

L 2 U 2604/04

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 11 U 3200/01
Datum
04.06.2004
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 2 U 2604/04
Datum
28.06.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 4. Juni 2004 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von Verletztenrente streitig.

Die 1946 geborene Klägerin war als kaufmännische Angestellte, zuletzt - seit über 30 Jahren und seit Mitte 1993 in Teilzeit - bei der W. und S. GmbH u. CoKG in S., beschäftigt. Auf dem Weg zur Arbeit von ihrem Wohnort zu ihrer Arbeitgeberin erlitt sie am 26. Mai 2000 einen Verkehrsunfall, als ein Lkw bei Rot in die Einmündung einer Kreuzung fuhr und seitlich mit dem Pkw der Klägerin zusammenstieß. Seither hat die Klägerin - abgesehen von einem Arbeitsversuch im Oktober 2000 - ihre Beschäftigung nicht wieder aufgenommen. Die Klägerin wurde stationär im St.-V.-Krankenhaus S. - Unfallchirurgie - aufgenommen. Nach dem Durchgangsarztbericht (Dr. A. v. 29. Mai 2000) erlitt sie eine Commotio cerebri, eine Schnittwunde links parietal, ein stumpfes Bauchtrauma, eine Schnittwunde am linken Ellenbogen sowie eine Halswirbelsäulen(HWS)-Distorsion. In dem Entlassungsbericht vom 19. Juni 2000 wurde u.a. ausgeführt, es gebe keine Hinweise für eine über das Ausmaß einer Commotio hinausgehende cerebrale Schädigung. Die stationäre Behandlung erfolgte vom 26. Mai 2000 bis 9. Juni 2000. Die orthopädische Weiterbehandlung erfolgte bei Dr. Ar. (s. Arztbrief vom 7. Juli 2000). Wegen persistierender Gangunsicherheit, rezidivierender Schwindelneigung und Gedächtnisstörungen stellte sie sich Mitte September 2000 in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik (BGU) L. vor, die ein stationäres Heilverfahrens empfahl, welches vom 21. September bis 18. Oktober 2000 durchgeführt wurde. Nach internistischer, HNO-ärztlicher und neurologischer Untersuchung ergab sich nach dem Bericht der dort behandelnden Ärzte vom 7. November 2000 kein richtungweisender auffälliger Befund; es liege eine HWS-Distorsion 1. Grades vor, mit Abschluss des Heilverfahrens sei die Klägerin arbeitsfähig (ab 23. Oktober 2000). Bei der während des Heilverfahrens durchgeführten HNO ärztlichen Untersuchung hatte Dr. C. einen benignen proxymalen Lagerungsschwindel festgestellt, dessen Ursache in kleinen gelösten Kalksalzkristallen im Bogengangsystem liege, was durchaus auf die linksseitige Schädelprellung mit Kopfplatzwunde zurückgeführt werden könne (Bericht vom 27. September 2000). Nach dem die Klägerin ab 29. Oktober 2000 von dem Neurologen und Psychiater A. erneut als arbeitsunfähig angesehen wurde, veranlasste die Beklagte die Untersuchung und Begutachtung der Klägerin auf chirurgischem, HNO-ärztlichem und nervenärztlichem Fachgebiet. Der Neurologe und Psychiater Dr. B. diagnostizierte in seinem Gutachten vom 3. Mai 2001 einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel, einen Zustand nach (Z.N.) Gehirnerschütterung ohne verbliebenes neurologisches Defizit, pseudoradikuläre Armbeschwerden beidseits ohne klinisch-neurologisches und ohne elektrophysiologisches Defizit, pseudoradikuläre Beinbeschwerden beidseits ohne klinisch-neurologisches und ohne elektrophysiologisches Defizit sowie eine phobisch-depressive Entwicklung im Involutionalter; eine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bestehe aus nervenärztlicher Sicht nicht. In seinem Gutachten auf HNO-ärztlichem Fachgebiet vom 31. Mai 2001 führte Dr. C. u.a. aus, der glaubhaft vorgetragene Schwindel bei Positionswechsel im Sinne eines benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels sei ursächlich auf das am 26. Mai 2000 erlittene linksseitige Schädeltrauma zurückzuführen. Die MdE betrage 10 vom Hundert (v.H.). Prof. Dr. W. bezeichnete in seinem unfallchirurgischen Gutachten vom 25. Juni 2001 als Unfallfolge eine reizlos verheilte Narbe im Bereich der Kopfhaut fronto-parietal links sowie einen benignen , paroxysmalen Lagerungsschwindel. Auf unfallchirurgischem Fachgebiet bestehe keine MdE, unter Berücksichtigung des HNO-ärztlichen Fachgebiets eine MdE um 10 v.H. Mit Bescheid vom 26. Juli 2001 anerkannte die Beklagte den Unfall vom 26. Mai 2000 als Arbeitsunfall, lehnte jedoch die Gewährung einer Rente ab. Als Unfallfolgen bestünden - bei folgenlos ausgeheiltem stumpfen Bauchtrauma mit Leberquetschung und HWS-Zerrung - eine reizlose Narbe im Bereich der Kopfhaut links sowie ein anfallartiger Lagerungsschwindel nach Schädel-Hirn-Trauma 1. Grades, die keine MdE um mindestens 20 v.H. begründeten. Den hiergegen erhobenen Widerspruch, der mit Vorlage des Arztbriefs des Chirurgen Dr. T. vom 6. November 2011 (Diagnose mehrerer Bandscheibenvorfälle) begründet wurde, wies die Beklagte mit

