

## L 2 U 398/13

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 9 U 186/11

Datum

14.08.2013

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 398/13

Datum

11.11.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 288/14 B

Datum

27.01.2015

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zur Abgrenzung einer unfallbedingten somatoformen Schmerzstörung zu einer Persönlichkeitseingetümllichkeit, die sich durch eine erhebliche Aggravation äußert.

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 14. August 2013 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob dem Kläger aufgrund des Unfallereignisses vom 20. Juli 2006 eine Verletztenrente zu gewähren ist.

Der 1971 geborene Kläger war zum Unfallzeitpunkt bei der A. AG bei der Karosserie-Aufbaulinie A3 beschäftigt. Er verletzte sich am 20. Juli 2006 am Handgelenk und an der Schulter, als sich ein verklemmter Kappenfräser löste. Er wurde von dem schweren Maschinenteil an der linken Schulter und am Rücken getroffen und zu Boden geworfen. Nach dem Bericht des Durchgangsarztes Dr. L. vom 20. Juli 2006 bestanden eine Prellung des rechten Unterarms, eine Prellung des linken Schulterblattes sowie eine Schürfwunde. Eine Fraktur wurde nicht diagnostiziert. Es bestand weitere Arbeitsfähigkeit. Im Nachschaubericht vom 12. Oktober 2006 gab Dr. L. als Befund eine Prellung rechter Unterarm, linkes Schulterblatt, eine Schürfwunde sowie eine Myogelose Schulter und Rücken an. Seit zwei Wochen übe der Kläger eine neue Tätigkeit mit regelmäßigem Heben von 5 kg aus; es seien jetzt Schmerzen und eine Verspannung im Bereich der mittleren Brustwirbelsäule (BWS) und Reibegeräusche in der rechten Schulter mit gelegentlichen ziehenden Schmerzen aufgetreten. Im Bericht vom 6. Januar 2007 werden nach Angabe des Klägers immer wieder Schmerzen und Verspannungen der BWS und des rechten Schultergelenks, die sich mit wechselnder Arbeitstätigkeit Anfang Oktober 2006 verstärkt hätten, berichtet.

Eine Kernspintomographie der HWS vom 2. Oktober 2007 zeigte einen kleinen rechtsparamedianen Bandscheibenvorfall im Segment HWK 3/4 ohne Nachweis einer Myelopathie oder einer Einengung des Spinalkanals. Dr. D. diagnostizierte am 4. Oktober 2007 ein leichtgradiges Sulcus-Ulnaris-Syndrom rechts/links eher als Radikulopathie C 8. Mit Nachschaubericht des Dr. L. vom 10. Januar 2008 wird von der Angabe des Klägers über Schmerzen seit dem Unfall in beiden Schulterblättern berichtet, beide Schultern waren im Befund mit normaler Funktion, die Halswirbelsäule (HWS) frei, leichte Verspannung paravertebral. Mit Krankheitsbericht des Dr. L. vom 28. Januar 2008 wird auf ein Begehren des Klägers, eine neu entdeckte BWS-Verletzung von der Beklagten anerkannt zu bekommen, hingewiesen.

Eine Kernspintomographie der HWS vom 30. Januar 2008 ergab einen im Vergleich zur Voruntersuchung vom 2. Juli 2007 unveränderten Befund mit unverändert kleinem rechtsparamedian betontem Bandscheibenprolaps im Segment HWK 3/4 mit initialen ossären Abstützreaktionen.

In dem Bericht über die Kernspintomographie des linken Schultergelenks vom 13. März 2008 wird über aktivierte AC-Gelenksarthrose, deutliche Auftreibung des AC-Gelenks berichtet. Hierbei könne es sich auch um eine posttraumatische Veränderung handeln. Laut Unfallklinik M. vom 14. April 2008 bestand eine Gelenksprengung Typ Rockwood I rechts, eine Ruptur des Diskus articularis, aufgrund derer sich im Laufe der Zeit eine AC-Gelenksarthrose ausbilden würde. Ferner bestünden eine Bandscheibenprotrusion BWK 7/8 und ein Bandscheibenprolaps HWK 3/4. Im Abschlussbericht vom 28. April 2008 der Unfallklinik M. wird über eine arthroskopische AC-Gelenksresektion linke Schulter vom 21.04.2008 berichtet. Intraartikulär habe sich eine Auffaserung des superioren Labrumkomplexes im

Sinne einer SLAP 1-Läsion gezeigt, die wahrscheinlich nicht unfallbedingt sei. Des Weiteren sei eine arthroskopische AC-Gelenksresektion erfolgt. Der Kläger habe während des gesamten Aufenthalts fortwährend Schmerzen im Halswirbelsäulenbereich mit Kribbelparästhesien des rechten Unterarms und der Hand geklagt.

