamten linken Armes im Sinne einer Lähmung geführt habe, geltend machte, außerdem die Zahlung von Verletztengeld in Höhe von 172.266,24 DM und Verletztenrente.

Die Klägerin hat ein Schreiben des Privatdozent Dr.B. vom 19.07.1995 übersandt, der nach Untersuchung der Klägerin ausgeführt hat, diagnostisch entspreche die Situation dem Restzustand einer initial durch das HWS-Schleudertrauma ausgelösten sympathischen Reflexdystrophie, die allerdings in besonderer Weise mit kalter Haut begonnen habe. Inzwischen scheine ein kompressives Moment hinzugekommen zu sein, sicher bewirkt durch die Handgelenkstütze. Der Zusammenhang zwischen der initialen Symptomatik und dem Trauma sollte anerkannt werden; das jetzige Bild in seiner komplexen Form sei als Folgeerscheinung anzusehen.

Das SG hat die Gutachten des Neurologen Dr.M. , des Psychiaters Dr.R. , des Neuropsychiaters Prof.Dr.W. und des Neurochirurgen Dr.K. , eingeholt im rentenversicherungsrechtlichen Streitverfahren vor dem SG München, beigezogen. Dr.M. hat ausgeführt, es hätten sich keine Änderungen der Befunde im Vergleich zu den Voruntersuchungen bei Dr.D. , Dr.H. und Dr.S. ergeben. Bei den vegetativen Störungen dürfte es sich um den Folgezustand einer sympathischen Reflexdystrophie handeln. Keineswegs erklären ließen sich jedoch die massiven sensomotorischen Ausfälle der gesamten linken oberen Extremität; für die nahezu vollständige Lähmung des linken Armes fände sich keine Erklärung. Es müsse daher eine funktionelle Lähmung vorliegen. Es handle sich um eine Konversionsneurose. Der Psychiater Dr.R. hat ausgeführt, bei Abwesenheit nachweisbarer organischer Ursachen sei am ehesten von einer konversionsneurotischen Störung auszugehen aufgrund einer in der Persönlichkeitsstruktur der Klägerin verankerten Reaktionsbereitschaft im Sinne einer neurotischen Reaktion auf die Folgen des Unfalls. Dr.K. hat geäußert, es handle sich um ein leichtes HWS-Schleudertrauma, das keine bleibenden Schäden hinterlassen habe. Das Fehlen neurologischer Störungen einen Tag nach der Verletzung schließe eine neurologisch relevante Schädigung des Armnervengeflechtes aus. Alle elektrophysiologischen Untersuchungen wären, die linke Hand und den linken Arm betreffend, stets normal gewesen, lediglich bei einer Untersuchung hätte sich eine minimale Norm-Abweichung gezeigt. Eine wesentliche Atrophie der Muskulatur des Armes sei nicht festzustellen, ebenso seien die Muskeleigenreflexe völlig normal erhalten. Die passive Beweglichkeit sei nicht wesentlich eingeschränkt. Zwar habe die Klägerin unbestreitbar bereits früh nach dem Unfall eindeutige klinische Zeichen gezeigt, die die Diagnose einer sympathischen Reflexdystrophie nahegelegt hätten, die schweren neurologischen Störungen seien jedoch durch die sympathische Reflexdystrophie nicht erklärbar. Hierfür müsse eine funktionelle sensomotorische Lähmung angenommen werden. Die vermutlich vorgelegene sympathische Reflexdystrophie spiele für den weiteren Krankheitsverlauf eine untergeordnete Rolle. Sie führe zu einer MdE von unter 10 v.H. Als zentrale Diagnose sei die funktionelle Lähmung mit sensomotorischer Störung des linken Armes zu sehen.

Der vom SG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Chirurg Dr.L. hat im Gutachten vom 29.03.2000 zusammenfassend ausgeführt, unter Berücksichtigung der Bilddokumente sei allenfalls von einer geringgradigen Weichteilzerrung der Halswirbelsäule auszugehen. Selbst die anfänglich diagnostizierte Steilstellung könne nicht nachvollzogen werden. Halswirbelsäulenzerrungen ohne strukturelle Gewebeschäden heilten innerhalb weniger Wochen ohne Folgen aus. Gegen die Diagnose einer sympathischen Reflexdystrophie am linken Arm spreche der zeitliche Verlauf. Die Symptomatik habe bereits wenige Stunden nach dem Ereignis begonnen. Üblicherweise manifestiere sich diese Erkrankung immer in einer Spanne von mehreren Tagen bis zu wenigen Wochen. Auch liege nicht der typische stadienhafte Verlauf vor, sondern ein progredienter Verlauf. Insbesondere fehlten narbig-fibröse Gewebsveränderungen vollständig. Es fänden sich keine Muskelkontrakturen oder Einsteifungen von Gelenken. Vielmehr bestehe eine schlaffe Gelenkatrophie, die plausibler als Folge der jahrelangen Inaktivität erklärt werden könne. Auf unfallchirurgischem Fachgebiet sei bei der Klägerin als Unfallfolge eine Nackenmuskelzerrung und eine Schulterprellung festzustellen, eine MdE ergebe sich hieraus nicht.

