

L 3 U 317/06

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 67 U 188/04

Datum

22.09.2006

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 U 317/06

Datum

30.09.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 22. September 2006 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe der durch einen Arbeitsunfall bedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) im Rahmen eines Verschlimmerungsantrages.

Der 1960 geborene Kläger erlitt am 10. Dezember 1996 im Rahmen seines bei der Firma G Astr. 5, B, versicherten Arbeitsverhältnisses bei seiner beruflichen Tätigkeit als Schlosser einen Arbeitsunfall, indem eine beladene und herab fallende Palette seinen rechten Oberarm traf und diesen mit gleichzeitigem Zug nach unten einklemmte. Ausweislich des Durchgangsarztberichtes des Dr. K vom 10. Dezember 1996 konnten anhand der Untersuchung und der Röntgenaufnahmen eine knöcherne Verletzung und eine Luxation ausgeschlossen werden; diagnostiziert wurde eine Weichteilprellung am rechten Arm. Bei der anschließenden neurologischen Untersuchung wurden lediglich diskrete Hypästhesien festgestellt. Wegen anhaltender Beschwerden stellte sich der Kläger in der Folgezeit in der C V Klinikum (C vor. Die Unfallchirurgen Prof. Dr. H und Dr. K diagnostizierten eine deutliche Fehlbewegung des medialen Schulterblattrandes (Zwischenbericht vom 14. Januar 1997). Neurologisch wurde eine Parese (unvollständige Lähmung) des Musculus serratus anterior rechts (rechtsseitiger Brustmuskel) als Folge einer Überdehnungsläsion des Nervus thoracicus longus (langer Brustkorbnerv) rechts mit hieraus folgenden Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich und Taubheitsgefühlen im rechten Arm sowie Fehlstellung des rechten Schulterblattes festgestellt (Bericht des Facharztes für Neurologie Dr. B vom 09. Januar 1997).

Die zahlreichen Vorstellungen des Klägers in der C führten nicht zur Feststellung, dass der Nervus thoracicus longus sich erholt habe; es sei mit einem Erholungszeitraum bis zu zwei Jahren, wenn überhaupt, zu rechnen. Die Ärzte berichteten über einen anhaltenden klinischen Befund (Anheben des rechten Armes unter Schmerzen nur bis zum rechten Winkel möglich bei passiver freier Beweglichkeit, ohne sensible Ausfälle im Bereich des rechten Arms - Zwischenberichte Dr. K vom 04. Juni und 28. August 1997 und 09. März 1998). Im Ersten Rentengutachten vom 11. Juni 1998 diagnostizierten Prof. Dr. H und Dr. K eine Funktionseinschränkung des rechten Armes infolge einer kompletten Lähmung des Musculus serratus anterior sowie fehlbelastungsbedingter Nacken- und Halswirbelsäulen (HWS)-Schmerzen. Die rechte Schulter stehe im Seitenvergleich um ca. 2 Zentimeter tiefer. Beim Anheben des Arms über die Horizontale trete das rechte deutlich nach dorsal stehende Schulterblatt hervor. Paresen oder Muskelatrophien seien bis auf die Lähmung des Musculus serratus anterior nicht festzustellen, ebenso wenig seien die Muskeleigenreflexe beider Arme beeinträchtigt. Die MdE betrage ab dem 08. Juni 1998 und bis zur Beendigung des zweiten Jahres nach dem Unfall 30 v. H. Dr. B stellte eine komplette Lähmung des rechten Musculus serratus anterior und als typische Folge eine ausgeprägte Scapula alata rechts (flügelartiges Abstehen des Schulterblattes) mit ziehenden Schmerzen beim Heben und Ausstrecken des Arms fest. Eine Reinnervation des Muskels sei nicht erfolgt, die Schulter- und Oberarmmuskulatur sei normal entwickelt und nicht atrophisch, es sei kein wesentlicher Sensibilitätsausfall festzustellen (Bericht vom 26. Juni 1997 und neurologisches Zusatzgutachten vom 23. Juli 1998). Die unfallbedingte MdE sei zurzeit noch mit 30 v. H. zu bewerten.

Mit Bescheid vom 19. August 1998 gewährte die Beklagte dem Kläger eine Verletztenrente auf Grund einer MdE von 30 v. H., zunächst als vorläufige Entschädigung.

In einem Zweiten Rentengutachten vom 07. April 1999 zwecks Feststellung der Voraussetzungen einer Rentengewährung auf unbestimmte Zeit bewerteten Prof. Dr. H und Dr. K die unfallbedingte MdE erneut mit 30 v. H. Festgestellt wurde ein Schonverhalten des rechten Arms beim Entkleiden und eine tiefer stehende rechte Schulter, aber noch keine deutliche Muskelminderung am rechten Schultergürtel und

rechten Arm. Aktives Armheben sei kurzfristig bis 45 Grad möglich, dabei sei ein entsprechendes pathologisches Bewegungsmuster des Schulterblattes zu beobachten. Eine Besserung der Erwerbsfähigkeit sei nicht zu erwarten, vielmehr eher eine weitere Herabsetzung durch zunehmende Folgeschäden. Dr. B diagnostizierte eine Lähmung des Musculus serratus anterior mit der Folge einer Bewegungsstörung des rechten Arms und Schmerzen an anderen Muskeln, die das rechte Schulterblatt hielten. Anhaltspunkte für eine Plexus brachialis-Läsion oder eine radikuläre Läsion im Zervikalbereich hätten sich nicht gefunden. Die Serratus-Parese des rechten Arbeitsarms bedinge eine MdE von insgesamt 30 v. H., die die sekundären Nacken- und Rückenschmerzen mit einschließen (neurologisch-neurophysiologisches Zusatzgutachten vom 14. Mai 1999).