Es folgten weitere ärztliche Behandlungen, insbesondere auch der Schulter, u.a. bei Dr. H., in der Unfallklinik M., bei Herrn Dr. S. und in den Kliniken Dr. E. in den Jahren 2008 und 2009. Im Bericht über ein MRT linkes Schultergelenk vom 3. September 2008 des Dr. P. wird der postoperative Zustand mit Veränderungen im AC-Gelenk beschrieben. Bzgl. MRT der HWS vom 3. September 2008 wird von Dr. P. über einen Diskusprolaps HWK 3/4 berichtet, Streckhaltung der oberen und mittleren HWS im Liegen, keine das Altersmaß überschreitenden degenerativen Veränderungen. Weiter liegt ein Bericht über die Kernspintomographie des Neurocraniums vom 30. September 2008 vor.

Auf weitere Berichte v.a. des Dr. H., Kliniken Dr. E., vom 9. Oktober 2008, der Klinik B. F. vom 7. Oktober 2008 über berufliche Rehabilitation seit 5. August 2008, des Neurologen und Psychiaters Prof. Dr. G. vom 3. November 2008, des Neurochirurgen Dr. C. vom 23. April 2008, den vorläufigen Entlassungsbericht der B.-Klinik vom 19. Januar 2009 über stationäre Reha-Behandlung vom 5. August 2008 bis 20. Januar 2009 sowie den ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik B. vom 25. Februar 2009 (als Diagnosen werden neben den Reha-Diagnosen bzgl. der linken Schulter als weitere Diagnosen kleiner Bandscheibenprolaps C 3/4 sowie Anpassungsstörung im Rahmen Persönlichkeitsstörung genannt) wird verwiesen.

Die Beklagte holte im Rahmen der ersten Rentengutachten ein neurologisches Zusatzgutachten zum Rentengutachten vom 27. März 2009 der Dipl.Med. B. R. ein. Als wesentliche Unfallfolgen bestünde ein Zustand nach Acromioclaviklarruptur Tossy links mit ACG-Arthrose. Aus neurologischer Sicht bestehe keine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE).

In dem von der Beklagten eingeholten Gutachten auf psychiatrischem Gebiet des Prof. Dr. P. vom 17. Juli 2009 werden als Diagnosen für die Zeit nach dem Arbeitsunfall bis zu einem zweiten Arbeitsunfall am 8. Dezember 2007, bei dem sich der Kläger den Kopf bei einem Sprung nach oben an einer Absaugung gestoßen hat, eine depressive Episode leichten Grades, für die Zeit danach eine depressive Episode mittleren bis schweren Grades beschrieben. Die MdE betrage hierfür 15 v.H. bzw. 60 v.H. Durch die Geburt der jüngsten Tochter (mit gesundheitlicher Einschränkung) im Juli 2007 sei es zu einer geringfügigen Befundverschlechterung gekommen. Die Befundverschlechterung stehe jedoch nicht in kausalem Zusammenhang mit den Arbeitsunfällen. Eine somatoforme Schmerzstörung sei nicht gegeben.

Im unfallchirurgischen Gutachten des Dr. S. vom 27. Juli 2009 wird eine seitengleich ausgebildete Muskulatur an Ober- und Unterarmen geschildert, auch die Handflächenbeschwellung sei seitengleich. Aus den aktuellen Röntgenaufnahmen der linken Schulter ergebe sich kein Hinweis auf ein auffälliges Impingement, die Knochenstruktur sei regelrecht. Der Gutachter nannte als Diagnosen eine AC-Gelenksverletzung Typ Rockwood I linke Schulter, AC-Gelenksarthrose posttraumatisch und unfallunabhängig eine SLAP 1-Läsion linke Schulter sowie eine Bandscheibenprotrusion HWK 3/4. Es lägen Unfallfolgen vor bzgl. Bewegungseinschränkung linke Schulter, Kraftverlust linker Arm, röntgenologische Veränderungen mit lateraler Clavikularesektion bei deutlichen Aggravationstendenzen. Die MdE wurde auf 10 v.H. eingeschätzt. Der Sachverständige wies auf eine deutliche Diskrepanz zwischen angegebenen Beschwerden und tatsächlich objektivierbaren Unfallverletzungsfolgen hin.