Der vom SG zum weiteren ärztlichen Sachverständigen ernannte Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr.K. hat im Gutachten vom 10.06.2000 ausgeführt, es seien keine Anhaltspunkte dafür gegeben, dass es im Rahmen des Unfalls zu einer peripheren Nervenschädigung gekommen sei. Das Vorliegen einer Plexusschädigung sei wenig wahrscheinlich, da sich in der Folgezeit nie funktionsrelevante Befunde hätten ermitteln lassen. Am ehesten sei davon auszugehen, dass es sich im weitesten Sinne um eine konversionsneurotische Störung handle. Typische Röntgenbefunde, die für eine Sudecksche Dystrophie sprechen würden, seien zu keinem Zeitpunkt mitgeteilt worden. Es sei bekannt, dass Dr.B. seine Diagnosen hauptsächlich auf die subjektive Symptomatik stütze. Diese lasse natürlich immer einen sehr breiten Interpretationsspielraum zu. Eine MdE messbaren Grades über die 13. Woche hinaus habe aus nervenärztlicher Sicht nicht bestanden.

Mit Urteil vom 25.08.2000 hat das SG die Klage abgewiesen und sich dabei im Wesentlichen auf die Ausführungen von Dr.K. und Dr.L. gestützt.

Zur Begründung der Berufung erklärt die Klägerin, auch ohne eine direkte Verletzung eines peripheren Nervs könne das Sudecksche Syndrom entstehen.

Sie hat eine Stellungnahme des Neurologen Dr.P. vom 16.02.2001 übersandt, in der dieser angibt, die Befunde objektivierten eine organische Funktionsstörung der vegetativen Nervenversorgung. Sie seien in zeitlichem Zusammenhang mit dem Unfall vom 26.08.1993

aufgetreten und Folge eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms. Das völlige Fehlen des Schmerz- und Temperaturempfindens sei glaubwürdig, das fehlende Vibrationsempfinden und das stark eingeschränkte Berührungsempfinden seien kaum erklärbar. Die vollständige Lähmung sei allerdings extrem ungewöhnlich. Eine Schädigung der primären motorischen Bahnen des peripheren Nervensystems oder des Rückenmarks sei unwahrscheinlich, da keine relevanten Muskelatrophien nachzuweisen seien. Es handle sich um eine funktionelle Lähmung in dem Sinne, dass es die Klägerin verlernt habe, mit einer ständig schmerzenden Extremität aktiv umzugehen. Insofern sei es wahrscheinlich, dass auch die komplette motorische Funktionslosigkeit des linken Armes eine pathophysiologische Folge des unfallbedingten komplexen regionalen Schmerzsyndroms und damit als Unfallfolge anzuerkennen sei.

Weiter hat die Klägerin eine Stellungnahme des Neurologen Dr.B. vom 05.04.2001 übersandt. Eine vegetative Innervationsstörung stehe außer Zweifel, die Beschwerden seien objektivierbar und charakteristisch. Das völlige Fehlen des Schmerz- und Temperaturempfindens sei glaubwürdig. Das Auftreten der hochgradigen Lähmungserscheinung sei im Ausmaß der Ausprägung sehr ungewöhnlich. Es müsse sich wohl um eine funktionelle Lähmung handeln, die durch die ständigen Schmerzen in Gang gekommen sei.

Der vom Senat auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 SGG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Chirurg Dr.T. hat im Schreiben vom 27.04.2001 mitgeteilt, der Gutachtensauftrag falle nicht in sein Fachgebiet. Aus seinen Aufzeichnungen könne er nicht ersehen, dass er spontan geäußert habe, es würden bei der Klägerin die typischen Symptome einer Sudeckschen Erkrankung vorliegen. Er habe die Klägerin lediglich wegen einer Erkrankung der rechten Hand zu einer neurologischen Untersuchung überwiesen. Eine erneute gutachterliche Stellungnahme könne nur durch einen erfahrenen Unfallchirurgen unter Hinzuziehung eines Neurologen oder Neurochirurgen erfolgen.