Die Beklagte gewährte dem Kläger daraufhin mit Bescheid vom 14. Juli 1999 eine Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 30 v. H.

In der Folgezeit stellte sich der Kläger wiederum mehrfach in der C vor und klagte über zunehmende Bewegungseinschränkungen des rechten Arms, Schmerzen in der rechten Schulter, in der Brustwirbelsäule (BWS) sowie über Schwindelerscheinungen. Prof. Dr. H und Dr. K diagnostizierten in ihrem Zwischenbericht vom 18. April 2000 und in dem Zweiten Rentengutachten vom 01. September 2000 eine wesentliche Verschlimmerung der Unfallfolgen. Die rechte Schulter stehe deutlich tiefer (ca. 7 Zentimeter), der rechte Arm könne mit Mühe bis 45 Grad gehoben werden, das rechte Schulterblatt zeige eine abnorme Stellung mit Hervorstehen des medialen Schulterblattrands. Beim Entkleiden werde die Kleidung über den herabhängenden Arm abgestreift. Die dauerhafte vollständige Lähmung des Nervus thoracicus longus rechts mit hieraus folgender muskulärer Dysbalance des rechten Schultergürtels habe eine erhebliche, fortschreitende, funktionelle Einschränkung der Beweglichkeit und der Kraft im rechten Arm und eine Verbiegung der BWS nach rechts hervorgerufen. Ob die geklagten Beschwerden der HWS und die Schwindelattacken Unfallfolgen seien, könne derzeit nicht entschieden werden. Aus den vorgelegten Röntgenbildern der HWS vom 13. April 1999 ergebe sich ein unauffälliger Befund, jedoch werde eine marginale Zwischenwirbelraumverschmälerung zwischen HWK 4 und 5 angegeben. Eine HNO-ärztliche und eine orthopädische Untersuchung hätten keine eindeutige Ursache für die Schwindelattacken ergeben. Gegenüber dem Vorgutachten vom 01. April 1999 sei eine Verschlimmerung eingetreten, die MdE werde jetzt auf 40 v. H. eingeschätzt.

Mit Bescheid vom 21. Dezember 2000 gewährte die Beklagte dem Kläger wegen wesentlicher Verschlimmerung der Unfallfolgen eine Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 40 v. H. ab dem 01. März 2000.

Am 02. Oktober 2001 stellte sich der Kläger erneut wegen Verschlechterung seiner Leiden in der C vor. Er gab an, er habe probeweise bei seinem Bekannten im Kiosk mitgearbeitet und habe bei dieser Tätigkeit diverse Gegenstände hochheben müssen, so dass in der Folge verstärkt muskuläre Beschwerden im HWS-, BWS- und Schulterbereich aufgetreten seien. Außerdem bestehe ein Spannungskopfschmerz mit begleitendem Schwindel/ Ohrensausen/Übelkeit. Prof. Dr. H und Dr. S teilten hierauf mit, dass die anlässlich der Untersuchung gefertigten Röntgenbilder auf eine diskrete BWS-Skoliose hinwiesen, hingegen die Schulter- und Ellenbogenbilder unauffällig seien. Die ausgeprägten muskulären Beschwerden seien auf eine muskuläre Dysbalance bei Nervus thoracicus longus Läsion zurückzuführen, eine Verbesserung sei lediglich durch konsequente Schonung und physikalische Maßnahme zu erreichen (Zwischenbericht vom 11. Oktober 2001).

Am 12. Februar 2002 stellte sich der Kläger wegen zunehmender Beeinträchtigungen erneut in der C vor und gab an, er arbeite seit Anfang des Jahres als Kaufmanager in einem Restaurant, könne dies aber nur bedingt durchführen. Im Vergleich zur Voruntersuchung von Oktober 2001 bestehe weiterhin ein stärkerer Lagerungsschwindel (Durchgangsarztbericht vom 15. Februar 2002). Dr. B führte in einem neurologisch-neurophysiologischen Gutachten vom 19. Februar 2002 hierzu aus, die Untersuchung habe eine schwere funktionelle Störung des ganzen rechten oberen Quadranten mit Schonhaltung des Armes und eine ausgedehnte Sensibilitätsstörung an der rechten Kopf- und Halsseite sowie rechts am Thorax und am ganzen Arm ergeben, die weit über den ursprünglichen Schaden aus dem Unfall vom 10. Dezember 1996 hinausgehe. Der Kläger gebe jetzt sogar eine Gefühlsstörung am rechten Bein an. Dabei seien die Muskeleigenreflexe der Arme und Beine seitengleich auslösbar, pathologische Reflexe bestünden nicht. Ein Medianus-SEP als einzige technische Untersuchung habe einen seitengleichen normalen Befund ergeben. Auch die hinzugekommenen Symptome wie Schwindel, Übelkeit und Gleichgewichtsstörungen passten in das Bild der funktionellen Störung. Von einer Aggravation sei nicht auszugehen, jedoch werde eine psychosomatische Untersuchung vorgeschlagen.