Widerspruchsbescheid vom 22. November 2001 zurück.

Gegen den 22. November 2001 mit einfacher Post übersandten Widerspruchsbescheid richtet sich die am 27. Dezember 2001 zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhobene Klage, zu deren Begründung sie das Gutachten des Dr. T. vom 19. Dezember 2001 vorgelegt hat, wonach auf unfallchirurgischen Gebiet eine MdE von 20 v.H., unter Berücksichtigung des HNO-ärztlichen Fachgebiets eine solche von 30 v. H. anzunehmen sei.

Das SG befragte zunächst die behandelnden Ärzte (Dr. H., Ärztin für Neurologie und Psychiatrie; Dr. M., Arzt für Chirurgie; Dr. Sch., Radiologe; Dr. E., Arzt für Allgemeinmedizin; Dr. B., Orthopäde; Dr. H., Internist; Dr. S., Ärztin für Neurologie und Psychiatrie; A., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie) schriftlich als sachverständige Zeugen. Die Neurologin und Psychiaterin Dr. H. hat in ihrer Aussage vom 6. März 2002 mitgeteilt, die Klägerin sei zwischen März 1998 und Mai 1998 in Behandlung gestanden, hier sei auf psychiatrischem Gebiet eine depressive Verstimmung mit phobischen Anteilen diagnostiziert worden. Die Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. hat in ihrer Aussage vom 12. April 2002 ausgeführt, sie behandle die Klägerin seit Juni 2000. Es bestehe ein hirnorganisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma, das mit einer MdE von 80 v.H. zu bewerten sei. Der Neurologe und Psychiater A., bei dem die Klägerin seit November 2001 (wohl gemeint November 2000) in Behandlung steht, hat in seiner Auskunft vom 17. April 2002 die Auffassung vertreten, dass sich die seines Wissens bereits vorbestehende nicht behandlungsbedürftige Angstsymptomatik verschlimmert habe. Es bestehe zusätzlich ein posttraumatisches Syndrom und ein Lagerungsschwindel. Unfallbedingt bestehe eine MdE von 30 v.H. Bezüglich der weiteren Auskünfte der behandelnden Ärzte wird auf den Inhalt der Akten des SG Bezug genommen. Das SG hat weiter Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens des Orthopäden Dr. P., der in seinem Gutachten vom 14. Oktober 2002 ausgeführt hat, auf orthopädischem Fachgebiet bestünden bei der Klägerin, abgesehen von den reizlos abgeheilten Narben am Schädel, linken Ellenbogen und linker Schienbeinvorderkante, keine Unfallfolgen. Die Distorsionen an der Hals- und gegebenenfalls Lendenwirbelsäule seien nach kurzer Zeit folgenlos ausgeheilt gewesen. Unter Berücksichtigung der Folgen auf HNO-ärztlichem Fachgebiet sei eine Gesamt-MdE von 10 v.H. festzustellen. Das SG hat nochmals die Nervenärzte A. und Dr. S. schriftlich gehört. In seiner Aussage vom 23. Oktober 2002 hat Arzt A. mitgeteilt, dass weiterhin keine Arbeitsfähigkeit eingetreten sei; zwar habe kein Schwindel mehr provoziert werden können, die Klägerin leide aber unter einer Art Benommenheit mit ständigen Ängsten, dass der Schwindel wieder auftrete. Dr. S. hat in ihrer Aussage vom 7. Januar 2003 die Auffassung vertreten, es fehle eine spezifische Psychotherapie für posttraumatische Belastungsstörungen mit Angststörung. Zur Zeit sei die Klägerin in ihrer Belastbarkeit weiterhin zu 70 v. H. eingeschränkt. Das SG hat anschließend den Psychiater