Daraufhin wurde auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 SGG der Neurologe Dr.P. zum ärztlichen Sachverständigen ernannt. Im Gutachten vom 25.11.2001 kam Dr.P. zu dem Ergebnis, bei der Klägerin sei es durch den Unfall zu einer traumatischen Halsmarkskontusion gekommen mit Schädigung der Nervenfasern für die Schmerz- und Temperaturempfindung und dadurch zur Entwicklung eines zentralen Schmerzsyndroms, einer posttraumatischen Dystonie und eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms Typ II, außerdem zu einer funktionellen motorischen Gebrauchsunfähigkeit der linken oberen Extremität im Rahmen des Kausalgie-Dystonie-Syndroms. Bereits unmittelbar nach dem Unfall hätten Gefühlsstörungen im linken Arm bestanden. Diese Symptomatik sei Ausdruck einer unfallbedingten Quetschung des Halsrückensmarks. Die Region sei besonders relevant für die Vermittlung des Schmerz- und Temperaturempfindens. In der Folgezeit habe sich ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) entwickelt, das man früher mit Morbus Sudeck bezeichnet habe. Der Einwand Dr.L. , dass die Symptomatik schon in den ersten Stunden nach dem Trauma begonnen habe, gelte nicht für das bei der Klägerin vorliegende CRPS Typ II. Die Verspannungen der Schultergürtelmuskulatur und der Schulterhochstand entsprächen einer Dystonie im Rahmen des CRPS. Die praktisch vollständige Lähmung sei schwieriger zu erklären. Nervenbahnen und Muskeln seien intakt, es bestehe kein Muskelschwund. Aus der Schmerzforschung sei bekannt, dass länger anhaltende Schmerzen im Rückenmark an der Stelle, an der die Schmerzinformationen das Rückenmark erreichten, zu krankhaft veränderten Nervenzellverschaltungen führen könnten, die wiederum bewirken könnten, dass Patienten selbst dann noch Schmerzen empfinden, wenn die eigentliche Schmerzursache gar nicht mehr bestehe. Man bezeichne dies als Schmerzgedächtnis. Wahrscheinlich entstünden die Symptome des CRPS analog zum Schmerzgedächtnis durch krankhafte Nervenzellverschaltungen. Motorische Symptome könnten bei einem CRPS vorkommen, derartig schwere Lähmungen seien aber nicht zweifelsfrei darauf zu beziehen; eine psychische Mitursache sei möglich. Die Frage, inwieweit die völlige subjektive Lähmung durch unfallunabhängige psychische Mechanismen verursacht werde, sei gutachtlich nicht zu beantworten. Die Sensibilitätsstörungen, Schmerzen und die Fehlstellung des Schultergelenks allein reichten aber für die Feststellung der weitgehenden Gebrauchsunfähigkeit der Hand hin. Die MdE sei mit 60 v.H. einzuschätzen.

Hierzu übersandte die Beklagte eine Stellungnahme des Dr.K. vom 15.02.2002, in der Dr.K. ausführte, eine Sensibilitätsstörung, wie sie Dr.P. annehme, setze eine Schädigung voraus, bei der ausschließlich das Schmerz- und Temperaturempfinden, nicht aber das Berührungs- und Vibrationsempfinden betroffen seien. Die von der Klägerin angegebenen Sensibilitätsstörungen betrafen aber auch das Berührungs- und Vibrationsempfinden. Bei der Begutachtung durch Dr.K. habe die Klägerin völlig anders geartete Sensibilitätsstörungen angegeben als bei Dr.P. ... Auch bei früheren Untersuchungen seien die Angaben ganz unterschiedlich gewesen. Dies spreche gegen eine organische Ursache. Dr.P. stelle ein vermindertes Schwitzen der linken Hand fest. Beim CRPS weise die betroffene Extremität im Gegenteil eine Hyperhidrose auf. Zudem seien bei der Klägerin wiederholte Stellatumblockaden erfolgt, die in der Lage seien, die vegetativen Störungen zu erklären. Im Übrigen sei darauf hinzuweisen, dass - wenn tatsächlich eine komplette Lähmung des linken Armes bestünde - innerhalb kürzester Zeit mit Verschmächtigung der Muskelgruppen zu rechnen wäre. Dass dies nicht der Fall sei, spreche dafür, dass der linke Arm wesentlich besser eingesetzt werde, als bei den gutachterlichen Untersuchungen.