Mit beratungsärztlicher Stellungnahme des Prof. Dr. G. wurde eine erneute Begutachtung auf psychiatrischem Fachgebiet empfohlen. Der Klägerbevollmächtigte teilte am 14. Oktober 2009 mit, es werde keine neue Begutachtung im Verwaltungsverfahren gewünscht.

Mit ergänzender Stellungnahme des Dr. P. vom 29. Dezember 2009 wies dieser auf das Fehlen psychiatrischer Vorerkrankungen vor dem ersten Arbeitsunfall hin. Beide Unfallgeschehen seien generell geeignet, psychiatrische Erkrankungen auszulösen. Das erste Unfallereignis sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ursächlich und wesentlich für die depressive Episode leichten Grades. Der zweite Arbeitsunfall sei lediglich Gelegenheitsursache für die Verschlechterung. Zu diesem Zeitpunkt habe eine psychiatrische Vorerkrankung nach dem ersten Arbeitsunfall bestanden. Bislang bestehe keine ausreichende psychiatrische Behandlung. Es liege zum Nachuntersuchungszeitpunkt eine Besserung der MdE auf 50 v.H. vor, anzustreben sei ein rehabilitative Wiedereinstieg am Arbeitsplatz mit dem Ziel leichter Tätigkeiten.

In der beratungsärztlichen Stellungnahme des Dr. K. vom 8. April 2010 wird ein im Vollbeweis vorliegender psychischer Primärschaden in Abrede gestellt. Eine messbare unfallbedingte MdE auf psychiatrischem Fachgebiet bestehe bzgl. des Unfalls vom 20. Juli 2006 und auch bzgl. des Unfalls vom 8. Dezember 2007 nicht.

Mit Bescheid vom 12. Mai 2010 erkannte die Beklagte den Arbeitsunfall vom 20. Juli 2006 an mit den Unfallfolgen: "Linke Schulter: Nach einer Verrenkung des Schultergelenkes mit Zerrung des Kapsel-/Bandapparates (Rockwood I) bestehen noch: Bewegungseinschränkungen des Schultergelenkes, röntgenologische Veränderungen des Schultergelenkes mit Teilentfernung des äußeren Anteils des Schlüsselbeins, Kraftverlust des Armes, belastungsabhängige Beschwerden." Nicht als Folgen des Arbeitsunfalls wurden anerkannt die Folgen des Arbeitsunfalls vom 8. Dezember 2007, eine depressive Episode mittleren bis schweren Grades, eine Verletzung der Knorpellippe am oberen Rand der Schulterpfanne (SLAP Läsion), Bandscheibenschädigungen zwischen dem 3. und 4. HWK. Eine Verletztenrente sei nicht zu gewähren.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 24. Februar 2011 zurück. Zu den im Widerspruchsverfahren vorgelegten MRT-Bildern der linken und rechten Schulter hatte die Beklagte eine Stellungnahme des Prof. Dr. B. vom 18. Januar 2011 eingeholt. Anlässlich der MRT-Untersuchungen im September 2010 habe ein leichtgradiger Reizzustand des Schulterdachgleitbeutels (Bursitis subacromialis) und ein leichter Reizzustand des ehemaligen Schultergelenkes vorgelegen.

Hinsichtlich des Arbeitsunfalls vom 8. Dezember 2007 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 12. Mai 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Februar 2011 die Anerkennung eines Arbeitsunfalls und die Feststellung von Unfallfolgen ab. Die hiergegen gerichtete Klage vor dem Sozialgericht München (Az.: S [9 U 187/11](#)) hat der Kläger in der mündlichen Verhandlung vom 14. August 2013 zurückgenommen.

Hinsichtlich des Bescheides vom 12. Mai 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Februar 2011, der den Arbeitsunfall vom 20. Juli 2006 betraf, hat der Kläger ebenfalls Klage zum Sozialgericht München erhoben. Er hat zur Begründung eine Darstellung des Unfallhergangs (Schleudern mit Oberkörper, Kopf und Nackenbereich gegen Robotersockel, Bewusstlosigkeit nach dem Unfall) und der nachfolgenden Behandlungen vorgelegt.

Das Sozialgericht hat aktuelle Befundberichte eingeholt und den Orthopäden Dr. K. sowie den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. D. mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt.

