

L 3 U 293/04

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 4 U 310/01
Datum
21.07.2004
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 3 U 293/04
Datum
31.01.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. I. Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 21. Juli 2004 aufgehoben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 17. Mai 2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 25. September 2000 verurteilt, beim Kläger eine Anpassungsstörung als Folge des Unfalls vom 5. August 1999 festzustellen und ihm Verletztenrente nach einer MdE von 30 v.H. zu gewähren. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

II. Die Beklagte hat dem Kläger 3/4 der außergerichtlichen Kosten des Klägers zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten Verletztenrente wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls vom 05.08.1999.

Der 1961 geborene Kläger, von Beruf Zimmerermeister und seit April 1999 und zum Unfallzeitpunkt bei der Firma K., Zimmerei-Holzbau GmbH als Betriebsleiter beschäftigt, erlitt am 05.08.1999 einen Arbeitsunfall, indem er aus einer Höhe von mindestens drei Metern auf den Boden gestürzt ist.

Im Durchgangsarztbericht von Dr.H., Kreiskrankenhaus V., vom 05.08.1999 wurde als Diagnose eine Fraktur der 7. Rippe, eine Halswirbelsäulen (HWS) - Distorsion, eine Querfortsatzfraktur Lendenwirbelsäule (LWS) 1 beidseits, eine Brustwirbelkörper (BWK) - 8 - Fraktur, eine schwere Lendenwirbelsäulen (LWS) - Kontusion mit Sensibilitätsminderung beider Beine, eine Hüftkontusion rechts sowie eine Schürfung linker Thorax festgestellt.

Zur Aufklärung des Sachverhalts zog die Beklagte einen neurologischen Befundbericht des Prof.Dr.T., Neurologische Klinik, Klinikum L., mit Kontrolluntersuchung am 12.08.1999 bei, den Krankheitsbericht des Kreiskrankenhauses V. über den stationären Aufenthalt des Klägers vom 05.08.1999 bis 12.08.1999, den Bericht über die stationäre Behandlung des Klägers im Städtischen Krankenhaus M. in der Zeit vom 06.09.1999 bis zum 21.09.1999 sowie den Entlassungsbericht des Klinikums P., Bad G. über die stationäre Rehabilitation in der orthopädischen Abteilung in der Zeit vom 14.10.1999 bis 25.11.1999. Außerdem zog die Beklagte einen Durchgangsarztbericht von Dr.W., Chirurg, vom 02.02.2000, Befundberichte von Dr.V., Neurologe und Psychiater, vom 01.03.2000 und vom 12.04.2000 bei und holte ein Gutachten von Dr.T., Arzt für Chirurgie, Unfallchirurgie vom 24.03.2000 nach Aktenlage ein. Dr.T. stellte fest, dass die bei dem Arbeitsunfall vom 05.08.1999 erlittenen Verletzungen bis zum 05.09.1999 ausgeheilt gewesen seien. Die über diesen Zeitpunkt hinausgehende ärztliche Behandlung sei auf unfallunabhängige Veränderungen zurückzuführen. Im Vordergrund stehe ein chronisches radikuläres Syndrom bei einem operativ behandelten Bandscheibenschaden L5/S1 im Juli 1993 mit einem Rezidivprolaps im Oktober 1993, degenerative Veränderungen an der Brustwirbelsäule im Sinne eines Morbus Scheuermann sowie ein Zustand nach einer Carbamazepinüberdosierung im September 1999 bei einer vorbestehenden Epilepsie und einer depressiven Verstimmung mit einem Suizidversuch im Februar 1999.

Darauf gestützt lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 17.05.2000 die Gewährung von Heilbehandlung und Verletzengeld sowie Verletztenrente ab dem 06.09.1999 ab.

Den dagegen eingelegten Widerspruch begründete der Kläger unter Vorlage eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern (MDK), wonach der gesamte jetzige Krankenstand durch den Arbeitsunfall am 05.08.1999 verursacht erscheine.

Die Beklagte zog zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts einen Befundbericht von Dr.V. vom 06.06.2000, einen Operationsbericht der Orthopädischen Fachklinik S. vom 15.07.1993, den Bericht des Krankenhauses F. , Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin vom 31.07.2000 über den stationären Aufenthalt des Klägers vom 24.04. bis 27.05.2000 bei und holte ein nervenfachärztliches Gutachten von Dr.M. , Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, vom 19.06.2001 und ein orthopädisches Gutachten von Dr.F. , Facharzt für Orthopädie, vom 03.08.2001 ein.

Dr.M. führte aus, dass es bei dem Unfall zu einer Kontusion der gesamten Wirbelsäule gekommen sei mit Auslösung radikulärer Reizerscheinungen, die sich relativ rasch zurückgebildet habe. Die jetzt bestehenden, durch Minderinnervation verursachten Paresen seien nicht vereinbar mit unfallbedingten organoneurologischen Läsionen. Diese würden auch ausreichend röntgenologisch und kernspintomographisch ausgeschlossen. Es zeigten sich jetzt lediglich unfallunabhängige Zeichen einer wahrscheinlich chronischen L5/S1-Wurzelreizsymptomatik mit entsprechender Schmerzsymptomatik und Taubheitsgefühlen. Auffällig seien die psychischen Probleme des Klägers seit dem Unfall, wobei die angegebenen Störungen wie Schlafstörungen, Angst- und Alpträume "in ein schwarzes Loch zu fallen" durchaus nachvollziehbar seien, auch die Tatsache, dass der Unfall zum Teil die Lebensplanung des Klägers erheblich durchkreuzt habe, weswegen er seinen bisherigen Beruf nicht mehr ausführen könne. Ursächlich für sein Verhalten sei jedoch eine neurotische Entwicklung bei einer zwanghaft schizoiden Persönlichkeitsstruktur und neurotischer Fehlverarbeitung des Unfalls. Aus neurologischer/psychiatrischer Sicht seien keine Störungen mehr nachweisbar, die ursächlich auf den Unfall zurückzuführen seien.