Der vom Senat zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr.H. führte im Gutachten vom 28.06.2002 aus, nachdem die Klägerin bei der jetzigen Untersuchung angebe, dass sie in der Nacht nach dem Unfall erbrochen habe, könne es auch zu einer Schädelprellung mit Commotio cerebri gekommen sein, die als Mitauslöser bzw. modifizierendes Element eines CRPS zu bedenken sei. Zu diskutieren sei auch eine Schädigung im Bereich von Halsmark oder der peripheren Nerven des linken Armes. Zu Dr.K. Annahme, dass eine dissoziierte Empfindungsstörung die intakte Empfindung von Berührung und Vibration voraussetze, sei zu sagen, dass durchaus neben Schmerz- und Temperaturempfindung auch Berührungs- und Vibrationsempfinden betroffen sein könnten. Zu den objektiven, für das Vorliegen des CRPS sprechenden Befunden gehöre auch das Fehlen des Potenzials N 13 A, wie es Dr.P. festgestellt habe. Daher bestehe kein Zweifel an der Echtheit der Sensibilitätsstörungen, trotz der zeitweisen nicht nachvollziehbaren Ausweitung der sensiblen Beeinträchtigung. Zu den objektiven Befunden gehöre auch die Schwellung der Hand. Der linke Unterarm und die linke Hand seien auch deutlich kühler. Ebenso deutlich sei die stark verminderte Schweißsekretion. Die Unterschiedlichkeit der auftretenden Störungen im Bereich des vegetativen Nervensystems zeige, warum die Syndrome einer CRPS so kontrovers diskutiert würden. Es bestehe kein Zweifel an der Diagnose einer sympathischen Reflexdystrophie. Die vegetativen Störungen seien auch nicht, wie es Dr.K. annehme, auf die Stellatumblockaden zurückzuführen, sie seien schon vorher vorhanden gewesen, und erfahrene Neurochirurgen könnten solche Therapien ohne Setzung von Dauerschäden durchführen. Es finde sich auch kein Hinweis darauf, dass bei der Klägerin eine Persönlichkeitsstruktur vorliege, die schon vor dem Unfall dazu prädestiniert habe, seelische Konflikte in körperliche Störungen umzuwandeln. Der für 1991 diagnostizierte psychische Erschöpfungszustand und depressive Verstimmungszustand sei durch eine damalige Häufung von Belastungen verursacht gewesen. Eine manifeste neurotische Störung sei aber vor dem Unfall nicht vorhanden gewesen. Der Unfall sei die wesentliche Bedingung für die jetzige Symptomatik. Ein wesentlicher kausaler Teilaspekt sei die schmerzbedingte Schonhaltung. Dass trotz mangelnder Muskelaktivität keine Atrophie am linken Arm eingetreten sei, hänge mit dem anhaltend hohen Tonus der Nacken-, Schulter- und Oberarmmuskulatur zusammen. Es sei auch im EMG eine abnorme Daueraktivität von zwei die Schulter hebenden Muskeln festgestellt. Als

Unfallfolgen seien eine sympathische Reflexdystrophie und eine dissoziative Bewegungsstörung des linken Armes gegeben, die zu einer MdE von 50 v.H. führten.

Der vom Senat zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr.F. führt im Gutachten vom 26.07.2002 aus, passiv sei in der linken Schulter kein nennenswerter Funktionsverlust festzustellen. Radiologisch zeigten sich minimale Verschleißerscheinungen im rechten Schultergelenk, links keine Gesundheitsstörungen. Das Gelenk sei nicht demineralisiert, was bei völliger Gebrauchsunfähigkeit zu erwarten wäre. Die Klägerin bewege auch die übrigen Armgelenke links aktiv nicht, passiv sei kein Funktionsverlust feststellbar. Die rechte Hand sei mäßig, die linke nicht beschwilt. Messtechnisch sei der linke Arm am Ober- und Unterarm um 1 cm dünner als der rechte, womit physiologische Verhältnisse vorlägen. Beim Rechtshänder bestünden praktisch immer Umfangsdifferenzen bis max. 2 cm zu Gunsten des rechten Armes. Die Zwangshaltung des Rumpfes erkläre sich nicht durch Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Gebiet. Es liege eine geringe Funktionsstörung der Halswirbelsäule vor. Die Annahme einer verletzungsbedingten Gefügestörung scheidet aus. Die Sudecksche Erkrankung manifestiere sich auf orthopädischem Gebiet durch Ödeme, Temperaturdifferenzen, gestörte Schweißsekretion, Verfärbung und fleckige Demineralisierung des Skelettsystems; alle diese Symptome ließen sich nicht verifizieren. Der Kalksalzgehalt der linken Schulter einschließlich des Oberarms sei nicht reduziert, es lägen auch nicht die Symptome des autonomen Nervensystems vor. In Übereinstimmung mit den radiologischen und kernspintomographischen Befunden sei von einer abgelaufenen Distorsion des Schweregrades I der HWS auszugehen, die nach maximal sieben Wochen folgenlos verheile, sodass jetzt Folgen des Unfalls auf orthopädischem Gebiet nicht mehr festzustellen seien.