Dr. K. hat in seinem Gutachten vom 5. November 2011 die Ansicht vertreten, dass die MdE weniger als 10 v.H. betrage. Allerdings sei bereits der Unfallhergang bzw. -zusammenhang fraglich, wegen der wohl großen Gewalteinwirkung sei jedoch der Unfall als wesentliche Teilursache der aufgetretenen Schulterreckgelenksschädigung anzusehen.

Dr. D. hat in seinem Gutachten auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet vom 3. März 2012 dargelegt, dass bei dem Unfall Gesundheitsstörungen als Unfallfolgen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet nicht aufgetreten seien. Erstmals etwa zwei Jahre nach dem Unfall seien psychische Auffälligkeiten zu beobachten gewesen, zu werten als Zeichen einer beginnenden psychogenen Fehlverarbeitung tendenzieller Ausrichtung. Diese seien nicht als Unfallfolgen anzusehen, sondern als Folge von Persönlichkeitseigentümlichkeiten. Vorbestehende Leiden seien durch den Unfall auch nicht verschlimmert worden. Hinsichtlich der MdE hat der Sachverständige auf das Gutachten des Dr. K. verwiesen.

Mit Bericht vom 30. Juli 2012 der BG-Unfallklinik M. wird über Behandlung am gleichen Tag berichtet. Es wird angeführt, dass nach der letzten MRT-Untersuchung wesentliche Unfallfolgen nicht mehr nachzuweisen seien. Es liege eine erhebliche psychosomatische Überlagerung vor. Es erging Empfehlung einer psychosomatischen Behandlung, allerdings zu Lasten der Krankenkasse.

Das Sozialgericht hat auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein Gutachten des Prof. Dr. W. auf neurologischem und psychiatrischem Fachgebiet vom 25. Januar 2013 eingeholt. Bei nach dem Unfall fortbestehenden Schmerzen sei eine Gelenksprengung Typ Rockwood I links diagnostiziert worden. Eine valide diagnostische Einordnung der neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse sei nicht möglich. Aufgrund der Schmerzen habe sich eine somatoforme Schmerzstörung entwickelt. Die MdE sei deshalb mit 20 v.H. auf psychiatrischem Fachgebiet anzusetzen. Dabei sei berücksichtigt, dass auch Aggravationstendenzen vorhanden seien - was jedoch nicht untypisch für somatoforme Schmerzstörungen sei. Im Gegensatz zur Begutachtung bei Herrn Dr. B./ Dr. P. fänden sich keine Hinweise auf Depression oder depressive Phasen. Auf neurologischem Fachgebiet sei keine Schädigung nachzuweisen. Das vom Kläger angeführte Schädelhirntrauma mit sechzehnminütiger Bewusstlosigkeit im Rahmen des Unfalls sei in den Unterlagen nicht dokumentiert.

Im weiterhin übersandten neuropsychologischen Zusatzgutachten vom 14. September 2012 des Prof. Dr. Z. wird hervorgehoben, dass sich insgesamt in den Bereichen Aufmerksamkeit, Lernen, Gedächtnis, exekutive Funktionen durchwegs deutlich beeinträchtigte Leistungen ergeben hätten. Sprach- und Instruktionsverständnis wäre gut gegeben gewesen, die erhaltenen Ergebnisse seien nicht interpretierbar.

Die Kammer hat ferner das in dem Verfahren eingeholte Gutachten des Prof. Dr. W. vom 23. April 2013, das den Arbeitsunfall vom 8. Dezember 2007 betroffen hat, sowie das im Rentenverfahren (Az. S 25 R 174/13) eingeholte sozialgerichtliche Gutachten des Dr. M. vom 16. Juli 2013 beigezogen. Dr. M. hat neben einer leichtgradigen depressiven Episode eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert.

In der mündlichen Verhandlung vom 14. August 2013 hat die Beklagte einen Anspruch des Klägers auf Verletztengeld für den Zeitraum vom 14. April 2008 bis 20. Januar 2009 anerkannt. Im Übrigen hat das Sozialgericht die Klage mit Urteil abgewiesen. Unter Berücksichtigung des Erstschadensbildes, dem Gutachten des Dr. K. und der Fachliteratur werde aus orthopädischer Sicht keine rentenberechtigende MdE von wenigstens 20 v.H. erreicht. Auch weitere Unfallfolgen in Form der von Prof. Dr. W. befürworteten somatoformen Schmerzstörung seien zur Überzeugung des Gerichts nicht anzuerkennen. Diese Diagnose sei nicht gesichert.