Dr.F. stellte fest, dass sowohl die Fraktur der 7. Rippe links als auch die HWS-Distorsion mit Halsmarkkontusion innerhalb weniger Wochen ohne bleibende Gesundheitsstörungen vollständig ausgeheilt seien. Der Vorderkantenabbruch des 3. Lendenwirbelkörpers sei mittlerweile ohne wesentliche Formveränderung, ohne Instabilität, ohne Fehlstellung und ohne klinische Symptomatik, knöchern vollständig verheilt. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage ab dem 06.09.1999 unter 10 v.H.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25.09.2001 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Sie stützte sich dabei auf das Gutachten des Dr.F. und der Dr.M ...

Gegen diese Bescheide hat der Kläger Klage zum Sozialgericht Regensburg (SG) erhoben und beantragt, die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 17.05.2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.09.2001 zu verurteilen, ihm Rente nach einer MdE von 50 v.H. ab dem 06.09.1999 zu gewähren.

Das SG hat die einschlägigen Röntgenaufnahmen und MRT-Aufnahmen beigezogen und auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein Gutachten von Dr.S. , Facharzt für Neurologie und neurologische Intensivmedizin, F.-Institut der L.-Universität M. , vom 02.06.2003 und ein Gutachten von Prof.Dr.N./Dr.S. , Psychiatrische Klinik und Poliklinik der L.-Universität M. , vom 02.07.2003 sowie von Amts wegen ein Gutachten von Prof.Dr.S. , Arzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 05.05.2004 eingeholt. Der Kläger hat ein Gutachten von Dr.K. , Chefarzt der Psychosomatischen Fachklinik W. , vom 02.08.2001, das für die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte erstellt wurde, vorgelegt.

Dr.S. hat ausgeführt, dass es durch die unfallbedingte Hüftkontusion rechtsseitig im Rahmen dieses stumpfen Traumas auf den anatomischen Verlauf des Nervus ischiadicus im Hüftbereich zu einer Akzentuierung der Hyperpathie (verstärkte Reaktion auf schmerzhaft Reize) gekommen sei. Diese anhaltende Akzentuierung der Hyperpathie sei unfallbedingt als traumatische sensible Teilläsion des Nervus ischiadicus rechts aufzufassen. Die wenn auch geringe Ischiadicus-Läsion werde durch eine sogenannte Kausalgie (dauerhafter brennender Schmerz mit Allodynie, Hyperpathie nach traumatischer Nervenläsion) verstärkt. Die ausgeprägte und glaubhafte therapierefraktäre Kausalgie bedinge eine gutachterliche Höherbewertung der Ischiadicus-Teilläsion. Die residuale traumatische Nervus-ischiadicus-Teilläsion rechts mit Kausalgie sei mit einer MdE von 20 v.H.einzuschätzen. Zudem bestehe auf psychiatrischem Fachgebiet eine posttraumatische Belastungsstörung, die mit einer MdE von 50 v.H. zu bewerten sei. Es bestehe daher insgesamt eine MdE von 50 v.H. ...

Prof.Dr.N./Dr.S. haben ausgeführt, dass beim Kläger nach dem 05.08.1999 eine Reihe psychischer Symptome auftraten, z.B. ausgeprägte Schlafstörungen mit Alpträumen, Höhenangst, chronifiziertes depressives Syndrom, psychogenes Schmerzsyndrom, Sinnkrise und Selbstwertproblematik mit Insuffizienzgefühlen, die in dieser Form zuvor nicht vorhanden gewesen seien, seither persistierten und in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 05.08.1999 stünden. Es liege eine Anpassungsstörung im Sinne einer längeren depressiven Reaktion vor. Auf rein psychiatrischem Fachgebiet sei von einer MdE von 30 v.H. auszugehen.

Prof.Dr.S. hat dargelegt, dass bezüglich möglicher psychischer Unfallschäden durch das Ereignis vom 05.08.1999 ein prinzipiell denkbarer Zusammenhang vor allem durch zwei Gesichtspunkte ausgeschlossen sei. Es gebe zum einen in den Unterlagen keine Hinweise auf schwere psychische Beeinträchtigungen unmittelbar nach dem Unfallereignis, die sich als abnormes traumatisches Angsterlebnis verstehen ließen, so dass das Unfallereignis keineswegs ein psychisch schwer traumatisierendes Erlebnis darstelle, wie es z.B. für die posttraumatische Belastungsstörung gefordert sei. Auch fänden sich keinerlei nachfolgende Symptome der dort definierten Beschwerdebereiche, insbesondere nicht das außerordentlich charakteristische Leitsymptom des "posttraumatischen Wiedererinnerns". Es sei auch fraglich, inwieweit die wiederholt angegebene Höhenangst tatsächlich als eine phobische Angstform interpretiert werden könne. Es sei allenfalls an den "unspezifischen phobischen Schwankschwindel" zu denken, ohne dass dieser damit als Unfallfolge gewertet werden könne. Die Entwicklung von Angstsymptomen bei einem Ereignis, das der Betroffene nach seinen Angaben aufgrund commotioneller Bewusstlosigkeit gar nicht miterlebt habe, sei schlechterdings unmöglich. Zum anderen spreche gegen einen Unfallzusammenhang, dass eine Vielzahl der psychischen Beeinträchtigungen, die nach dem Unfall beschrieben und auch behandelt worden seien, schon vor dem Unfallereignis vorgelegen hätten. Zu nennen sei in diesem Zusammenhang zum einen eine Tendenz zum Suchtverhalten (z.B. Amphetamineinnahme, schwerer Nikotinabusus) sowie die schwere Anorexie, die von manchen Fachleuten ebenfalls im Sinne eines Suchtverhaltens interpretiert werde. Neben dem Suchtverhalten sei, wie auch von den Ärzten der psychosomatischen Abteilung des Krankenhauses F. dargelegt, bei dem Kläger bereits vor dem Unfall von einer "tiefgreifenden Persönlichkeitsstörung bei deutlichen schizotypischen und dissozialen Persönlichkeitszügen" auszugehen. Es habe zudem bereits im Februar 1999, also etwa ein halbes Jahr vor dem Unfallereignis, einen offenbar demonstrativ wirkenden Suizidversuch gegeben. Das Gutachten von Prof.Dr.N./Dr.S. sei nicht überzeugend, da es das gutachterliche Hauptproblem der Würdigung prä- und posttraumatischer Faktoren sowie der eklatanten Widersprüche zu Verletzungshergang, Bewusstseinsstörung und Amnesie und nicht zuletzt eine Einordnung der von Prof.N./Dr.S. selbst als aggravationsverdächtig bezeichneten Symptome weitgehend vermissen lasse. Die Feststellung eines Zusammenhangs zwischen Unfallereignis und nachfolgenden