Die Beklagte übersandte eine weitere Stellungnahme des Dr.K. vom 17.09.2002. Dr.K. verwies auf Dr.F. Äußerungen, dass sich weder Ödeme noch Temperaturdifferenzen, gestörte Schweißsekretion, Verfärbung, fleckige Demineralisierung des Skelettsystems nachweisen ließen. Dr.H. diagnostiziere eine dissoziative Bewegungsstörung des linken Armes, also ein rein psychogenes Symptom. Dem könne unter Berücksichtigung der objektiven Befunde nicht zugestimmt werden. Es sei nicht anzunehmen, dass die Klägerin den linken Arm tatsächlich so schone, wie sie es gegenüber den Gutachtern angebe, denn sonst seien bei völligem Funktionsverlust röntgenologische Veränderungen zu erwarten oder trophische Störungen, wie sie allerdings nicht vorlägen. Die Diagnose einer Konversionsneurose sei nicht nachvollziehbar, da dies zur Bedingung haben würde, dass es sich um einen Lähmungstyp handle, der kontinuierlich bestehe und nicht nur bestimmten Situationen vorbehalten bleibe. Bereits 1994 sei im Krankenhaus G. auf eine deutliche Diskrepanz der zwischen der Untersuchung demonstrierten Lähmung und dem Einsatz des linken Armes bei Nichtbeobachtung hingewiesen worden. Soweit bei der Klägerin temporär für das Sudecksyndrom typische Symptome vorgelegen hätten, wie z.B. Schweißsekretions- und Temperaturstörungen, seien diese mit Sicherheit auf die Stellatumblockaden zurückzuführen und nicht im Sinne einer Sudeckschen Dystrophie zu interpretieren.

Dr.H. hat am 04.12.2002 darauf hingewiesen, dass die Schwellung und Verfärbung der Hand fotografisch dokumentiert seien. Außerdem wies er auf das Fehlen des Potenzials N 13 A, den sympathischen Hautreflex, die stark verminderte Schweißsekretion und die Differenz der objektiven Temperaturmessung hin. Hierbei handle es sich um völlig objektive Befunde. Durch Stellatumblockaden könne es zwar zu vorübergehender Schmerzausschaltung kommen, von einer anhaltenden Schädigung von Schweißsekretion und Temperaturregulation sei aber in der wissenschaftlichen Diskussion nie die Rede. Der Residualzustand eines CRPS sei nicht der Grund, warum die MdE auf 50 v.H. eingeschätzt werde, sondern die Bewegungseinschränkung gravierenden Ausmaßes auf dem Boden einer dissoziativen Bewegungsstörung. Diese Bewegungsstörung sei nicht vorgetäuscht, wenn sie auch nicht immer ganz unbewusst abliefe. Da sich die Klägerin schon vor dem Unfall in einer schwerwiegenden Belastungs- und Konfliktsituation befunden habe, sei von einer Konversionsreaktion auszugehen, d.h. der Konflikt sei in körperliche Symptomatik umgewandelt worden, wobei sich die Bewegungsstörung schließlich verselbstständigt habe. Durch die schmerzbedingte Schonhaltung sei es zu einer Einübung gekommen. Die Unfallfolgen hätten der Klägerin Entlastung und sekundären Krankheitsgewinn gebracht. Dass der linke Arm unbeobachtet doch eingesetzt werde, werde durch die fehlende Handbeschwielung widerlegt. Außerdem habe bei der Klägerin schon zweimal ein Karpaltunnelsyndrom rechts operiert werden müssen, in der Regel eine überlastungsbedingte Störung. Die Feststellungen in G. mit der deutlichen Diskrepanz zwischen der demonstrierten Lähmung und dem Einsatz des linken Armes in unbeobachteten Momenten seien in einer früheren Phase der Symptomentwicklung erfolgt, die Klägerin habe sich damals noch in der Einübung befunden, während jetzt schon lange das unwillkürliche automatisierte Verhalten vorhanden sei.

Hierzu erklärte die Beklagte am 12.12.2002, bei der von Dr.H. beschriebenen Kausalkette liege die Ursache eindeutig nicht in dem Unfallereignis und den dadurch gesetzten geringen physischen Unfallfolgen.

Die Klägerin stellt den Antrag,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 25.08.2000 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 09.05.1994 und 26.05.1994 jeweils in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 31.05.1995 zu verurteilen, eine Gebrauchseinschränkung des linken Armes im Sinne einer Lähmung als Folge des Unfalls vom 26.08.1993 anzuerkennen und der Klägerin über den 30.11.1993 hinaus Verletzengeld zu bezahlen und anschließend dann Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Die Entscheidung richtet sich nach den bis 31.12.1996 geltenden Vorschriften der RVO, da der streitige Versicherungsfall vor dem 01.01.1997 eingetreten ist und über einen daraus resultierenden Leistungsanspruch vor dem 01.01.1997 zu entscheiden gewesen wäre (§§ 212, 214 Abs.3 SGB VII i.V.m. § 580 RVO).