Dagegen hat der Kläger Berufung eingelegt und die Einholung eines "Obergutachtens" auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet angeregt.

Der gemäß § 109 SGG gehörte Orthopäde Dr. C. hat als Unfallfolgen in seinem Gutachten vom 5. Mai 2014 lediglich eine Prellung des rechten Armes und der rechten Schulter sowie eine Prellung des linken Schulterblattes mit begleitender Schürfverletzung angenommen. Es gelinge nicht der Beweis einer stattgehabten Schulterreckgelenksverletzung links. Der festgestellte Bandscheibenvorfall im Bereich der HWS müsse als degenerativ bewertet werden. Sämtliche Unfallfolgen seien bis 12. Oktober 2006 folgenlos ausgeheilt. Eine MdE bestehe nicht.

Zu dem Gutachten des Prof. Dr. W. hat der Senat eine ergänzende Stellungnahme des Dr. D. vom Juli 2014 eingeholt. Dieser hat an seinem Gutachtensergebnis festgehalten. Weder eine undifferenzierte somatoforme Schmerzstörung noch eine somatoforme Schmerzstörung seien in der Diagnosestellung und erst recht nicht als Unfallfolge belegt. Eine psychische Störung sei erst ca. zwei Jahre nach dem Unfall dokumentiert. Daraus allein könne zwar nicht geschlossen werden, dass keine unfallbedingte psychische Störung vorliege und vorgelegen habe. Dies sei aber im Hinblick auf den fachärztlichen Vorbefund (kein auffälliger psychischer Befund bei der Untersuchung durch den Neurologen und Psychiater Dr. D. am 4. Oktober 2007) spekulativ. Soweit Dr. M. neben einer leichtgradigen depressiven Episode eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert habe, sei aus den Befunden nur bedingt nachvollziehbar, wie er zu dieser Diagnose gekommen sei, zumal er in der Beurteilung immer wieder auf erhebliche Aggravationstendenzen des Klägers hinweise.

Der Durchgangsarzt Dr. S. hat in seinem Befundbericht vom 17. Februar 2014 ein chronisches Schmerzsyndrom an der linken Schulter (ICD 10) diagnostiziert. Die Neurologin und Psychiaterin Dr. W. hat am 5. März 2014 eine Anpassungsstörung und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung festgestellt. Eine konsequente psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei nicht erfolgt. Hinsichtlich eines Zusammenhangs mit den Unfallereignissen hat die Ärztin auf die Diskussion in den Gutachten verwiesen.

In der mündlichen Verhandlung vom 11. November 2014 hat der Kläger nochmals den Unfallhergang geschildert und auf seitdem bestehende gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen hingewiesen. Auf die Sitzungsniederschrift wird verwiesen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 14. August 2013 und den Bescheid der Beklagten vom 12. Mai 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Februar 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm für die Folgen des Arbeitsunfalls vom 20. Juli 2006 eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Im Übrigen wird gemäß [§ 136 Abs. 2 SGG](#) auf den Inhalt der Akten der Beklagten, der Gerichtsakte des Sozialgerichts sowie der Klage- und Berufungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig ([§§ 143, 151 SGG](#)), aber unbegründet.

Nicht streitig ist das Vorliegen eines Arbeitsunfalls nach [§§ 7 Abs. 1, 8 Abs. 1](#) des Siebten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB VII), der in dem Ereignis vom 20. Juli 2006 zu sehen ist. Die Schilderung des Unfallereignisses durch den Kläger, vor allem in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat, deckt sich im Wesentlichen mit der Schilderung der Arbeitgeberin in der Unfallanzeige. Der Kläger wurde an Rücken und Schulter von dem schweren Maschinenteil getroffen und stürzte zu Boden, wobei er sich auch an der rechten Schulter stieß. Zu Recht weist z.B. auch der vom Kläger benannte Gutachter Prof. Dr. W. darauf hin, dass ein Schädelhirntrauma mit sechzehnminütiger Bewusstlosigkeit nach Aktenlage nicht dokumentiert ist. Es bestehen erhebliche Differenzen zwischen den vorliegenden Befunden - ausgehend von dem Durchgangsarztbericht des Dr. L. vom Unfalltag - und der späteren Darstellung der Schwere des Unfallereignisses durch den Kläger. Mehrere Gutachter verweisen auf die deutlichen Aggravationstendenzen des Klägers; auch objektiv ist festzuhalten, dass der Kläger weiterarbeiten konnte und vom Durchgangsarzt Arbeitsfähigkeit bescheinigt wurde.