psychiatrischen Störungen sei daher nicht hinreichend begründet.

Hinsichtlich neurologischer Folgeschäden gehe aus den Krankenunterlagen hervor, dass durch den Unfall weder Dauerschäden am Gehirn (z.B. substantielle Hirnschädigung mit entsprechenden neurologischen bzw. neuropsychologischen Schädigungen) noch spinale und peripher-neurologische Schäden (z.B. traumatische Myelopathie, Diskopathie, Wurzelschädigungen usw.) eingetreten seien. Soweit vergleichbare Symptome beschrieben würden, handele es sich um funktionelle Störungen, die als Ausdruck der psychischen Grunderkrankung bzw. als psychische Unfallverarbeitung eingeordnet werden müssten. Der Unfall habe daher keine wesentlichen Verletzungsfolgen auf nervenärztlichem Fachgebiet hinterlassen.

Mit Urteil vom 21.07.2004 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, dass beim Kläger wesentliche Unfallfolgen ab dem geltend gemachten Zeitraum nicht mehr vorlägen. Es hat sich dabei im Wesentlichen auf die Ausführungen von Prof.Dr.S. gestützt. Den Gutachten des Dr.S. und des Prof.Dr.N./Dr.S. ist es nicht gefolgt.

Gegen dieses Urteil hat der Kläger Berufung eingelegt. Zur Begründung hat er ein sachverständiges Privatgutachten von Dr.jur.G., Institut für Medizinschaden-Begutachtung, vom 30.10.2004 vorgelegt, worin ausgeführt wird, dass das Gutachten von Prof.Dr.S. vom falschen Sachverhalt ausgehe, das Unfalltrauma verharmlose und die angebliche Aggravationstendenz des Klägers übertreibe.

Der Senat hat eine ergänzende Stellungnahme von Prof. Dr.N./Dr.S. vom 14.06.2006 eingeholt und den Entlassungsbericht des Kreiskrankenhauses S. über den stationären Aufenthalt des Klägers in der Zeit vom 09.03.1999 bis zum 28.04.1999 beigezogen. Die Beklagte hat eine Stellungnahme von Dr.K. vom 18.08.2006 vorgelegt.

Prof.Dr.N./Dr.S. weisen darauf hin, dass nicht die Diagnose einer "posttraumatischen Belastungsstörung" gestellt worden sei, sondern die Diagnose einer "depressiven Anpassungsstörung im Sinne einer längeren depressiven Reaktion". Insofern sei eine Diskussion um die "diagnostische Apurie" d.h. einer Unvereinbarkeit von möglicher Amnesie des Klägers während des Unfallgeschehens und möglichen psychischen Unfallfolgen, entbehrlich. Bei einer depressiven Reaktion bzw. Anpassungsstörung sei im Gegensatz zu einer posttraumatischen Belastungsstörung ein unmittelbares, bewusstes Erleben eines Traumas nicht erforderlich, sondern es sei auch vorstellbar, dass die betreffende Person mittelbare psychische Reaktionen auf die Folgen eines Unfalls (z.B. Krankenhausaufenthalt, vorübergehende neurologische oder sonstige körperliche Folgen) zeige, auch wenn sie den Unfall selbst nicht als direkt erlebtes, bewusst wahrgenommenes Trauma erinnere. Es sei aber zu betonen, dass von Seiten der Gutachter davon ausgegangen werde, dass beim Kläger beim Unfallereignis keine Bewusstlosigkeit vorlag. Die vom Kläger "auch nach intensivem Nachfragen" angegebene Amnesie stehe im Widerspruch zu dem neurologischen Befundbericht vom 06.08.1999 von Prof.T., Chefarzt der Neurologischen Klinik L ... Es sei davon auszugehen, dass eine hirnorganische, z.B. durch eine Commotio cerebri bedingte Amnesie des Klägers unwahrscheinlich sei. Bei dem Kläger sei es erst im weiteren Verlauf aufgrund seelischer Reaktionen auf das Unfallgeschehen zu einer psychogenen Amnesie gekommen. Der Kläger habe den Gutachtern gegenüber keine Angaben dazu gemacht, welche Sturzhöhe gegeben gewesen sei. Entscheidend sei, dass die beim Kläger bestehende Symptomatik entgegen der Auffassung des Gutachters Prof. Dr. S. keinesfalls einem der von ihm genannten vorbestehenden Störungsbildern (Epilepsie, Anorexie, Suchtverhalten, schizoide und dissoziale Persönlichkeitsstruktur, Zustand nach Suizidversuch) zugeordnet werden könne, da sie in dem Kriterienkatalog dieser Störungsbilder nicht vorkomme. Entgegen der Auffassung von Prof.Dr.S. könne auch aus dem Vorliegen der schweren Anorexie kein anderes Ergebnis abgeleitet werden. Gerade die Art der Symptomatik, die bei dem Kläger seit dem Unfall zu beobachten sei, entspreche nicht dem Beschwerdebild einer Anorexie. Von einem Vorbringen "gleicher oder ähnlicher Symptome" könne keine Rede sein.