Die daraufhin in der C durchgeführte psychosomatische Konsultation führte jedoch zu dem Befund einer weitgehend normalen Persönlichkeitsstruktur (Bericht vom 18. April 2002 der Ärztin für Chirurgie, Unfallchirurgie, physikalische Therapie, Sportmedizin Dr. T und Dr. S). Auch nach einer Vorstellung des Klägers in der psychosomatischen Klinik der C wurde eine Indikation für eine stationäre psychosomatische Diagnostik oder Therapie nicht gesehen; es wurde Vorstellung bei Bedarf vereinbart (Bericht des Prof. Dr. K/ Dr. D vom 25. Juli 2002).

Am 23. Mai 2002 erlitt der Kläger einen privaten Verkehrsunfall, bei dem ein anderes Fahrzeug beim Zurücksetzen auf den von ihm gelenkten, stehenden Pkw auffuhr. Der Kläger stellte sich am darauf folgenden Tag in der unfallchirurgischen Rettungsstelle der C vor. Eine CT-Aufnahme der HWS zeigte einen älteren Prolaps im Bereich der HWS auf der Höhe C4/5 mit bereits knöchernen Randanbauten. Unfallbedingte wesentliche pathologische Veränderungen konnten nicht nachgewiesen werden, insbesondere keine frische Fraktur (Befundbericht [BB] Prof. Dr. H/ Dr. S vom 10. Juli 2002, Zwischenbericht vom 18. September 2002). In den folgenden Jahren durchgeführte MRT-Aufnahmen zeigten jedoch im Bereich der HWS keinen Prolaps, sondern nur Protrusionen, sowie einen kleinen Prolaps im Bereich der BWS (BWK 6/7) ohne nennenswerte Beeinträchtigungen der Nervenstrukturen und ohne Hinweise auf traumatische Verletzungen (MRT-Aufnahmen vom 01. Oktober 2003, 24. August 2004 und 04. März 2005).

Wegen weiterhin geklagter Beschwerden veranlasste die Beklagte im Jahr 2003 erneute Begutachtungen. Die Gutachter Dr. M und Dr. Tr von der C kamen in einem neurologischen Gutachten vom 11. August 2003 zu dem Ergebnis, es liege zwar eine ausgeprägte Serratus-Parese und eine typische Scapula alata rechts vor, so dass kaum eine aktive Bewegung des rechten Arms möglich sei, andererseits könnten aber keine muskulären Artrophien mit Ausnahme des Musculus serratus anterior rechts und keine Muskeltonusveränderungen festgestellt werden. Die neurologische Untersuchung habe über die Lähmung des Musculus serratus anterior rechts hinausgehend keine weiteren objektivierbaren neurologischen Ausfälle nachgewiesen. Auch die EMG-Untersuchung weiterer Schulter- und Armmuskeln habe keinen Hinweis auf eine akute axonale Schädigung gezeigt, sondern normale Muskelpotenziale, welche trotz der Aufforderung zur maximalen Anspannung wegen der unterdurchschnittlichen Bereitschaft des Klägers kein volles Interferenzmuster erreicht hätten. Die

Schulderschmerzen und die Schonhaltung des rechten Arms, insbesondere beim Abspreizen und Heben, könnten in begrenztem Umfang als Begleiterscheinungen einer Serratus-Parese mit unphysiologischer Beanspruchung anderer Schultergürtelmuskeln interpretiert werden. Nicht mit dem Unfall erklärlich sei die wechselnd ausgeprägte Lähmung des gesamten rechten Arms, die Sensibilitätsstörungen im rechten Quadranten und die diffusen weiteren Beschwerden wie Schwindel, Übelkeit und Kopfschmerzen. Es sei eine zielorientierte Aggravation der Beschwerden durch die Serratus-Parese zu vermuten, sofern keine Somatisierungsstörung erkennbar sei. Der Auffahrunfall am 23. Mai 2002 habe allenfalls zu einem leichtgradigen Schleudertrauma geführt. Der festgestellte Prolaps sei vermutlich älteren Datums. Darüber hinaus sei ein Tibialis-SEP mit unauffälligem Befund durchgeführt worden. Die Lähmung des Musculus serratus anterior der rechten Schulter und die sekundären Nacken- und Rückenschmerzen bedingten eine MdE von insgesamt 30 v.H.