Die Beklagte hat mit streitgegenständlichem Bescheid den Arbeitsunfall sowie als Unfallfolgen betreffend der linken Schulter festgestellt: "Nach einer Verrenkung des Schulterreckgelenkes mit Zerrung des Kapsel-/Bandapparates (Rockwood I) bestehen noch: Bewegungseinschränkungen des Schultergelenkes, röntgenologische Veränderungen des Schultergelenkes mit Teilentfernung des äußeren Anteils des Schlüsselbeins, Kraftverlust des Armes, belastungsabhängige Beschwerden". Von diesen Unfallfolgen ist zunächst auszugehen, auch wenn nach dem Gutachten des Dr. C. der Nachweis einer Schulterreckgelenksverletzung links nicht als Unfallfolge gelingt. Nach allen Gutachten ergibt sich darüber hinaus übereinstimmend, dass der festgestellte Bandscheibenvorfall BWK 3/4 keine Unfallfolge ist. Auch ergibt sich aus den orthopädischen Gutachten übereinstimmend, dass keine weiteren Unfallfolgen auf diesem Fachgebiet anzuerkennen sind.

Zu entscheiden ist über die Frage, ob sich hieraus ein Anspruch auf eine Rente nach einer MdE um mindestens 20 v.H. ergibt. Das Vorliegen eines Stützrententatbestandes wird von den Beteiligten verneint. Darüber hinaus ist maßgebend, ob auch eine somatoforme Schmerzstörung besteht, die ebenfalls für die Bewertung der MdE zu berücksichtigen wäre.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente, [§ 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#). Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens, [§ 56 Abs. 2 S. 2 SGB VII](#). Es ist auf den Maßstab der individuellen Erwerbsfähigkeit des Verletzten vor Eintritt des Versicherungsfalles abzustellen ([BSGE 21, 63](#), 66; vom 26. November 1987, [SozR 2200 § 581 Nr. 27](#); vom 30. Mai 1988, a.a.O., Nr. 28).

Dabei muss die Gesundheitsbeeinträchtigung in einem notwendigen ursächlichen Zusammenhang mit der schädigenden Einwirkung stehen. Die Beurteilung, ob und in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch Unfallfolgen beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet. Dabei ist allerdings die Beurteilung der Kausalität im Ergebnis eine Frage der richterlichen Würdigung. Verursacht sind die Gesundheitsstörungen, wenn der Unfall gegenüber sonstigen schädigungsfremden Faktoren wie z.B. Vorerkrankungen nach der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung von überragender Bedeutung für die Entstehung der Gesundheitsstörung war oder zumindest von annähernd gleichwertiger Bedeutung (wesentliche Mitursache). Eine wesentliche Mitursache liegt dann nicht vor, wenn beim Versicherten eine Anlage so stark und leicht ansprechbar war, dass es zur Auslösung akuter Erscheinungen keiner besonderen, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern jedes andere alltäglich vorkommende ähnlich gelagerte Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinungen ausgelöst hätte. Die für die Bejahung des Zusammenhangs der Gesundheitsstörungen mit dem Arbeitsunfall notwendige Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn nach der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung zu Ätiologie und Pathogenese den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt.

Das Sozialgericht hat unter Berücksichtigung der Gutachten des Dr. K. dargelegt, dass auf orthopädischem Fachgebiet eine MdE von 20 v.H. nicht gegeben ist. Das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung hat das Sozialgericht unter Auswertung der Gutachten des Dr. D. und Prof. Dr. W. als nicht nachgewiesen beurteilt. Der Senat folgt dieser Einschätzung durch das Sozialgericht. Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird abgesehen, da der Senat die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurückweist ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Dies bestätigte sich auch durch die Ermittlungen des Senats im Berufungsverfahren.