Dr.K. ist demgegenüber der Auffassung, dass beim Kläger ein krankheitswertiges psychiatrisches Syndrom vorliege, welches allerdings mit dem Ereignis vom 05.08.1999 nicht in einen Zusammenhang zu bringen sei. Der Unfall stelle bei zweifellos bestehender psychischer Vorschädigung lediglich einen Auslöser dar, austauschbar mit anderen Ereignissen und Erlebnissen. Die vorliegende Persönlichkeitsstörung sei eine psychische Störung, die anlagebedingt sei. Das Gutachten von Prof.Dr.N. berücksichtige nicht, dass der Kläger wenige Monate vor dem Unfall einen Selbstmordversuch unternommen habe, welcher zu einer stationären Behandlung in S. geführt habe. Auch sei bereits anlässlich dieses stationären Aufenthalts in S. über die Symptome einer Höhenangst geklagt worden. Für eine psychische Schadensanlage spreche auch die Essstörung, die beim Kläger zum Unfallzeitpunkt bereits seit mehreren Jahren bekannt war. Gegen einen Unfallzusammenhang spreche darüber hinaus, dass in der ersten Zeit nach dem Unfall keinerlei psychische Störungen geltend gemacht worden seien, die auf den Unfall bezogen wurden. Es sei insoweit auf den Befund der psychosomatischen Abteilung des Krankenhauses M. zu verweisen. Auch das von Prof.Dr.S. herausgestellte Schmerzsyndrom habe erwiesenermaßen bereits in früheren Jahren vorgelegen im Zusammenhang mit den beiden Bandscheibenoperationen. Hinsichtlich der körperlichen Schmerzen sei zu unterscheiden zwischen einer ausgeprägten Somatisierung, die in manchen Fällen einen Krankheitswert habe und einer Aggravation. Man könne das vom Kläger bei der Untersuchung bei Prof.Dr.S. gezeigte Verhalten nicht als Somatisierung bezeichnen, es liege vielmehr eine bewusstseinsnahe Verdeutlichung vor.

Der Kläger beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Regensburg vom 21.07.2004 und des Bescheides vom 17.05.2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.09.2001 zu verurteilen, bei ihm als Folge des Unfalls vom 05.08.1999 eine Anpassungsstörung, eine Läsion des Nervus Ischiadicus rechts sowie Höhenangst festzustellen und ihm aufgrund des Unfalls Verletztenrente nach einer MdE von 50 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 21.07.2004 zurückzuweisen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren einverstanden erklärt.

Wegen des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen und zur Ergänzung des Tatbestandes wird im Übrigen auf den Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten, der Gerichtsakten, der Akten unter dem Az L 3 B 411/04 U und S 4 U 328/01 sowie auf den Inhalt der vorbereitenden Schriftsätze Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Mit Einverständnis der Beteiligten konnte der Senat ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz](#)).

Die zulässige Berufung des Klägers ist überwiegend begründet. Das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 21.07.2004 ist aufzuheben, weil der Kläger einen Anspruch auf Feststellung, dass die bei ihm vorliegende Anpassungsstörung Unfallfolge ist und einen Anspruch auf Zahlung von Verletztenrente nach einer MdE von 30 v.H. hat. Die beim Kläger vorliegende Anpassungsstörung, die auch eine Höhenangst umfasst, ist mit Wahrscheinlichkeit im Sinne einer wesentlichen Ursache auf das Unfallereignis vom 05.08.1999 zurückzuführen. Im Übrigen ist die Berufung zurückzuweisen, da weitere unfallbedingte Gesundheitsstörungen nicht vorliegen.

Nach [§ 56 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch \(SGB VII\)](#) haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn ihre Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um mindesten 20 vom Hundert (v. H.) gemindert ist.

Gesundheits- oder Körperschäden sind Folgen eines Arbeitsunfalls, wenn sie mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich ursächlich oder mitursächlich auf den Unfall zurückzuführen sind. Dabei müssen die Gesundheits- und Körperschäden "voll", das heißt mit an Sicherheit grenzender, vernünftiger Zweifel ausschließender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Dagegen gilt die Beweiserleichterung der hinreichenden Wahrscheinlichkeit für den ursächlichen Zusammenhang im Sinne der wesentlichen Bedingung zwischen der versicherten Tätigkeit und der zum Unfall führenden Verrichtung und dem Unfall selbst sowie zwischen dem Unfall und der maßgebenden Erkrankung. Nach dem in der Unfallversicherung geltenden Prinzip der wesentlichen Mitverursachung ist nur diejenige Bedingung als ursächlich für einen Unfall anzusehen, die im Verhältnis zu anderen Umständen wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg und dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt hat. Die Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs zwischen einem Körper- und Gesundheitsschaden und dem Arbeitsunfall ist gegeben, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände die auf dem Unfall beruhenden Faktoren so stark überwiegen, dass darauf die Entscheidung gestützt werden kann und wenn die gegen den ursächlichen Zusammenhang sprechenden Faktoren außer Betracht bleiben können, d. h. nach der geltenden ärztlich-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden (vgl. [BSGE 32, 203](#), 209; [45, 285](#), 286).