Dr. Schw. zum gerichtlichen Sachverständigen ernannt. In seinem Gutachten vom 10. April 2003 hat dieser ausgeführt, dass es bei der Klägerin mit eintretendem Klimakriterium ab 1995 zu funktionellen Herzbeschwerden sowie 1998 zu einer neurotischen Depression mit phobischen Anteilen gekommen sei. Von Mitte 1999 bis direkt vor dem Unfall sei die Klägerin jedoch auf psychischen Gebiet stabil gewesen. Unfallbedingt sei es zu einer Anpassungsstörung (ab Anfang 2002), einer dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (bis ca. Ende 2001) und einer Agoraphobie (bis Ende 2001) gekommen. Hieraus ergebe sich eine MdE von 30 v.H. bis Ende des Jahres 2001 sowie ab Anfang 2002 auf Grund der genannten Anpassungsstörung eine MdE von 10 v. H. Hiergegen hat sich die Beklagte mit der beratungsärztlichen Stellungnahme des Neurologin und Psychiaters Dr. Schi. vom 13. Mai 2003 gewandt, wonach die geltend gemachten psychischen Störungen nicht kausal auf den Unfall zurückgeführt werden könnten.

Das SG hat anschließend die Ärzte als sachverständige Zeugen gehört, die die Klägerin vor dem Unfallereignis behandelt haben. Arzt für Allgemeinmedizin Dr. E. hat in seiner Aussage vom 23. September 2003 mitgeteilt, er behandle die Klägerin seit dem 10. September 1991 auf psychiatrischem Gebiet wegen "Kribbelparesthesien und Kopfdruck". Das SG hat ihn ergänzend in dem Termin zur Beweisaufnahme vom 16. Januar 2004 als Zeugen gehört, wobei er hier angegeben hat, er habe mit seiner sachverständigen Zeugenaussage nicht zum Ausdruck bringen wollen, dass er die Klägerin "tatsächlich richtig behandelt hätte wegen psychischer Beschwerden". Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin Dr. Schl.-C. hat in ihrer Aussage vom 27. September 2003 über die Behandlungen vom 7. Mai 1998 und 30. Juni 1998 wegen einer generalisierten Angstneurose berichtet. Die Frauenärztin St. hat ihren schriftlichen Aussagen vom 25. September 2003 und 7. November 2003 über eine 1997 beginnende Hormonbehandlung wegen klimakterischen Ausfallerscheinungen berichtet. Der Sachverständige Dr. Schw. hat unter dem 11. Mai 2004 im Hinblick auf die Befragung der behandelnden Ärzte sein Gutachten ergänzt; eine Änderung habe sich dadurch nicht ergeben. Mit Urteil vom 4. Juni 2004 hat das SG die angefochtenen Bescheide abgeändert und die Beklagte verurteilt, der Klägerin Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 26. Mai 2000 für die Zeit vom 23. Oktober 2000 bis 31. Dezember 2001 nach einer MdE von 30 v.H. und für die Zeit ab 1. Januar 2002 nach einer MdE von 20 v.H. zu gewähren. In den Entscheidungsgründen, auf die im Übrigen Bezug genommen wird, hat es u.a. ausgeführt, auf orthopädischem Gebiet bestünden seit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit am 23. Oktober 2000 keine Unfallfolgen mehr, auf HNO-ärztlichem Gebiet liege ein anfallsartiger Lagerungsschwindel vor, der mit einer MdE von 10 v.H. zu bewerten sei. Auf nervenärztlichem Gebiet seien als Unfallfolgen eine dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (bis Ende 2001), eine Agoraphobie und eine Anpassungsstörung gegeben. Insoweit ist es dem Sachverständige Dr. Schw. gefolgt.