Demgegenüber bewerteten Prof. Dr. Hund Dr. K in dem unfallchirurgischen Gutachten vom 28. Juni 2003 die unfallbedingte MdE mit 45 v. H. Für das rechte Schultergelenk, für die Ellenbogengelenke und die Unterarmdrehung sei keine aktive Bewegungsmöglichkeit gegeben und nur eine geringe passive Bewegung unter Schmerzen möglich. Beim Entkleiden würden die Zähne zur Hilfe genommen und die Kleidung über den schlaff herabhängenden rechten Arm abgestreift. Das rechte Schulterblatt stehe deutlich nach hinten vor, die rechte Schulter stehe ca. 7 Zentimeter tiefer. Die vollständige Lähmung des Nervus thoracicus longus rechts mit hieraus folgender muskulärer Dybalance des rechten Schultergürtels hätten, wie die Röntgenbilder zeigten (HWS vom 23. April 1999, 02. Oktober 2001, 21. Juni 2003, CT der HWS vom 10. Juni 2002 sowie der BWS vom 2. Oktober 2001) zu einer Verbiegung der HWS und oberen BWS nach rechts geführt und trotz physikalischer Therapie zu einer erheblichen Kontraktur der betroffenen Gelenke. Dies und die völlige Gebrauchsunfähigkeit des rechten Armes bedingten eine MdE von 45 % v. H., wobei hier ein Zustand wie bei einem Verlust des dominanten Arms (Rechtshänder) zugrunde gelegt werden müsse. Dem gegenüber sei der Bandscheibenvorfall C4/C5 nicht Unfallfolge.

Mit Bescheid vom 19. November 2003 entschied die Beklagte, dass dem Kläger keine höhere Rente zu gewähren sei, da eine wesentliche Verschlimmerung der Unfallfolgen mit einer Erhöhung der MdE um mehr als 5 % nicht vorliege.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein, mit dem er geltend machte, der völlige Funktionsverlust des rechten Armes begründe eine MdE von 75 v. H.

Der Facharzt für Chirurgie - Unfallchirurgie - S, zu dem der Kläger sich zwischenzeitlich in Behandlung begeben hatte, stellte eine Bewegungsstörung im Bereich des Schulterblattes fest. Bei der Untersuchung seien ihm jedoch die geringe Muskelverschmächtigung am rechten Arm und die auffallend feste Schultermuskulatur aufgefallen. Seiner Ansicht nach bestünden auch Zweifel an einer Nervenschädigung. Er halte die geklagten Beschwerden für wenig glaubhaft, die demonstrierte Gebrauchsunfähigkeit des rechten Arms und auch die Schluckstörung könne durch Aggravation oder durch eine psychosomatische Komponente bei erheblichem Rentenbegehren des Klägers bedingt sein (Zwischenbericht vom 11. Februar 2004). Er schließe sich insoweit der Stellungnahme in dem neurologischen Gutachten vom 11. August 2003 (Gutachter Dr. M und Dr. Tr an. Der die Beklagte beratende Arzt Dr. T bestätigte diese Einschätzung. Der Musculus serratus anterior sei zwar infolge der traumatischen Läsion des Nervus thoracicus longus gelähmt, jedoch liege eine Plexuslähmung nicht vor. Diese würde dazu führen, dass sämtliche Innervationen der Muskeln am Oberarm nicht mehr vorhanden seien; hiergegen sprächen jedoch eindeutig die gemessenen Nervenleitungsgeschwindigkeiten und die beschriebenen Muskelumfänge. Für die im unfallchirurgischen Gutachten vom 28. Juni 2003 angeführte vollständige Gebrauchsunfähigkeit des rechten Arms gebe es keine logische Erklärung. Eine Lähmung des Musculus serratus werde üblicherweise mit 30 v. H. eingeschätzt, so dass sogar die vorliegenden 40 v. H. kritisch zu bewerten seien (Stellungnahme vom 23. Februar 2004).

Die Beklagte wies den Widerspruch daraufhin mit Widerspruchsbescheid vom 19. März 2004 unter Bezugnahme auf die medizinischen Feststellungen als unbegründet zurück.