Ein Arbeitsunfall setzt gemäß § 548 Abs.1 RVO einen Unfall voraus, den ein Versicherter bei einer der in den §§ 539, 540, 543 bis 545 RVO genannten versicherten Tätigkeiten erleidet. Der Begriff des Unfalls erfordert ein äußeres Ereignis, d.h. ein von außen auf den Körper einwirkenden Vorgang, der rechtlich wesentlich den Körperschaden verursacht hat (vgl. [BSGE 23, 139](#) ff.). Das äußere Ereignis muss mit der die Versicherteneigenschaft begründenden Tätigkeit rechtlich wesentlich zusammenhängen. Dabei bedürfen alle rechtserheblichen Tatsachen des vollen Beweises, d.h. sie müssen mit an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit vorgelegen haben (vgl. [BSGE 45, 285](#)). Die Beweiserleichterung der hinreichenden Wahrscheinlichkeit gilt nur insoweit, als der ursächliche Zusammenhang im Sinne der wesentlichen Bedingung zwischen der der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden und zum Unfall führenden Verrichtung und dem Unfall selbst sowie der Zusammenhang betroffen ist, der im Rahmen der haftungsausfüllenden Kausalität zwischen dem Arbeitsunfall und der maßgebenden Verletzung bestehen muss (vgl. Krasney VSSR 1993, 81, 114).

Der Arbeitsunfall der Klägerin vom 26.08.1993 hat keine bleibenden Gesundheitsstörungen, die eine MdE von wenigstens 20 v.H. der Vollrente bedingen würden, zurückgelassen. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus den schlüssigen Gutachten der ärztlichen Sachverständigen Dr.L. , Dr.K. , Dr.F. und den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten des Dr.D. und Dr.M. , die im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden.

Wie Dr.F. im Gutachten vom 26.07.2002 nach ambulanter- in der linken Schulter passiv kein nennenswerter Funktionsverlust feststellbar, während aber eine aktive Bewegung nicht um ein einziges Grad vollzogen wird. Gesundheitsstörungen sind in der linken Schulter nicht festzustellen. Die linke Schulter wird sehr stark hochgezogen, der Oberkörper wird nach rechts geneigt, hängt nach rückwärts über und wird nach rechts stärker rotiert. Diese Zwangshaltung lässt sich, wie Dr.F. ausführt, durch Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Gebiet nicht erklären. Eine verletzungsbedingte Gefügestörung der Halswirbelsäule scheidet aus, da Randspornbildungen, wie sie nach einer Verletzung zu erwarten sind, nicht vorliegen.

Die nur geringen unspezifischen Verschleißerscheinungen an der Halswirbelsäule können, wie Dr.F. erläutert, nicht als altersatypische morphologische Strukturveränderungen aufgefasst werden. Hinweise auf eine abgelaufene knöcherne Verletzung oder Läsion des Bandapparates liegen nicht vor und konnten insbesondere durch die Kernspintomographie vom 23.09.1993 ausgeschlossen werden. Gefunden wurde damals lediglich eine Streckhaltung der Halswirbelsäule, ein Symptom, das, wie Dr.F. erklärt, außerordentlich häufig auftritt, ohne dass eine Verletzung abgelaufen sein müsste. Im Durchgangsarztbericht wurden Funktionsstörungen der Halswirbelsäule nicht mitgeteilt. Zeichen einer mehr als erstgradigen Verletzung der Halswirbelsäule ergeben sich aus diesem Bericht nicht. Es sind weder Schluckschmerzen vermerkt, noch eine totale Haltungsinsuffizienz, kein steifer Hals, keine Schmerzen zwischen den Schulterblättern, sondern lediglich primäre Parästhesien in den Händen, die auch im Schweregrad I seltener auftreten. Gegenüber Dr.W. gab die Klägerin zudem an, dass Nackenprobleme erst Stunden nach dem Unfall eingesetzt hätten, sodass also ein schmerzfreies Intervall bestand, das im Schweregrad II nur selten anzutreffen ist. Insgesamt sind, so Dr.F. , in Übereinstimmung mit den radiologischen und kernspintomographischen Befunden bleibende Strukturveränderungen an der Halswirbelsäule nach der Distorsion vom 26.08.1993 nicht festzustellen. Sie waren nach einer bis maximal sieben Wochen folgenlos verheilt. Eine Mitbeteiligung der linken Schulter und der linken Hüfte scheidet schon im Hinblick auf die völlig fehlende Brückensymptomatik, die gegenüber Dr.B. angegebenen Erstbefunde und schließlich auch auf Grund der unauffälligen radiologischen Befunde aus.