Hiergegen richtet sich die am 2. Juli 2004 eingelegte Berufung der Beklagten. Das von der Klägerin geltend gemachte psychische Beschwerdebild sei nicht durch das Unfallereignis rechtlich wesentlich verursacht, unklar sei bereits welche psychischen Erkrankungen die Klägerin überhaupt habe. Eine korrekte Diagnosestellung sei bislang nicht erfolgt. Die vom Gerichtsgutachter gestellten Diagnosen seien nicht zutreffend; im Übrigen seien psychische Auffälligkeiten seit dem Jahre 1996 vorhanden und damit eine entsprechende psychische Anlage nachgewiesen, sodass kein Kausalzusammenhang gegeben sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 4. Juni 2004 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines nervenärztlichen Gutachtens des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Prof.

Dr. F. ... In seinem Gutachten vom 24. März 2005 hat der Sachverständige u.a. ausgeführt, es bestehe auf psychiatrischem Fachgebiet derzeit keine Störung. Bezüglich der vordiagnostizierten unfallbedingten Anpassungsstörung sei anzumerken, dass diese nach den ICD-10 Kriterien definitionsgemäß nur zwei Jahre andauern könne, somit sei eine solche Störung bei der Klägerin bereits seit knapp drei Jahren nicht mehr anzunehmen. Derzeit fänden sich auch keine Hinweise für das Vorliegen einer Agoraphobie. Weder aktuell noch in der Vorgeschichte erfülle die Klägerin die Kriterien für die Diagnose einer posttraumatische Belastungsstörung oder einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach einer extremen Belastung.

Bezüglich weiterer Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Akten der Beklagten sowie auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten hat Erfolg.

Die statthafte ([§§ 143,144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)) sowie frist- und formgerecht ([§ 151 SGG](#)) eingelegte Berufung ist zulässig und begründet. Der angefochtene Bescheid ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat gegenüber der Beklagten keinen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente, weil über die von der Beklagten festgestellten Unfallfolgen hinaus keine weiteren bestehen und die festgestellten keine rentenberechtigende MdE um mindestens 20 v.H. begründen.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist der Bescheid vom 26. Juli 2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22. November 2001, mit dem die Beklagte die Gewährung von Verletztenrente auf Grund des als Arbeitsunfall anerkannten Ereignisses vom 26. Mai 2000 abgelehnt hat.

Nach [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Nach [§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#) gehört zur versicherten Tätigkeit auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit. Grundvoraussetzung für die Gewährung einer Verletztenrente ist nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#), dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Unfallereignis) und die Gesundheitsstörung, derentwegen Entschädigungsleistungen begehrt werden, erwiesen sein, d.h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. [BSGE 58, 80](#), 83 = SozR 2200 § 555a Nr. 1; [BSGE 61, 127](#), 128 = SozR 2200 § 548 Nr. 84). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. [BSGE 58, 80](#), 83; [61, 127](#), 129); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. [BSGE 45, 285](#), 286 = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#); [BSG SozR 3-2200 § 551 Nr. 16](#) S. 81 f.). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. [BSGE 63, 277](#), 280 = SozR 2200 § 548 Nr. 91).