Mit seiner hiergegen bei dem Sozialgericht Berlin (SG) erhobenen Klage hat der Kläger an seinem Begehren auf Gewährung einer Rente auf Grund einer MdE von mindestens 75 v. H. wegen des Arbeitsunfalls vom 10. Dezember 1996 festgehalten und unter Vorlage zahlreicher Unterlagen (u. a. BB des behandelnden Neurologen Dr. M vom 14. Januar und 11. März 2004 im Rentenverfahren [S 35 RA 6049/03] und vom 05. Mai 2006, MRT-Befund vom 24. August 2004, Stellungnahme über die ambulante kardiologische Untersuchung durch die Klinik für innere Medizin am D HB vom 02. Februar 2005 [kein Hinweis auf organische Herzerkrankung], Kopie des Urteils des Amtsgerichts Mitte vom 16. März 2004 [betreffend seine Schadensersatzklage aus dem privaten Verkehrsunfall], vorgetragen, die Unfallfolgen hätten sich wesentlich verschlimmert. Vermutlich seien außer dem Nervus thoracicus longus weitere Nerven beschädigt worden, insbesondere der Plexus brachialis. Mittelbare Unfallfolgen seien die HWS- und BWS-Schäden mit Bandscheibenvorfällen, außerdem Schluckbeschwerden infolge der HWS-Schäden, eine psychische Erkrankung, sexuelle Funktionsstörungen und seit Mitte 2004 auftretende Herzrhythmusstörungen als Folge einer unfallbedingten Langzeittherapie mit Vioxx. Hinsichtlich bestehender Lumboischialgien sei ein Unfallzusammenhang ebenfalls möglich und gutachterlich zu klären. Soweit in einem anderen Klageverfahren vor dem SG Berlin wegen Erwerbsminderungsrente (S 35 RA 6049/03) der neurologisch-psychiatrische Sachverständige Dr. G eine Aggravation behauptete, sei dies für das vorliegende Verfahren nicht von Bedeutung und auch nicht überzeugend. Dr. G sei voreingenommen gewesen und stütze seine Bewertung teilweise auf Beobachtungen außerhalb der gutachterlichen Untersuchungssituation und setze sich auch nicht mit gegenteiligen Bewertungen auseinander. Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem SG Berlin am 22. September 2006 hat der Kläger Urteile des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 16. November 1999 ([VI ZR 257/98](#)) und vom 16. März 1993 ([VI ZR 101/92](#)) zur Entschädigungspflicht unfallbedingter Konversionsneurosen sowie ein neurologisches Gutachten vom 10. August 2006 von Dr. H/Dr. D vorgelegt. Hierin wird ausgeführt, das komplexe Beschwerdebild in Form einer somatoformen Schmerzstörung, einer schweren motorischen und sensiblen Beeinträchtigung der rechten oberen Extremität, von behindernden Begleitbewegungen im Schulterbereich und von Schluckstörungen sei "in keinster Weise" mit den neurologischen Unfallfolgen vereinbar. Gleichwohl könne "die skurrile Entwicklung" der Symptome weit über die Schädigungsstelle hinaus nicht allein durch eine Aggravation erklärt werden. Vielmehr scheine die während der orthopädisch-psychosomatischen Behandlung in der B-Klinik 2003 gestellte Rehabilitations-Diagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung und einer hypochondrischen Störung bei narzistischer Persönlichkeitsstruktur geeigneter, die Erkrankung zu erklären. Die psychotherapeutische Behandlung sei angeraten, jedoch als nicht realisierbar angesehen worden.

Die Beklagte hat unter Vorlage weiterer aktueller Befunde und Zwischenberichte des Durchgangsarztes S (vom 17. November 2004, 10. Januar, 09. und 21. Februar, 03. März, 06. April, 07. Juni und 10. August 2005) vorgetragen, die vielfältigen Gesundheitsstörungen des Klägers seien nicht mehr auf den Unfall vom 10. Dezember 1996 zurückzuführen. Die von den Gutachtern Prof. Dr. H und Dr. K im Gutachten

vom 28. Juni 2003 festgestellte MdE von 45 v. H. sei sogar zu hoch.

Das SG hat ein Vorerkrankungsverzeichnis der AOK, ein MDK-Gutachten und die bei der Arbeitsagentur vorliegenden medizinischen Unterlagen, die Schwerbehindertenakten des Versorgungsamts (IV D 01 3137300), sowie den Verwaltungsvorgang des Rentenversicherungsträgers und die Gerichtsakte betreffend das Erwerbsunfähigkeitsrentenverfahren (S 35 RA 6049/03) beigezogen.