Die vorstehend dargelegten Grundsätze der unfallrechtlichen Kausalitätslehre gelten auch bei der schwierigen Zusammenhangsbeurteilung psychischer Reaktionen auf Arbeitsunfälle (vgl. dazu [BSGE 18, 173](#), 177; [19, 275](#), 278; Urteil vom 31.01.1989, Az.: [2 RU 17/88](#)). Ein Unfallereignis oder seine Auswirkungen im körperlich-organischen sind nicht schon deshalb für die psychischen Reaktionen des Verletzten als Unfallursache unwesentlich, weil diese Reaktionen eine entsprechende psychische "Anlage" voraussetzen. Erforderlich ist eine auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes durchzuführende Beurteilung des Einzelfalles in Würdigung des konkreten Versicherten und sie darf nicht von einem fiktiven Durchschnittsmenschen ausgehen. Es darf also nicht allein darauf abgestellt werden, wie ein "normaler" Verletzter reagiert hätte (vgl. BSG, Urteil vom 09.02.2006, [B 2 U 1/05 R](#); [BSGE 18, 173](#), 176; [BSGE 11, 50](#), 53; Brackmann/Krasney, Handbuch der Sozialversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung, § 8 Rdn 397 mwN, Hauck/Noftz/Keller, Sozialgesetzbuch SGB VII, § 8 Rdn 325). Auch bei dieser rechtlichen Wertung müssen grundsätzlich die gleichen rechtlichen Erwägungen Platz greifen, die von Bedeutung sind, wenn körperliche Auswirkungen eines Unfallereignisses einen Verletzten betreffen, bei dem infolge seiner körperlichen Anlage eine geringe Widerstandsfähigkeit besteht oder wenn bei dem Verletzten bereits vor dem Unfall ein Leiden in der Anlage vorhanden war, infolge der organischen Auswirkungen des Unfalls in Erscheinung tritt oder sich verschlimmert. Auch bei psychischen Reaktionen kann der "Anlage" nicht in jedem Fall von vornherein eine so überragende Bedeutung beigemessen werden, dass sie fachlich die allein wesentliche Ursache ist und die vom Unfallereignis ausgehenden Einwirkungen auf die Psyche als rechtlich unwesentlich in den Hintergrund treten. Vielmehr ist u.a. zu prüfen, ob das Unfallereignis und seine organischen Auswirkungen ihrer Eigenart und Stärke nach unersetzlich, das heißt z.B. nicht mit anderen alltäglich vorkommenden Ereignissen austauschbar sind oder ob eine entsprechende psychische Anlage so leicht "ansprechbar" war, dass sie gegenüber den psychischen Auswirkungen des Unfallereignisses die rechtlich allein wesentliche Ursache ist (vgl. [BSGE 62, 220](#), 222f; [BSGE 94, 269](#)).

Nach dem Gesamtergebnis der medizinischen Ermittlung insbesondere aufgrund des Gutachtens von Prof.Dr.N./Dr.S. ist der Senat der Überzeugung, dass der Arbeitsunfall weitere bleibende Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet hinterlassen hat. Der Kläger ist im nahen Anschluss an den Unfall an einer Anpassungsstörung erkrankt. Diese ist kausal auf den Unfall zurückzuführen. Das Gutachten von Prof.Dr.N./ Dr.S. ist überzeugend. Die Stellungnahme des Dr.K. kann ein anderes Ergebnis nicht rechtfertigen.

Der Kläger leidet seit dem Unfall an einer Anpassungsstörung, die sich in mehrerer Hinsicht äußert. Zum einen besteht eine ausgeprägte Höhenangst, die bereits bei Erhebungen von 50 bis 60 cm einsetzt und in der Vergangenheit mehrfach zu dissoziativen Zuständen mit vorübergehendem Verlust der Ansprechbarkeit und Erinnerungsfähigkeit führte. Es bestehen außerdem schwere Schlafstörungen mit nächtlichen Albträumen, in denen er von der Vorstellung heimgesucht wird, in ein "schwarzes Loch zu fallen". Seit dem Unfall liegt auch zunehmend ein deutliches depressives Syndrom vor, das im Gegensatz zu der suizidalen Krise Anfang 1999 nicht nur von vorübergehender Dauer ist, sondern eine Chronifizierung aufweist. Weiterhin leidet er seit dem Unfall an starken körperlichen Schmerzen, die nicht oder nur begrenzt somatisch erklärbar sind und nach den überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. N./Dr. S. am ehesten als Somatisierung und Bestandteil des depressiven Syndroms zu werten sind. Außerdem liegt beim Kläger seit dem 05.08.1999 eine ausgeprägte Sinnkrise sowie Selbstwertproblematik mit Insuffizienzgefühlen vor. Sein bisheriger Lebensentwurf, der vorwiegend auf der Anerkennung und Steigerung des Selbstwertgefühls durch berufliche Leistungen beruhte, ist seiner Grundlage beraubt. Diese psychischen Symptome waren in dieser Form zuvor nicht vorhanden. Es ist nach dem Unfallereignis eine neu hinzugetretene psychiatrische Störung mit der Diagnose einer "Anpassungsstörung: Längere depressive Reaktion" (ICD 10: F 43.21) gegeben.

Eine posttraumatische Belastungsstörung liegt nicht vor. Das Gutachten von Dr. S. ist insoweit nicht überzeugend. Er hat die von ihm gestellte Diagnose auch nicht näher begründet. Es kommt daher nicht darauf an, ob der Unfall ein schwer traumatisierendes Erlebnis dargestellt hat und ob das Leitsymptom eines "Posttraumatischen Wiedererinnerns" eingetreten ist. Das Gleiche gilt für die Diskussion um die "diagnostische Apurie". Dies verkennt auch Prof. Dr. S. in seinem Gutachten. Es kann daher dahinstehen, inwieweit sich der Kläger an den Unfallvorgang nicht mehr erinnern kann.