Auf orthopädischem Fachgebiet hat der Senat auf Antrag des Klägers das Gutachten des Dr. C. eingeholt, der nur als unfallbedingt eine Prellung des rechten Armes und der rechten Schulter sowie eine Prellung des linken Schulterblattes mit begleitender Schürfwunde angenommen hat und deshalb im Ergebnis zu keiner MdE gelangt. Sämtliche Unfallfolgen sind nach Ansicht dieses Sachverständigen bis 12. Oktober 2006 folgenlos ausgeheilt. Eine stattgehabte Zerrverletzung des Schulterreckgelenks vom Typ Rockwood I hat der Sachverständige als rein hypothetisch angesehen bzw. aufgrund der offensichtlich unfallzeitpunkt-nahen Beschwerdefreiheit am linken Schulterreckgelenk

ausgeschlossen. Diese stringente medizinische Bewertung steht, wie dargelegt, im Widerspruch zu den orthopädischen Vorgutachten des Dr. S., der als unfallbedingte Folge eine AC-Gelenksverletzung Typ Rockwood I linke Schulter sowie eine AC-Gelenksarthrose posttraumatisch ansah, und des Dr. K ... Letztere sah die im Unfall aufgetretene deutliche Gewalteinwirkung wenigstens als wesentliche Teilursache der aufgetretenen Schulterreckgelenksschädigung an. Gemäß dem Gutachten des Dr. S. hat die Beklagte auch die orthopädischen Unfallfolgen anerkannt. Auch nach diesen beiden Gutachten ergibt sich jedoch keine MdE in Höhe von 20 v.H.

Diese Einschätzung deckt sich auch mit der Fachliteratur. Während unkomplizierte Schultergelenksverrenkungen regelmäßig ohne nennenswerte Schäden ausheilen, ist bei den darüber hinausgehenden Beeinträchtigungen vor allem auf die Bewegungseinschränkungen abzustellen (Schönberger/Mehrtens/Valentin (abgekürzt S/M/V), Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl., S. 520 und 523). Beim Kläger besteht ein Impingementsyndrom, d.h. ein Engpasssyndrom. Dr. K. konnte im Rahmen der Untersuchung keine reproduzierbare Bewegungseinschränkung insbesondere hinsichtlich der Überkopfbewegungen feststellen. Auch wenn der Kläger den linken Arm in Schonhaltung am Körper adduziert geführt hat, waren die gemessenen Bewegungsausmaße der Schultergelenke rechts und links identisch. Dr. C. stellte lediglich eine Abweichung bei Seithebung mit Schultergürtel fest (rechts 90 Grad, links 70 Grad); die aktive Schultervorhebung, nach S/M/V das Hauptkriterium (S/M/V, a.a.O; S. 523), war mit 90 Grad seitengleich. Die Entwicklung des Deltamuskels war seitengleich normal. Es zeigte sich links auch keine auffallende Atrophie oder Mindertonisierung. Eine MdE - zumindest in Höhe von 20 v.H. - lässt sich hieraus somit nicht ableiten.

Auf psychiatrischem Fachgebiet ist fraglich, ob eine unfallbedingte somatoforme Schmerzstörung nachgewiesen ist. Nach den im Berufungsverfahren vorgelegten ärztlichen Berichten wie des Dr. S. hat der Kläger Schmerzen im Bereich der linken Schulter; Dr. S. geht von einem chronischen Schmerzsyndrom an der linken Schulter aus. Die Beklagte hat auch belastungsabhängige Beschwerden - neben Bewegungseinschränkungen des Schultergelenks - anerkannt.

Es finden sich auch einige ärztliche Dokumentationen wie das Gutachten des Prof. Dr. W., das Rentengutachten des Dr. M. oder der Arztbrief der Dr. W. vom 5. März 2014, die eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung beschreiben. Dabei ergibt sich aber andererseits auch aus diversen Ausführungen, dass eine deutliche Aggravationstendenz des Klägers besteht. Ferner erfolgt nach Auskunft der behandelnden Neurologin Dr. W. entgegen der Empfehlungen der Gutachter bislang keine konsequente psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung.