Mit Urteil vom 22. September 2006 hat das SG die Klage abgewiesen und ausgeführt, die Anerkennung einer unfallbedingten MdE von 40 v. H. sei bereits großzügig gewesen, es lasse sich keinesfalls eine Renten erhöhend wirkende unfallbedingte MdE von zumindest 50 v. H. begründen. Als durch den Arbeitsunfall vom 10. Dezember 1996 bedingt habe sich eine Überdehnungsläsion des Nervus thoracicus longus und eine sich als therapieresistent und nicht reversibel darstellende Parese entwickelt, die zu einer deutlichen Einschränkung der aktiven Beweglichkeit der rechten Schulter und einer Fehlstellung des Schulterblatts geführt und Nacken- und HWS-Beschwerden infolge von Fehlbelastungen ausgelöst habe. Darüber hinausgehende erhebliche funktionelle Beeinträchtigungen durch den Arbeitsunfall bestünden nicht, insbesondere keine weitgehende oder sogar vollständige Funktionslosigkeit der gesamten rechten oberen Extremität. Eine Kontraktur der Gelenke sei radiologisch nie nachgewiesen und auch klinisch nicht objektiviert worden. Eine Fehlstellung der HWS und oberen BWS sei zwar radiologisch befundet worden, liege jedoch nur in einem relativ geringen Ausmaß vor, welches massive Folgewirkungen auf die Strukturen angrenzender Gelenke und die Funktionalität der oberen Extremität nicht nachvollziehbar mache. Selbst der den Kläger behandelnde Neurologe Dr. M habe für die Erscheinungen keine plausible Erklärung gehabt. Gegen eine vollständige Funktionslosigkeit der gesamten rechten oberen Extremität spreche vor allem, dass eine massive Verschmächigung der Muskulatur nicht festgestellt werden können und dass sich die Muskeleigenreflexe stets seitengleich hätten auslösen lassen. Funktionsdefizite, die der Kläger bei seinen Untersuchungen demonstriert habe, ließen sich nur als Ergebnis einer bewussten und zielgerichteten Aggravation erklären. Dies hätten so auch Dr. G (Gutachten für das Klageverfahren S 35 RA 6049/03 vom 12. November 2004) in Übereinstimmung mit dahingehenden Beurteilungen im Verwaltungsverfahren (Gutachten Dr. M/Dr. T vom 11. August 2003) und den Arztberichten des Durchgangsarztes S unter Berücksichtigung der fehlenden Kooperation des Klägers bei der Untersuchung, differierender Befunde bei wiederholter Prüfung und einer deutlich besseren Funktionalität der rechten Schulter und des rechten Arms, wenn sich der Kläger unbeobachtet glaubte, ausführlich und überzeugend begründet. Gegen eine Funktionslosigkeit und Bewegungsunfähigkeit des rechten Arms spreche auch, dass der Kläger bei einem Bekannten im Kiosk mitgeholfen und dabei Gegenstände hochgehoben habe und dass er einen weiteren, privaten Verkehrsunfall als Fahrer eines PKW erlitten habe. Ein Aggravationsverhalten des Klägers zeige sich auch daran, dass er den Unfall, bei dem ein vor ihm stehendes Fahrzeug aus dem Stand zurückgefahren und an seinen Pkw gestoßen sei, als schweres Schleudertrauma mit cerebraler Kompression und kurzer Bewusstlosigkeit dargestellt habe, um sein Ziel der Anerkennung eines vorhandenen Bandscheibenschadens als Unfallfolge zu erreichen. Überhaupt habe der Kläger wesentliche Verschlechterungen der Unfallfolgen stets dann geltend, wenn zuvor von ihm geltend gemachte Ansprüche auf weitere Leistungen (berufliche Reha-Maßnahme Ende 1999/Anfang 2000, weitere Vorschusszahlungen/Bürgschaft im Sommer/Frühherbst 2001) gescheitert gewesen seien. Auch soweit der Kläger über die angebliche Funktionsunfähigkeit der rechten oberen Extremität hinausgehend weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen als Folge des Arbeitsunfalls geltend mache, könnten diese keine Erhöhung der unfallbedingten MdE auf zumindest 50 v. H. begründen. Die durch unfallbedingte Fehlbelastungen der HWS und oberen BWS bedingten Beschwerden seien bereits in der MdE von 30 v. H. erfasst (Gutachten Prof. Dr. H und Dr. B vom 11. Juni 1998 und 23. Juli 1998). Darüber hinausgehende Beschwerden auf Grund der später diagnostizierten Bandscheibenschäden im Bereich HWS und BWS seien degenerativer Genese und keine Folgen des Unfalls vom 10. Dezember 1996. Zu keinem Zeitpunkt seien unfallbedingte Verletzungen der HWS- oder BWS-Strukturen festgestellt worden. Auch spreche der lange zeitliche Abstand zwischen dem Unfall 1996 und der Diagnose der Bandscheibenschäden erstmals im Jahre 2002 entscheidend gegen einen ursächlichen Zusammenhang. Schwergradige unfallbedingte Fehlstellungen der HWS-/BWS-Strukturen seien zwar wiederholt von Prof. Dr. H angenommen worden, ohne dass dies jedoch mit den radiologischen Befunden begründbar gewesen wäre. Die ferner angegebenen Schluckbeschwerden, die Schwindelerscheinungen und Übelkeit seien nicht ursächlich durch den Unfall bedingt, weil bereits die insoweit als Ursache in Erwägung gezogenen HWS-Schäden nicht unfallbedingt gewesen seien. Ebenso wenig sei eine Ursächlichkeit des Unfalls vom 10. Dezember 1996 für die LWS-Schäden und -beschwerden (Lumboschialgien L 5) sowie für die spätere Mitteilung des Klägers, er sei durch den Unfall "seiner Mannhaftigkeit beraubt" worden, ersichtlich. Auch der Vortrag, er leide unter Herz-/Kreislaufbeschwerden infolge einer Langzeitbehandlung mit Vioxx habe sich nicht verifizieren lassen, weil die behandelnden Ärzte die Verschreibung von Vioxx nicht bestätigt hätten. Ebenso wenig als Unfallfolge anzuerkennen sei auch die von einigen Ärzten vermutete psychische Erkrankung des Klägers. Es sei bereits äußerst fragwürdig, ob überhaupt eine psychische Erkrankung zu diagnostizieren sei, wie dies von behandelnden Ärzten bzw. Kliniken angenommen bzw. vermutet worden sei, insbesondere von der BKlinik nach einem Reha-Aufenthalt vom 20. Mai bis zum 01. Juli 2003 (vgl. Entlassungsbericht vom 02. Juli 2003) und zuletzt von Dr. H/Dr. D (neurologisches Gutachten vom 10. August 2006). Abgesehen davon, dass das nach dem Gutachten von Dr. B vom 19. Februar 2002 in der C durchgeführte psychosomatische Konsil keinen auffälligen Befund ergeben habe, spreche auch Dr. G (neurologisch-psychiatrisches Gutachten vom 12. November 2004) von einer gezielten Aggravation, neben der eine dissoziative Bewegungsstörung und eine hypochondrische Störung bei narzistischer Primärpersönlichkeitsstruktur allenfalls unterschwellig zu diagnostizieren sei. Da der Kläger auch keine Psychotherapie durchführe, lasse sich ein psychischer Leidensdruck und eine psychische Störung mit Krankheitswert nicht begründen. Davon unabhängig wäre eine anzunehmende psychische Erkrankung vor allem durch unfallunabhängige Faktoren, insbesondere die Persönlichkeit des Klägers bedingt, und damit nicht rechtlich wesentlich durch den Unfall vom 10. Dezember 1996 begründet.