Das Unfallereignis vom 14. Februar 1995 erfüllt die Voraussetzungen eines Arbeitsunfalls (von außen auf den Körper einwirkendes schädigendes Ereignis, versicherte Tätigkeit, innerer Zusammenhang); dies hat die Beklagte im angefochtenen Bescheid anerkannt. Als Unfallfolgen anerkannt sind eine reizlose Narbe im Bereich der Kopfhaut links sowie ein anfallsartiger Lagerungsschwindel nach Schädel-Hirn-Trauma 1. Grades. Folgenlos ausgeheilt ist das stumpfe Bauchtrauma, die Leberquetschung sowie die HWS-Zerrung. Insbesondere auf orthopädischem Fachgebiet sind über den Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit zum 23. Oktober 2000 hinaus keine Unfallfolgen mehr festzustellen. Dies ergibt sich überzeugend aus dem im Verwaltungsverfahren erstellten Gutachten des Prof. Dr. W. sowie aus dem Sachverständigengutachten des Dr. P. und dem Bericht des behandelnden Chirurgen Dr. M. ... Die entgegenstehende Auffassung des Dr. T., der die von ihm Mitte Oktober 2001 festgestellten Veränderungen an der gesamten Wirbelsäule der Klägerin allein auf Grund ihrer Angaben ursächlich dem Unfall zuordnete, ist nicht nachvollziehbar und durch das Gutachten des Dr. P. in allen Punkten widerlegt (s. im Einzelnen S. 21/22 des Gutachtens). Auf nervenärztlichem Fachgebiet liegen - entgegen der Auffassung des SG - jedoch keine Gesundheitsstörungen vor, die mit Wahrscheinlichkeit auf dem Unfall vom 26. Mai 2000 zurückzuführen sind. Der Senat stützt seine Entscheidung auf das Gutachten des Prof. Dr. F., der bei seiner Untersuchung am 15. März 2005 keine Erkrankung auf nervenärztlichem Gebiet hat feststellen können. Der neurologische Befund ist im Wesentlichen unauffällig gewesen. Bei den Lagerungsproben nach rechts und links hat die Klägerin zwar Schwindel angegeben, jedoch konnte dieser nicht durch Nystagmen objektiviert werden; das stimmt im Übrigen mit der Auskunft von Arzt A. vom 23. Oktober 2002 überein, in der dieser mitgeteilt hatte, dass sich bei insgesamt unauffälligem neurologischen Befund kein Provokationsnystagmus habe feststellen lassen. Nach dem dokumentierten psychischen Befund ist die Klägerin zu allen Qualitäten (Zeit, Ort, Situation und Person) voll orientiert gewesen und hat bezüglich der Psychomotorik keinerlei Auffälligkeiten gezeigt. Im Gespräch sind keine Störungen der Konzentration und Auffassung offenbar geworden. Ebenso sind keine relevanten Beeinträchtigungen des Kurzzeit-, Intermediär- oder Langzeitgedächtnisses erkennbar gewesen. Von der Stimmung her hat die Klägerin ausgeglichen und schwingungsfähig gewirkt, sie erschien weder depressiv, noch ängstlich gefärbt. Der formale Gedankengang hat geordnet nicht verlangsamt gewirkt. Zu diesem psychischen Befund passend hat die Klägerin gegenüber Prof. Dr. F. einen Tagesablauf geschildert, der keine wesentlichen Einschränkungen in Bezug auf Lebensfreude und -qualität erkennen lässt. Im Gegensatz zu Prof. Dr. F. hat Dr. Schw. in seinem Gutachten vom 10. April 2003 bei der Klägerin auf psychiatrischem Fachgebiet eine dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10: F44.6), eine Agoraphobie - bis ca. Ende 2001 (ICD-10: F40.0) - und eine Anpassungsstörung - ab ca. Anfang 2002 (ICD-10: F43.2) - diagnostiziert und den angeschuldigten Unfall als mindestens annähernd gleichwertige Ursache neben der vorbestehenden psychischen Krankheitsdisposition angesehen. Dieser Beurteilung vermag sich der Senat nicht anzuschließen. Zunächst überzeugt die von Dr. Schw. gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung nicht. Nach der allgemeinen Definition ICD-10 F43.- entstehen die Störungen dieses Abschnitts immer als direkte Folge einer akuten schweren Belastung oder eines kontinuierlichen Traumas. Ursächlich sind psychosoziale Belastungen in einem außergewöhnlichen Ausmaß. Der Beginn der Symptome liegt innerhalb eines Zeitraums von einem