Der Senat geht davon aus, dass ein Sturz, sei es nun aus einer Höhe von drei Meter oder mehr, grundsätzlich als geeignet angesehen werden kann, eine Anpassungsstörung zu verursachen. Nach den überzeugenden Ausführungen von Prof.Dr.N./Dr. S. ist auch ein Sturz aus einer Höhe von drei Metern nach dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand allgemein geeignet, die betreffende Störung hervorzurufen. Es

kann daher dahinstehen, ob der Kläger von einer Leiter aus einer Höhe von drei Meter auf den Boden gestürzt ist oder von einem Dach aus einer Höhe von acht bis zehn Meter.

Die überwiegenden Umstände sprechen auch für einen Kausalzusammenhang dieser Erkrankung mit dem Unfallereignis. Der Senat verkennt dabei nicht, dass beim Kläger bereits vor dem Unfall psychische Beeinträchtigungen vorlagen. Es hatten psychische Auffälligkeiten bestanden mit auffälligen Persönlichkeitsmerkmalen, einer Anorexia nervosa mit bulimischer Verlaufsform und selbst indizierten Erbrechen, einem Zustand nach apellativem Suizidversuch mit Tablettenaufnahme im Rahmen einer beruflichen Überforderungssituation und mit Suchtproblemen, insbesondere der Einnahme von Amphetaminen.

Von Bedeutung ist, dass die Qualität der nach dem Unfall gegebenen psychischen Beschwerden mit der Folge der Berentung des Klägers neuartig ist, d.h. in dieser Form vor dem Unfallereignis nicht vorkam. Das Unfallereignis und seine Auswirkungen waren dafür ihrer Eigenart und Stärke nach unersetzlich. Der Senat geht nicht davon aus, dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Die beim Kläger vorliegenden psychischen Auffälligkeiten stellen keine entsprechende Anlage dar, die so leicht "ansprechbar" war, dass sie gegenüber den psychischen Auswirkungen des Unfallereignisses die rechtlich allein wesentliche Ursache sind. Bei psychischen Reaktionen sind äußere Einflüsse nicht deshalb als wesentliche Bedingung für den Erfolg ausgeschlossen, weil bei dem Verletzten gegebenenfalls eine abnorme seelische Bereitschaft vorliegt (BSG, Urteil vom 29.01.1986, [9b RU 56/84](#)). Beim Kläger bedurfte es eines besonders belastenden Ereignisses, um ihn trotz seiner Schadensanlage aus seiner bisherigen Lebenssituation herauszureißen. Der Unfall, den der Kläger erlitten hat, war die Ursache dafür, dass der Kläger gerade ab diesem Zeitpunkt psychisch auffällige Verhaltensweisen in der vorliegenden Art entwickelt hat. Es hätte zumindest eines vergleichbaren Ereignisses bedurft, um diese Erscheinungen auszulösen. Dies erfüllt aber gerade nicht die Voraussetzungen für das Vorliegen eines bloßen Anlassgeschehens. Das Gutachten von Prof. Dr. N./Dr. S. ist schlüssig und überzeugend. Der Kläger leidet seit dem Unfall an Höhenangst, einem chronifizierten depressiven Syndrom, einem psychogenen Schmerzsyndrom sowie einer Sinnkrise mit Insuffizienzgefühlen, die in dieser Form vor dem Unfall nicht bestanden.

Soweit Prof. Dr. S. die Symptomatik des Klägers einem der von ihm genannten Störungsbildern wie Epilepsie, Anorexie, Suchtverhalten, schizoide und dissoziale Persönlichkeitsstruktur und Zustand nach Suizidversuch zuordnet, kann dies nicht überzeugen. Wie Prof. Dr. N./Dr. S. nachvollziehbar darlegen, kommt die beim Kläger bestehende Symptomatik in dem Kriterienkatalog dieser Störungsbilder nicht vor. Dass beim Kläger zum Unfallzeitpunkt möglicherweise noch Symptome einer Anorexie vorlagen, schließt nicht aus, dass durch das Unfallereignis zusätzlich psychische Symptome hervorgerufen wurden, die als unabhängig von der vorbekannten Anorexie einzuschätzen sind. Gerade die Art der Symptomatik, die bei dem Kläger seit dem Unfall zu beobachten ist, entspricht nicht dem Beschwerdebild einer Anorexie. Von einem Vorbringen "gleicher oder ähnlicher Symptome" kann nicht gesprochen werden. Weder ist ein völliges Abklingen der Anorexie zum Unfallzeitpunkt eine notwendige Voraussetzung, dass es beim Kläger zu unfallbedingten psychischen Gesundheitsschäden kam noch ist die Anorexie eine hinreichende Erklärung für die nach dem Unfall beim Kläger aufgetretenen psychischen Beschwerden. Gleiches gilt auch für die anderen, bereits vor dem Unfallereignis zu beobachtenden psychischen Auffälligkeiten beim Kläger. Die psychischen Krisen vor dem Unfallereignis führten auch im Gegensatz zu der Zeit danach nicht zu länger anhaltenden Zeiten einer Arbeitsunfähigkeit. Der Kläger konnte vor dem 05.08.1999 nach Krisen jeweils vergleichsweise rasch in das Berufsleben zurückkehren. Im Gegensatz zur Zeit nach dem Unfall war das Lebenskonzept des Klägers, durch berufliches Engagement, Anerkennung und Selbstbestätigung zu finden, auch nach persönlichen vorübergehenden Krisensituationen nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Dr. M. geht in ihrem Gutachten ebenfalls von einer "Auslösung" der psychischen Symptomatik durch das Unfallereignis aus und bezeichnet die Symptomatik als "nachvollziehbare" Reaktion auf den Unfall. Entgegen ihrer Auffassung ist der Unfall aber nicht lediglich der Anlaß für die jetzt bestehenden Gesundheitsstörungen, sondern die Ursache im Sinne einer wesentlichen Bedingung. Dr. M. hat auch nicht näher dargelegt, ob bzw. aus welchen Gründen sie davon ausgeht, dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Krankheitserscheinungen ausgelöst hätte.