Gegen das ihm am 07. November 2006 zugestellte Urteil richtet sich die am 06. Dezember 2006 bei dem SG Berlin eingelegte Berufung des Klägers, mit der er an seinem Begehren auf Gewährung einer höheren Rente auf der Grundlage einer MdE von mindestens 75 v. H. festhält und zur Begründung auf sein bisheriges Vorbringen verweist. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 30. September 2008 hat der Kläger zur Stützung seines Vorbringens einen aktuellen BB der Fachärztin für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie Prof. Dr. T vom 07. Juli 2008 sowie einen weiteren Zwischenbericht des Durchgangsarztes S vom 18. August 2008 vorgelegt.

Der Kläger beantragt, unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Berlin vom 22. September 2006 sowie des Bescheids vom 19. November 2003 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 19. März 2004 die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 10. Dezember 1996 ab dem 01. Januar 2002 eine höhere Verletztenrente auf der Grundlage einer MdE von mindestens 70 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten (3/00294/977-S) und der Verfahrensakte L 6 B 220/05 R (S 35 RA 6049/03) sowie auf die vom SG in Kopie zur Akte genommenen medizinischen Unterlagen der AOK, des Versorgungsamts und des Arbeitsamts, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, jedoch nicht begründet. Dem Kläger steht ein Anspruch auf Verletztenrente nach einer höheren MdE als 40 v. H. nicht zu. Der dieses Begehren ablehnende Bescheid der Beklagten vom 19. November 2003 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 19. März 2004 ist rechtmäßig.

Nach § 581 Absatz 1 Nr. 2 Reichsversicherungsordnung (RVO), der hier zur Anwendung kommt, weil der Versicherungsfall vor dem Außerkrafttreten des Dritten Buches der RVO am 31. Dezember 1996 eingetreten ist (Art. 35 Nr. 1, 36 Unfallversicherungseinordnungsgesetz [UVEG] vom 07. August 1996 [BGBl. I S. 1254, 1317]) i. V. m. §§ 212, 214 Abs. 3, 73 SGB VII, § 48 Abs. 1 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch [SGB X]), wird, solange in Folge des Arbeitsunfalls die Erwerbsfähigkeit des Verletzten um wenigsten ein Fünftel gemindert ist, als Verletztenrente der Teil der Vollrente gewährt, der dem Grade der MdE entspricht. Nach § 73 SGB VII i. V. m. § 214 Abs. 3 Satz 2 SGB VII ist die Rente bei Änderung ihrer Voraussetzungen aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen in neuer Höhe nach Ablauf des Monats zu leisten, in dem die Änderung wirksam geworden ist. Bei der Feststellung der MdE ist eine Änderung i. S. d. § 48 Abs. 1 SGB X nur wesentlich, wenn sie mehr als 5 v. H. beträgt (§ 73 Abs. 3 SGB VII).