Monat nach dem belastenden Ereignis und hält selten länger als sechs Monate an (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl., S.228). Speziell bei der Anpassungsstörung nach F43.2 handelt es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Diagnosestellung von Dr. Schw. basiert im Wesentlichen auf den eigen- und fremdanamnestischen Angaben der Klägerin und ihres Ehemannes, obwohl er bezüglich der von der Klägerin vorgetragene Defizite (reduzierte mentale Dauerbelastbarkeit, Konzentrations- und Merkschwäche) auf eine deutliche Diskrepanz zwischen der von der Klägerin erlebten Defizienz und des von ihr in der Begutachtungssituation gezeigten Leistungsniveaus hingewiesen hat. Dieses "etwas uncharakteristische Beschwerdebild" hat er dann als "Anpassungsstörung" eingestuft, ohne auf die oben dargelegten Forschungskriterien (F) des ICD-10 einzugehen. Soweit Dr. Schw. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 11. Mai 2004 angegeben hat, das Beschwerdesyndrom der Klägerin lasse sich zeitlich bis zur unmittelbaren Regenerationsphase nach dem Unfallereignis zurückverfolgen, so ist das mangels Darlegung für den Senat auch nicht nachvollziehbar. Nach Aktenlage ergibt sich ein anderes Bild. Im neurologischen Befundbericht vom 25. September 2000 sind Beschwerden über mangelnde Belastbarkeit, Konzentrations- und Merkschwäche nicht vermerkt worden; ebenso wenig im HNO-ärztlichen Gutachten vom 27. September 2000. Selbst bei Arzt A., den die Klägerin etwa Mitte November 2000 zum ersten Mal konsultiert hat (vgl. dessen Arztbrief vom 12. November 2000), hat sie derartige Beschwerden nicht geschildert, sondern auf sich entwickelnde Ängste hingewiesen; das selbe gilt für die nachfolgende Vorstellung bei diesem Arzt am 8. Dezember 2000. Selbst bei der Begutachtung bei Dr. B. (Untersuchung 2. Mai 2001) hat die Klägerin weder über mangelnde Belastbarkeit noch über Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen geklagt. Von einem Zurückverfolgen des "Beschwerdesyndroms" bis zum Unfallereignis kann daher nicht die Rede sein. Die von Dr. Schw. gegebene Begründung für seine Diagnose "Anpassungsstörung" überzeugt deshalb nicht. Ebenso wie Prof. Dr. F. - und im Ergebnis auch Dr. Schi. - schließt sich der Senat der Beurteilung des Psychiaters B. an, der zeitlich näher zum angeschuldigten Unfall auf Grund des von ihm erhobenen psychischen Befundes bei der Klägerin keine Anpassungsstörung feststellen konnte. Ferner ist für den Senat auch nicht nachvollziehbar, aus welchen Gründen Dr. Schw. eine Anpassungsstörung ab etwa Anfang 2002 ohne zeitliche Begrenzung diagnostiziert hat, denn der von ihm erhobene psychische Befund (vgl. S. 21/22 des Gutachtens), der in allen wesentlichen Punkten mit dem von Prof. Dr. F. übereinstimmt, rechtfertigt mindestens ab dem Untersuchungszeitpunkt (Februar/März 2003) diese Diagnose nicht mehr. Zweifel an der von Dr. Schw. gestellten Diagnose ergeben sich auch unter dem von Prof. Dr. F. angesprochenen zeitlichen Aspekt; er hat darauf hingewiesen, dass definitionsgemäß Anpassungsstörungen nur zwei Jahre andauern können (s. auch Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O.), weshalb im Zeitpunkt der Untersuchung der Klägerin durch Dr. Schw. eine solche Störung nicht mehr vorgelegen haben könne. Was die beiden anderen von Dr. Schw. gestellten Diagnosen (dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung, Agoraphobie (bis etwa Ende 2001)) betrifft, lässt der Senat deren Vorliegen offen, denn ein rechtlich wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen diesen Krankheitsbildern und dem angeschuldigten Unfall ist nicht wahrscheinlich zu machen. Für die diagnostizierte dissoziative Störung ergibt sich das bereits aus den allgemeinen in ICD-10 F44.