Entgegen der Auffassung von Dr. K. kann aus dem Suizidversuch des Klägers kein anderes Ergebnis abgeleitet werden. Dieser kann nicht als Ausdruck einer vorbestehenden manifesten depressiven Symptomatik gewertet werden, da der Kläger sich nach dieser psychischen Krisensituation relativ rasch wieder in das Arbeitsleben integrieren konnte. Es handelte sich nach dem überzeugenden Gutachten von Prof. Dr. N./Dr. S. um eine suizidale Krise, die nur von vorübergehender Dauer war. Der Kläger hatte über zwei Jahre vergeblich versucht, die Firma seiner Lebensgefährtin vor dem Konkurs zu bewahren. Nach einem Streit mit dieser hatte der Kläger wahllos Tabletten eingenommen. Hingegen besteht jetzt ein deutliches depressives Syndrom, das eine Chronifizierung aufweist. Soweit Dr. K. angibt, der Kläger habe bereits anlässlich des stationären Aufenthalts in S. über die Symptome einer Höhenangst geklagt, ist dies nicht zutreffend. Aus dem Entlassungsbericht des Kreiskrankenhauses R., S., ergibt sich kein entsprechender Anhaltspunkt. Auch der Kläger hat angegeben, erst in der Reha in Bad G. sei seine extreme Höhenangst festgestellt worden. Dies entspricht auch den Feststellungen im entsprechenden Reha-Entlassungsbericht. Nicht überzeugend ist, wenn Dr. K. annimmt, dass für die Zeit unmittelbar nach dem Unfall keinerlei psychische Störungen geltend gemacht worden seien, die seitens der Behandler und auch seitens des Verletzten auf den Unfall bezogen worden seien. Entgegen der Darstellung von Dr. K. ist dem Bericht des Krankenhauses M. zu entnehmen, dass der Kläger situativ belastet war, multiple Konflikte angedeutet hat und sich subdepressiv gezeigt hat. Zwar wurde angemerkt, dass sich kein Anhalt für eine psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit ergab. Gleichzeitig wurde aber festgestellt, dass eine ambulante Psychotherapie empfehlenswert sei. Die psychische Problematik zeigte sich zudem überdeutlich während des stationären Aufenthalts in Bad G ... Dort werden die psychischen Probleme des Klägers im Vordergrund gesehen. Auch die Behandlungen bei Dr. V. bestätigen das Vorliegen einer erheblichen depressiven Erkrankung seit dem Unfall. Angegeben wurde im entsprechenden Bericht das Vorliegen einer Angststörung. Es sind daher sehr wohl in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Unfall psychische Auffälligkeiten dokumentiert. Soweit Dr. K. eine von ihm angenommene Verdeutlichungstendenz des Klägers in den Vordergrund rückt und damit bereits das Vorliegen der Gesundheitsstörungen bezweifelt, steht dem das überzeugende Gutachten von Prof. Dr. N./Dr. S. sowie die Aussagen der behandelnden Ärzte entgegen. Darüber hinaus kann diesen Äußerungen vor dem Hintergrund, dass Dr. K. den Kläger weder persönlich gesehen noch untersucht hat, sondern lediglich eine Stellungnahme nach Aktenlage abgegeben hat, kein Beweiswert zukommen.

Weitere Gesundheitsstörungen als Folge des Unfalls sind nicht anzuerkennen. Insbesondere bestehen keine weiteren neurologischen Folgeschäden. Eine Nervus Ischiadicus Teilläsion mit Kausalgie ist nicht als Unfallfolge anzuerkennen. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus dem Gutachten des Dr. S. und der Dr. M. ... Dem Gutachten des Dr. S. konnte sich der Senat nicht anschließen.

Durch den Unfall ist weder ein Dauerschaden am Gehirn noch sind spinale und peripher-neurologische Schäden wie z.B. traumatische Myelopathie, Diskopathie, Wurzelschädigungen usw. eingetreten. Soweit vergleichbare Symptome beschrieben sind, handelt es sich um

funktionelle Störungen, die als Ausdruck der psychischen Unfallverarbeitung einzuordnen sind. Insoweit folgt der Senat den Ausführungen von Prof.Dr.S. und Dr. M. , die mit den Ergebnissen der Untersuchungen der behandelnden Ärzte übereinstimmen. Neurologische Folgeerkrankungen wurden von keinem der behandelnden Ärzte angenommen. Insbesondere ist hier auf die neurologischen Befundberichte von Prof.Dr.T. zu verweisen. Prof.Dr.T. hat unter dem 12.08.1999 angegeben, dass sich die bei der Voruntersuchung angetroffenen neurologischen Störungen völlig zurückgebildet hatten. Eine neurologische Kontrolle war nicht nötig. Die nach dem Sturz aufgetretenen Sensibilitätsstörungen beider Beine, später auch des rechten Arms, die sich am Folgetag bis auf einen Rest am rechten Bein und ein positives Lhermitesches Zeichen zurückgebildet haben, sind nicht organoneurologisch bedingt. Dies wird bestätigt im Befundbericht von Dr.V. , Neurologe und Psychiater, vom 06.06.2000. Darin wird angegeben, dass der neurologische Untersuchungsbefund unverändert ist und insbesondere keine Hinweise auf eine organoneurologische Symptomatik bestehen. Auch Dr.V. nimmt insoweit eine depressive Fehlverarbeitung des Unfallgeschehens mit deutlichem Krankheitswert an. Die beim Kläger noch bestehenden Schmerzen sind Ausdruck des Krankheitsbildes der Anpassungsstörung, wie dies auch in dem Gutachten des Prof.Dr.N. überzeugend dargelegt ist.