Mit dieser Beurteilung befindet sich Dr.F. in Übereinstimmung mit Dr.L. , der die Klägerin im Auftrag des Sozialgerichts München untersuchte, und Dr.M ...

Auch auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet sind Gesundheitsstörungen, die zu einer MdE messbaren Grades führen würden, nicht gegeben. Wie der vom SG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr.K. im Gutachten vom 10.06.2000 überzeugend erläutert hat, handelt sich bei der demonstrierten Lähmung des linken Armes um eine im weitesten Sinne konversionsneurotische Störung. Anhaltspunkte dafür, dass es beim Unfall tatsächlich zu einer peripheren Nervenschädigung gekommen wäre, sind nicht gegeben. Insbesondere weist Dr.K. darauf hin, dass sich zu keinem Zeitpunkt funktionsrelevante motorische Ausfälle fanden und dass zu keinem Zeitpunkt die angegebenen Beschwerden durch eine periphere neurogene Schädigung erklärt werden konnten. Auch ist, wie Dr.F. erläutert, der Kalksalzgehalt der linken Schulter, einschließlich des Oberarms, gegenüber rechts nicht reduziert, was bei einer völligen Gebrauchsunfähigkeit der linken Schulter und des linken Armes zu erwarten wäre. Messtechnisch ist zudem der linke Ober- und Unterarm nur um 1 cm dünner als der rechte, womit physiologische Verhältnisse vorliegen. Denn beim Rechtshänder bestehen praktisch immer Umfangsdifferenzen bis maximal 2 cm zu Gunsten des rechten Armes. Dr.K. betont, dass die komplette Bewegungslosigkeit des linken Armes mit der seiten- gleich gut ausgeprägten Schultergürtel- und Oberarmmuskulatur und der seitengleich ausgeprägten Handmuskulatur nicht in Übereinstimmung zu bringen ist.

Auch der Neurologe Dr.M. hat im Gutachten vom 10.10.1996 im Auftrag des Sozialgerichts München die nur leichte Verschmächtigung des linken Unterarms festgestellt und betont, dass sich bei der elektrophysiologischen Zusatzdiagnostik keine Hinweise für eine substantielle Nervenschädigung im Bereich der linken oberen Extremität gefunden haben. Sämtliche neurographischen Parameter lagen im altersentsprechenden Normbereich. Auch die Vergleichsmessung ergab keine Seitendifferenzen. Es ergaben sich keine Hinweise für eine Affektion afferenter Nervenbahnen, insbesondere nicht im Bereich des Plexus brachialis. Für die nahezu vollständige Lähmung des linken Armes findet sich, so Dr.M. , weder klinisch-neurologisch noch im Rahmen der Zusatzdiagnostik eine organische Erkrankung als Ursache. Eine normale Elektromyographie und Neurographie schließen, wie Dr.M. betont, eine Nerven- und Plexusschädigung aus. Auch die anderen bildgebenden Untersuchungsmethoden erbrachten keinen Hinweis für eine Schädigung des Rückenmarks oder peripherer nervöser Strukturen. Insofern geht auch Dr.M. davon aus, dass hier eine funktionelle Lähmung im Rahmen einer Konversionsneurose vorliegt. Bestätigt wird diese Auffassung von dem Psychiater Dr.R. im Gutachten vom 03.02.1997 für das Sozialgericht München. Bei Abwesenheit nachweisbarer organischer Ursachen für das Beschwerdebild ist, so Dr.R. , von einer konversionsneurotischen Störung auszugehen. Der Unfall ist als Auslösesituation bei der in der Persönlichkeitsstruktur der Klägerin verankerten Reaktionsbereitschaft im Sinne einer neurotischen Reaktion auf die Folgen des Unfalls zu deuten. Das Fehlen neurologischer Störungen einen Tag nach der Verletzung schließt im Übrigen eine neurologisch relevante Schädigung des Armnervengeflechtes aus, wie der Neurochirurg Dr.K. erläutert. Die regelmäßigen elektrophysiologischen Untersuchungen in den Jahren nach dem Unfall waren stets, die linke Hand und den Arm betreffend, normal. Lediglich bei einer Untersuchung zeigte sich eine minimale Abweichung eines Wertes vom Normalwert. Hier muss eine funktionelle sensomotorische Lähmung angenommen werden.