- genannten Forschungskriterien; so werden diese Störungen, die früher als verschiedene Formen der "Konversionsneurose oder Hysterie" klassifiziert wurden, als ursächlich psychogen in enger zeitlicher Verbindung mit traumatischen Ereignissen angesehen. Rechtlich wesentlich ist daher eine neurotische Persönlichkeitsstruktur, das traumatische Ereignis lediglich der Auslöser. Wie Dr. Schw. selbst in seinem Gutachten ausgeführt hat - und was durch die sachverständige Zeugenaussage von Dr. H. vom 6. März 2002 und deren Arztbrief (an Dr. K.) vom 31. März 1998 belegt ist - verfügt die Klägerin über eine ausgeprägte neurotische Disposition. So hat sie auf den Eintritt der Wechseljahre und damit verbundenen körperlichen Symptomen wie Bluthochdruck mit ausgeprägten Ängsten, die mehrfach zum Einsatz eines Notarztes geführt haben, reagiert. Wie sich aus dem Entlassungsbericht der Klinik Hoher M. ergibt, haben sich bei der Klägerin - nach ihren eigenen Angaben - nach dem Tod naher Familienangehöriger eigene Todesängste entwickelt, derentwegen sie in psychiatrischer Behandlung gestanden hat. Diese Beispiele zeigen die ausgeprägte neurotische Persönlichkeitsstruktur der Klägerin, die bei belastenden Lebensereignissen unterschiedlicher Art (Wechseljahre oder Tod naher Angehörigen) mit starken Ängsten reagiert. Deswegen sprechen - worauf auch Dr. Schw. hingewiesen hat - die manifesten psychischen Störungen, wie sie für die Jahre 1995 bis 1998 fachärztlich belegt sind, gegen die Annahme einer zumindest gleichwertigen Bedeutung des Unfallgeschehens für die nach dem Unfall wieder aufgetretenen Ängste. Bei einer Gesamtbetrachtung stellt der Unfall lediglich den Auslöser dar, der die in der neurotischen Persönlichkeitsstruktur bedingten Ängste reaktiviert hat. Die Argumente, die Dr. Schw. dazu bewogen haben, dennoch einen kausalen Zusammenhang zu bejahen, überzeugen den Senat nicht. Ausschlaggebend für seine Beurteilung waren die Angaben der Klägerin und ihres Ehemannes, ihre psychische Problematik in den Jahren 1995 bis Mitte 1999 sei allein im Zusammenhang mit dem Eintritt der Wechseljahre zu sehen und ab Mitte 1999 ohne Bedeutung gewesen. Das trifft - wie oben aufgezeigt - nicht zu. Der Sachverständige hat deshalb einen wesentlichen in den Akten dokumentierten Gesichtspunkt nicht berücksichtigt und damit seiner Beurteilung einen Sachverhalt zu Grunde gelegt, der so nicht vorgelegen hat. Ferner bestehen erhebliche Zweifel daran, dass die Klägerin - wovon Dr. Schw. auf Grund von deren Angaben bei seiner Kausalitätsbeurteilung ausgegangen ist - von Mitte 1999 bis zum Unfall im Mai 2000 psychisch stabil gewesen ist. Denn sie ist wegen sich nach und nach auf fast alle Lebensbereiche ausgeweiteter Angst zur Durchführung einer Psychotherapie überwiesen worden. Hierzu hat die Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin Dr. Schl.