Dr. D. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme ausgeführt, dass weder die Diagnose einer undifferenzierten somatoformen Schmerzstörung noch einer somatoformen Schmerzstörung belegt ist und erst recht nicht als Unfallfolge anzuerkennen ist. Eine psychische Störung ist erst ca. zwei Jahre nach dem Unfall dokumentiert. Die fachärztlichen Vorbefunde waren zwischen dem Unfallereignis und der ersten Befunderhebung unauffällig, so bei der Untersuchung durch den Neurologen und Psychiater Dr. D. am 4. Oktober 2007. Auch aus dem Gutachten des Prof. Dr. W. ergeben sich hinsichtlich der Frage der Unfallkausalität - bei Annahme der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung - Anhaltspunkte für Zweifel auch des Sachverständigen, wenn er auf S. 84 seines Gutachtens ausführt: "Soweit der Kausalzusammenhang bejaht wird". Darüber hinaus stellt der Sachverständige z.B. im Rahmen des strukturierten klinischen Interviews stark auf die Angaben des Klägers (z.B. auf S. 59: (...)"nach seinen Aussagen") ab. Die Ursachen somatoformer Schmerzstörungen sind, wie Prof. Dr. W. auch ausführt, vielfältig. Es spielen die genetische Vulnerabilität sowie die Persönlichkeitseigenschaften eine wichtige Rolle. Der Unfall stellt somit auch nach Prof. Dr. W. nur eine Teilursache, wenn auch eine wesentliche, dar.

Die Neurologin und Psychiaterin Dr. R. diagnostizierte am 4. August 2008 erstmals eine somatoforme Schmerzstörung, es fiel aber bereits eine deutliche Somatisierungstendenz auf, die Beschwerdeschilderung war teils demonstrativ und kaum nachvollziehbar, Aggravationstendenzen waren nicht auszuschließen. Vor dem Hintergrund der erst spät dokumentierten psychischen Befunde und den Verdeutlichungstendenzen hält der Senat die Ausführung des Dr. D. für überzeugend, dass es sich insgesamt nicht um eine unfallbedingte Gesundheitsstörung, sondern um tendenzielle Verhaltensweisen im Sinne einer psychogenen Fehlverarbeitung tendenzieller Ausrichtung handelt. Der Sachverständige sieht hier die wesentliche Ursache nicht in dem Unfallereignis, sondern in den Persönlichkeitseigentümlichkeiten, so dass eine Berücksichtigung bei der MdE-Bewertung nicht erfolgen kann.

Auch die Unfallklinik M. ist bereits im Juli 2012 zu dem Ergebnis gelangt, nachdem die letzte MRT-Untersuchung ergeben hat, dass wesentliche Unfallfolgen nicht mehr nachgewiesen werden können, dass ein vernünftiger Behandlungsansatz fehlt. Es konnten weder Reizzustände noch andersartige Gewebeveränderungen festgestellt werden, die als Erklärung für die vorgetragene Schmerzhaftigkeit in der Schulter in Betracht kommen. Das Ausmaß der verbliebenen Unfallfolgen war objektiv aufgrund unverkennbarer Verdeutlichungstendenzen nur sehr schwer zu messen. Es wurde im Ergebnis eine erhebliche psychosomatische Überlagerung angenommen, so dass als der einzige denkbare Therapieansatz eine psychosomatische Behandlung vorgeschlagen wurde, allerdings zu Lasten der Krankenkasse.

Der Senat ist daher zu der Überzeugung gelangt, dass keine unfallbedingte somatoforme Schmerzstörung vorliegt, sondern eine Persönlichkeitseigentümlichkeit im Vordergrund steht. Aber auch bei Annahme einer Schmerzstörung ergäbe sich bei der Bewertung der MdE kein abweichendes Ergebnis, wie dies oben unter Bezugnahme auf die Fachliteratur bereits dargelegt wurde. Die beim Kläger festgestellten Bewegungsausmaße lassen nur eine geringfügige Bewegungseinschränkung erkennen. Eine Muskeldifferenz im Bereich der Oberarme ist nicht gegeben. Dabei ist der Kläger von kräftiger Statur, der Muskelumfang 15 cm oberhalb des Gelenkspaltes wurde von Dr. C. mit jeweils 35 cm seitengleich gemessen. Dies spricht nicht für ein Ausmaß der Schmerzen, das zu einer MdE in Höhe von 20 v.H. führen würde.

Eine depressive Episode, wie von Dr. B./Dr. P. beschrieben, bestätigte sich in den letzten Gutachten nicht. Ausdrücklich weist hierauf auch Prof. Dr. W. hin.

Nicht ausreichend für die Gewährung einer Verletztenrente ist ein Vorbringen, vor dem Unfallereignis gesund gewesen zu sein und seitdem unter verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu leiden. Allein der zeitliche Zusammenhang zwischen einem Unfallereignis und Gesundheitsschäden ist nicht ausreichend.

Die Berufung des Klägers war daher zurückzuweisen.

Die Kostenfolge stützt sich auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil Gründe nach [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2015-02-11