Nach § 48 Abs. 1 SGB X ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung (hier der Bescheid vom 21. Dezember 2000) mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass des Verwaltungsakts vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Die Feststellung einer wesentlichen Änderung erfordert einen Vergleich zwischen den Verhältnissen im Zeitpunkt der letzten rechtsverbindlich gewordenen Feststellung und dem Zustand bei der Neufeststellung, wobei es auf die bei der letzten Rentenfeststellung maßgeblichen objektiven Verhältnisse ankommt. Maßgebend für den Vergleich sind daher nicht die Verhältnisse, von denen die Behörde bei dem Erlass des früheren Bescheids (irrtümlich) ausgegangen ist, sondern es sind die bei Bescheiderteilung objektiv vorhandenen Verhältnisse, die "wahre" Sachlage, zugrunde zu legen (Bundessozialgericht [BSG], SozR 1300 § 48 Nr. 60). Als Vergleichsgrundlage sind dabei die Befunde heranzuziehen, die dem letzten bindenden Rentenfeststellungsbescheid zugrunde lagen (BSG, BSGE 26, 227). Bei der Bildung der MdE sind alle Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen, die mit Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehen. Eine solche Wahrscheinlichkeit ist anzunehmen, wenn nach vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Ursachenzusammenhang sprechenden Faktoren ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass die richterliche Überzeugung hierauf gestützt werden kann (BSGE 45, 285, 286).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze und nach Auswertung der im Verwaltungsverfahren erstellten Gutachten sowie der vorgelegten und beigezogenen medizinischen Unterlagen und radiologischen Befunde liegen bei dem Kläger zwar unfallbedingt funktionelle Einschränkungen der rechten oberen Extremität mit Beschwerden in der Nacken-, HWS- und BWS-Region vor. Diese rechtfertigen jedoch nicht die Annahme einer höheren MdE als 40 v. H., so dass dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 10. Dezember 1996 auch keine Verletztenrente nach einer höheren MdE als 40 v. H., wie sie die Beklagte mit Bescheid vom 21. Dezember 2000 festgesetzt hatte, zusteht. Der Senat schließt sich nach eigener Prüfung vollumfänglich der Würdigung der medizinischen Feststellungen durch das SG an und nimmt daher auf die Entscheidungsgründe des Urteils vom 22. September 2006 (dort S. 6 bis 10) Bezug (§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG)).

Eine hiervon abweichende günstigere Beurteilung ergibt sich auch nicht unter Berücksichtigung des klägerischen Vorbringens im Berufungsverfahren. Aus dem vorgelegten BB des Neurologen Dr. B vom 10. Juli 2007 ergeben sich die bekannten Klagen und Diagnosen mit der Vermutung einer psychogenen Störung. Insbesondere aber konnte eine Muskelatrophie am rechten Arm nach wie vor nicht festgestellt werden, auch waren die Muskeleigenreflexe der Arme seitengleich auslösbar. Diese Befunde sprechen deutlich gegen die behauptete völlige Funktionslosigkeit des rechten Arms. Eine andere Beurteilung ergibt sich auch nicht unter Berücksichtigung der vom Kläger im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem LSG am 30. September 2008 vorgelegten medizinischen Unterlagen. So lässt der im Rahmen der Ablehnung der Bezahlung weiterer Physiotherapie-Maßnahmen durch die Beklagte erstattete BB der Fachärztin für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie Prof. Dr. T vom 07. Juli 2008 als Unfallfolgen lediglich die bekannte Lähmung des Nervus thoracicus longus mit Bewegungseinschränkung der diesem zuzuordnenden Muskulatur erkennen, wogegen - in Übereinstimmung mit den Gutachten Dr. B - die geltend gemachte Bewegungsstörung des gesamten Armes für unfallunabhängig erachtet wird. Die vom Kläger auch bereits im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem SG Berlin am 22. September 2006 unter Bezugnahme auf Urteile des BGH vom 16. November 1999 (VI ZR 257/98) und vom 16. März 1993 (VI ZR 101/92) und des neurologischen Gutachtens vom 10. August 2006 von Dr. H/Dr. D geltend gemachte dissoziative Störung im Rahmen einer Konversionsneurose ist nach wie vor nicht gesichert. So spricht Prof. Dr. T in ihrem BB vom 30. September 2008 lediglich von einem "Verdacht". Voraussetzung für die Anerkennung von psychischen Gesundheitsstörungen als Unfallfolge und für die Gewährung einer Verletztenrente ist nach der Rechtsprechung des BSG (vgl. Urteil vom 09. Mai 2006 - B 2 U 1/05 R - in Juris) aber zunächst die aufgrund eines der üblichen Diagnosesysteme und unter Verwendung der dortigen Schlüssel und Bezeichnungen erfolgte Feststellung der konkreten Gesundheitsstörung (z. B. ICD-10 = Zehnte Revision der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO aus dem Jahre 1989; DSM-IV = Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen der Amerikanischen psychiatrischen Vereinigung aus dem Jahre 1994, deutsche Bearbeitung herausgegeben von Saß/Wittchen/Zaudig, 3. Aufl. 2001). Eine derart klar definierte psychische Gesundheitsstörung ist, worauf auch das SG in seinem Urteil vom 22. September 2006 hingewiesen hat, beim Kläger jedoch nicht festgestellt worden, so dass auch die von ihm vorgelegten Urteile des BGH vom 16. November 1999 (VI ZR 257/98) und vom 16. März 1993 (VI ZR 101/92) - abgesehen von den vom Recht der gesetzlichen Unfallversicherung abweichenden Grundsätzen des Zivilrechts zur Kausalität - deshalb ohne Relevanz sind. Im Übrigen hat bereits Dr. G darauf hingewiesen, dass es sich bei der dissoziativen und hypochondrischen Störung allenfalls um einen diagnostisch unterschweligen Krankheitskomplex handelt.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2009-01-07