-C. in ihrer sachverständigen Zeugenauskunft vom 27. September 2003 ausgeführt, sie habe die Klägerin am 7. Mai 1998 und 30. Juni 1998 behandelt, wobei eine grundsätzliche Besserung nicht eingetreten sei, obwohl sich die Klägerin subjektiv besser gefühlt habe. Die auf die Angaben der Klägerin und deren Ehemann gestützte Annahme des Dr. Schw., vor dem Unfallzeitpunkt sei die Klägerin psychisch stabil gewesen, begegnet somit erheblichen Bedenken. Dessen ungeachtet rechtfertigte aber auch der Umstand, dass die Klägerin nach Aktenlage von etwa Mitte 1999 bis zum Unfall nicht manifest psychisch krank war, die ursächliche Zuordnung der - unterstellten - nach dem Unfall aufgetretenen psychischen Störung zum angeschuldigten Ereignis nicht. Entscheidungserheblich ist insoweit nicht, ob unmittelbar vor dem Unfallereignis eine manifeste Erkrankung vorgelegen hat, sondern ob und wie leicht eine - wie hier nachgewiesene - vorbestehende neurotische Persönlichkeitsstruktur ansprechbar gewesen ist. Diese Abwägung hat Dr. Schw. schon deshalb nicht überzeugend vorgenommen, weil er die in den Akten dokumentierte und von der Klägerin selbst angegebene Entwicklung von therapiebedürftigen Ängsten nach dem Tod naher Angehöriger nicht gewürdigt hat. Daher kann sich der Senat der Kausalitätsbeurteilung des Dr. Schw. nicht anschließen. Denn die zuvor beschriebenen Beispiele zeigen eine leichte Ansprechbarkeit und deswegen ist als rechtlich wesentliche Ursache die neurotische Persönlichkeitsstruktur der Klägerin und nicht das angeschuldigte Unfallereignis anzusehen. Die ansonsten im Verfahren von Dr. S. und Arzt A. diskutierten Diagnosen eines hirnrnorganischen Psychosyndroms oder einer posttraumatischen Belastungsstörung liegen nicht vor. Diese Krankheitsbilder sind mit überzeugender Begründung sowohl von Dr. Schw. (S. 44 des Gutachtens) als auch von Prof. Dr. F. (S. 19 des Gutachtens) ausgeschlossen worden. Prof. Dr. F. hat zutreffend darauf hingewiesen, dass die von Arzt A. aufgeführten Symptome wie "Benommenheit, Kopfschmerzen, Sehstörungen, Doppelbilder, Ängstlichkeit, emotionale Labilität und Herabsetzung der Aufmerksamkeit und Informationsverarbeitung" die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht rechtfertigen. Die charakteristischen Merkmale dieses Krankheitsbildes (s. ICD-10 F43.1) hat die Klägerin bei keinem Gutachter geschildert; soweit Dr. S. in ihrer sachverständigen Zeugenaussage vom 12. April 2002 über "Flash-Backs" berichtet hat, ist diese Beurteilung nicht

befundmäßig belegt und damit für den Senat nicht plausibel; sie steht auch im Widerspruch zu den Angaben der Klägerin gegenüber Dr. Schw. und Prof. Dr. F., bei denen sie szenische Wiedererinnerungen an den Unfall verneint hatte.

Die anerkannte Unfallfolge auf HNO-ärztlichem Gebiet, der benigne Lagerungsschwindel, führt lediglich zu einer MdE von 10. Dies ergibt sich überzeugend aus dem Sachverständigengutachten des Dr. C ... Die Ausführungen des SG in dem angefochtenen Urteil hierzu sind zutreffend und überzeugend. Der Senat nimmt hierauf (S. 11/12) Bezug und sieht insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Damit kommt der Senat zum Ergebnis, dass eine rentenberechtigende MdE zu keinem Zeitpunkt vorgelegen hat. Das Urteil war deshalb aufzuheben und die Klage abzuweisen.

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

Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2006-07-27