In diesem Zusammenhang ist auch auf die Äußerungen der behandelnden Ärzte Dr.W. und Dr.H. einzugehen. Dr.W. führte im Befundbericht vom 30.08.1993 aus, die Muskeleigenreflexe seien seitengleich lebhaft, es seien keine Paresen der großen Muskelgruppen des linken Armes und der kleinen Handmuskeln festzustellen, eine Läsion spinal oder seitens zervikaler Wurzeln liege nicht vor. Dr.H. wies im Bericht vom 08.03.1994 darauf hin, dass zwar eine aktive Unbeweglichkeit im Bereich des linken Armes bestand und die linke Schulter höher stand, dies jedoch inkonstant und bei Ablenkung tiefer. Es fanden sich keinerlei Atrophien im Bereich der Schultermuskulatur, des Schultergelenkes, des Oberarms, des Unterarms und der Kleinfingermuskulatur. Daumenballen und Kleinfingerballen waren gut ausgebildet, die Eigenreflexe lebhaft und seiten- gleich. Insgesamt ergab sich, wie Dr.H. betonte, eine ausgeprägte Diskrepanz der Befunde. Daher vermutete Dr.H. eine psychogene Überlagerung, möglicherweise im Sinne einer Konversionsneurose. Auch die behandelnden Ärzte im Krankenhaus G. wiesen im Bericht vom 21.01.1994 nach Untersuchung der Klägerin auf die Beweglichkeit der linken oberen Extremität beim Anziehen in unbeobachtetem Moment hin.

Wenn Dr.H. davon ausgeht, dass bei der Klägerin die Einübung der Inaktivität durch eine schmerzbedingte Schonhaltung erfolgt sei und sich das Symptom schließlich verselbstständigt habe, so handelte sich hierbei um eine psychische Reaktion weniger auf den Unfall, als vielmehr, wie auch Dr.H. ausführt, auf den "sekundären Krankheitsgewinn". Wie Dr.H. erläutert hat, befand sich die Klägerin zum Unfallzeitpunkt in einer schwerwiegenden Belastungs- und Konfliktsituation. Dieser Konflikt ist, so Dr.H. , in körperliche Symptomatik umgewandelt worden. Die entsprechende Reaktionsbereitschaft war aber, wie Dr.R. überzeugend erläutert hat, in der Persönlichkeit der Klägerin verankert und wurde durch den Unfall nur ausgelöst, aber nicht verursacht.

Im Hinblick auf die Äußerungen von Dr.K. , Dr.D. , Dr.M. , Dr.R. , Dr.K. , Dr.W. , Dr.H. und der Ärzte des Krankenhauses G. können die Ausführungen von Dr.H. , Dr.P. und Dr.S. zum Morbus Sudeck nicht überzeugen. Objektive Befunde, die für das Vorliegen eines Morbus Sudeck sprechen könnten, sind nicht nachgewiesen. Die von Dr.H. erwähnten trophischen Störungen wurden von Dr.F. nicht bestätigt, sondern die Befunde von ihm als physiologisch bezeichnet. Insbesondere wies Dr.F. ebenso wie Dr.L. auf fehlende äußerliche Auffälligkeiten am verletzten Arm hin.

Für die Diagnose eines Morbus Sudeck (CRPS Typ II) sind als objektive Symptome zu fordern ödematöse Verquellung, Hautverfärbungen, Schweißsekretionsstörungen, Temperaturstörungen, trophische Störungen. Soweit bei der Klägerin zumindest zeitweise solche Symptome vorgelegen haben, wie z.B. Schweißsekretionsstörungen und Temperaturstörungen, sind diese eher auf die durchgeführten Stellatumblockaden zurückzuführen, wie Dr.K. erläutert. Im Übrigen weist auch Dr.H. darauf hin, dass die Syndrome eines CRPS (Morbus Sudeck) wegen der Unterschiedlichkeit der auftretenden Störungen im Bereich des vegetativen Nervensystems kontrovers diskutiert werden. Auch nach seiner Auffassung ist die Ausweitung der sensiblen Beeinträchtigung nicht immer nachvollziehbar. Zum anderen konnte Dr.F. die Symptome, durch die sich die Sudecksche Erkrankung manifestiert, wie Ödeme, Temperaturdifferenzen, gestörte Schweißsekretion, Verfärbung und fleckige Demineralisierung des Skelettsystems, nicht verifizieren. Bei der Untersuchung durch Dr.F. war die Temperatur beider Hände normal und weder eine gestörte Schweißsekretion noch Verfärbung oder Ödeme festzustellen. Die fehlende Atrophie der Muskulatur des linken Armes und die völlig normal erhaltenen Muskeleigenreflexe schließen, wie Dr.K. betont, das Vorliegen einer sympathischen Reflexdystrophie als Ursache für Lähmung des Armes eindeutig aus. Wenn eine sympathische Reflexdystrophie vorgelegen hat, so spielte sie, wie Dr.K. ausführt, für den Krankheitsverlauf eine untergeordnete Rolle. Eine Diagnose einer Sudeckschen Dystrophie überzeugt auch darum nicht, weil typische Röntgenbefunde, die für eine derartige Erkrankung sprechen würden, nie festgestellt wurden.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-18