Soweit im Gutachten des Dr.S. eine geringe residuale motorische Nervus-ischiadicus-Teilläsion rechts mit Kausalgie (Brennschmerz, Allodynie, Hyperpathie) als Unfallfolge angegeben wird und mit einer MdE von 20 v.H. bewertet wird, kann dies nicht überzeugen. Dies entspricht zwar der Diagnose im Befundbericht der Orthopädischen Universitätsklinik R. vom 22.05.2001. Diagnostisch wird hier ohne nähere Begründung von persistierenden ischialgieformen Beschwerden rechts nach Teilläsion des Nervus ischiadicus im Rahmen einer Plexus-sacralis-Läsion bei Zustand nach Sturz aus großer Höhe berichtet. Neurologische Defizite, die die schwerwiegende Störung einer Plexus-sacralis-Läsion klären könnten, werden aber nicht angegeben bzw. ausdrücklich verneint. In den späteren Befundberichten aus dem F.-Institut vom 22.01.2001 und vom 11.10.2002 wird diese Diagnose unverändert übernommen. Diese Befundberichte setzen sich aber allenfalls mit der Frage der Epilepsie auseinander. Prof.Dr. S. hat insoweit überzeugend dargelegt, dass die Diagnose einer plexus-sacralis-Läsion unzutreffend ist. Das im Gutachten des Dr. S. beschriebene Schonverhalten, insbesondere die Gangstörung mit Schonhinken, wird auch in dem Gutachten der Dr.M. und im Befundbericht des behandelnden Arztes Dr.V. als funktionelle Störung bzw. psychosomatische Konversionssymptomatik bewertet. Es handelt sich zur Überzeugung des Senats um eine Syndrombildung aufgrund der bestehenden psychischen Störungen. Die damit verbundenen Beeinträchtigungen sind damit bereits erfasst.

Weitere unfallbedingte Gesundheitsstörungen liegen unstreitig auch auf chirurgischem bzw. orthopädischem Fachgebiet nicht vor. Insoweit ist durch die Gutachten des Dr.T. und des Dr.F. , auf die der Senat im Wege des Urkundsbeweises (vgl BSG, SozR Nr 66 zu [§ 128 SGG](#)) zurückgreift, zu verweisen.

Für die unfallbedingte Anpassungsstörung hält der Senat die Einschätzung des Grades der MdE in Höhe von 30 vom Hundert für gerechtfertigt.

Die Entscheidung der Frage, in welchem Umfang die Erwerbsfähigkeit eines Verletzten gemindert ist, ist eine tatsächliche Feststellung, die das Gericht gemäß [§ 128 Abs.1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft ([BSGE 4, 147, 149](#); [BSGE 6, 267, 268](#); BSG, Urteil vom 23.04.1987 - [2 RU 42/86](#)). Die Bemessung des Grades der unfallbedingten MdE richtet sich nach dem Umfang der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens des Verletzten durch die Unfallfolgen und nach dem Umfang der dem Verletzten dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind, betrifft in erster Linie das ärztlich-wissenschaftliche Gebiet. Doch ist die Frage, welche MdE vorliegt, eine Rechtsfrage. Sie ist ohne Bindung an ärztliche Gutachten unter Berücksichtigung der Einzelumstände nach der Lebenserfahrung zu entscheiden. Ärztliche Meinungsäußerungen hinsichtlich der Bewertung der MdE sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Einschätzung des Grades der MdE, vor allem, soweit sich diese darauf bezieht, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind (BSG, SozR 2200 § 581 Nrn.23, 27).

Hierbei sind in der gesetzlichen Unfallversicherung die sogenannten MdE-Erfahrungswerte zu berücksichtigen, die allgemeine Erfahrungssätze darstellen und in der Regel die Basis für einen Vorschlag bilden, den der medizinische Sachverständige zur Höhe der MdE unterbreitet, wobei ihnen nicht der Rechtscharakter einer gesetzlichen Norm zukommt (BSG, Urteil vom 02.05.2001, [B 2 U 24/00 R](#)).

Nach den MdE-Erfahrungswerten wird z.B bei zentralen vegetativen Störungen als Ausdruck eines Hirndauerschadens (etwa Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen, vasomotorischen Störungen in leichter Ausprägung) von einer MdE von 10 bis 20 v.H. ausgegangen. Mittelgradige Störungen dieser Art bedingen hiernach eine MdE von 20 bis 30 v.H. und solche mit Anfällen oder schweren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand eine MdE von 30 bis 40 v.H. (Bereiter-Hahn/Mehrtens, Anhang 2, J 002). Die Gesundheitsstörungen, unter denen der Kläger leidet, sind den hier genannten Störungen vergleichbar, auch wenn sie nicht als Ausdruck eines Hirndauerschadens eingetreten sind. Auch nach Schönberger/Mehrtens/Valentin (Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, S.246) sind stärker behindernde psychische Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit mit einer MdE von 20 bis 40 v.H. zu bewerten.

Da der Kläger aufgrund der Folgen des Arbeitsunfalls auf Dauer seinen Beruf nicht mehr ausüben konnte und inzwischen seit dem Jahr 2001 eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung erhält, somit schwerere Auswirkungen auf den Allgemeinzustand des Klägers belegt sind, war die MdE mit 30 v.H. zu bewerten.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ausgang des Rechtsstreits.

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 Abs.2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-07-11