L 1 U 5084/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 1 U 4824/05
Datum
28.08.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 1 U 5084/07
Datum
13.05.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 28. August 2007 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers auch im Berufungsverfahren.

Tatbestand:

Im Streit steht der Umfang der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) des Klägers und damit die Höhe der ihm zu gewährenden Verletztenrente.

Der 1968 geborene Kläger war als Diplom-Ingenieur bei der P. AG tätig. Am 4. April 2000 erlitt er mit dem Motorrad einen Verkehrsunfall, als er sich auf dem Weg von der Arbeitsstelle nach Hause befunden hatte. Dabei hat sich der Kläger eine Beckenkammtrümmerfraktur links, eine Milzruptur sowie eine Fraktur der 6. und 7. Rippe lateral links zugezogen (Unfallanzeige des Arbeitgebers vom 19. Juli 2000; Durchgangsarztbericht des Chefarztes der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses V./E. Dr. K. vom 5. April 2000). Der Kläger befand sich vom 4. bis 20. April 2000 in stationärer Behandlung (Entlassungsdiagnosen: Milzruptur, Beckenkammtrümmerfraktur links, Fraktur der 6. und 7. Rippe links, Nierenkontusion links, Pankreaskontusion). Im Zwischenbericht vom 2. Juni 2000 ergänzte Dr. K. die Diagnosen um einen klinischen Verdacht auf Rotatorenmanschettenruptur rechts und berichtete über rezidivierende Oberbauchbeschwerden des Klägers, Schmerzen nach Sitzen ab 45 Minuten links im Hüft-Gesäß-Bereich sowie Bewegungsschmerzen in der rechten Schulter.

Seit 1. Dezember 2002 bezieht der Kläger Rente wegen voller Erwerbsminderung (Bescheid vom 22. März 2004), zunächst bis 31. März 2005 befristet, mittlerweile unbefristet.

Die Beklagte zog die Akten der Staatsanwaltschaft H. zum Unfallgeschehen bei (Az.: 25 Js 15224/00).

Da der Kläger fortlaufend über Schmerzen in der Schulter und im Beckenbereich berichtete, wurden diesbezüglich Kernspintomografien veranlasst. Im Bericht vom 16. Juni 2006 wurden im Bereich der rechten Schulter ein Labrumausriss in den ventralen unteren Anteilen mit Dislokation, ein muskulär bedingter Humeruskopfhochstand mit Einengung des Supraspinatus bei beginnender Degeneration subacromial und kleinere Einrisse im Subscapularisbereich festgestellt. Im Bereich der rechten Hüfte ist im Bericht vom 24. Juli 2000 ein Hämatom im Bereich des Musculus maximus und medius links bei Zustand nach mehrfragmentärer Fraktur der Spina iliaca anterior superior festgestellt worden, ohne Nachweis eines Hämatoms im kleinen Becken oder Hinweis auf Plexuskompression. Nach Durchführung einer Arbeits- und Belastungserprobung nahm der Kläger ab November 2000 seine Tätigkeit zunächst wieder vollschichtig auf. Im Bericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. ([BgU] Prof. Dr. W./OA Dr. M.) vom 10. November 2000 wurde mitgeteilt, dass die stufenweise Wiedereingliederung keine nennenswerten Probleme verursacht habe. Der Kläger klage noch über leichte Schmerzen im Bereich der linken Beckenschaufel; eine gluteale Schwäche links werde noch verspürt.

In der ärztlichen Unfallmeldung vom 14. September 2000 teilte der HNO-Arzt Dr. N. einen persistierenden Tinnitus links bei Zustand nach Schädelprellung mit. Am 14. Dezember 2000 wurde an der rechten Schulter eine arthroskopische Bankart-Operation durchgeführt. Am 22. Februar 2001 wurde wegen einer Narben-Faszienverknöcherung im epigastrischen Winkel nach Splenektomie (Milzentfernung) eine Narbenkorrektur durchgeführt.

Im Zwischenbericht der BgU vom 28. März 2001 wurden fortbestehende starke Schmerzen im Bereich des linken Hüftgelenks und der linken Beckenschaufel berichtet. Eine neurologische Abklärung wurde empfohlen. Im Bericht des Neurologen und Psychiaters Dr. K. vom 25. April

2001 wird ein deutlicher Schongang links, ein Beckenschiefstand mit Absinken links von mindestens 2 bis 3 cm, eine Hypästhesie des Nervus cutaneus femoris links und im Versorgungsgebiet des N. Clunium superiores links sowie eine Beugehemmung des linken Hüftgelenks mit gestrecktem Bein bei 45 Grad berichtet. Am 21. Mai 2001 wurde ein MRT der Lendenwirbelsäule und des Beckens durchgeführt.

Im neurologischen Befundbericht des Universitätsklinikums T. (PD Dr. S.) vom 18. Juli 2001 wurden lokale, dumpfe Dauerschmerzen im Bereich der Fraktur sowie elektrisierende Missempfindungen beschrieben, deren Ursache in einer Pseudoarthrose oder einer Nervenläsion des N. cutaneus femoris lateralis vermutet wurde. Für die vom Kläger vor allem nach längerem Sitzen geschilderten Schmerzen habe eine neurologische Ursache nicht gefunden werden können. Eine relativ seltene Ursache könne aber ein Piriformis-Syndrom sein. Ob es dazu posttraumatisch oder infolge einer Fehlbelastung gekommen sei, sei unklar. Eine radiologische Abklärung der Beckenkammtrümmerfraktur wurde empfohlen.

Prof. Dr. H./Oberarzt Dr. K. erstellten im Auftrag der Beklagten das Zusammenhangsgutachten vom 27. November 2001. Als Verletzungen wurden eine folgenlos ausgeheilte Fraktur der 6. und 7. Rippe links, eine knöchern konsolidierte ehemalige Beckenschaufelfraktur links mit metaplastischer Verknöcherung in der Glutealmuskulatur, eine posttraumatische Kompressionssymptomatik des Nervus cutaneus femoris lateralis mit Schmerzsymptomatik und Parästhesie, muskulär kompensierte Kontusion der Glutealmuskulatur links, Splenektomie nach Abdominaltrauma mit folgenlos ausgeheilter Nierenkontusion links sowie Pankreaskontusion und dauerhafte Einschränkung durch das linksseitig bestehende Ohrgeräusch der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit des Klägers um 5% aufgrund der hno-ärztlichen Begutachtung für die Privatversicherung am 22. März 2001 festgestellt. Die MdE wurde vom 1. November 2000 bis 4. April 2001 mit 30 v.H., ab 5. April 2001 auf 20 v.H. eingeschätzt. Es wurde weiter ausgeführt, dass die Labrumläsion an der rechten Schulter keine Unfallfolge darstelle, da der Befund schon 1995 dokumentiert sei. Es handle sich um einen unfallunabhängigen Vorschaden. Der Unfall habe insoweit nur zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der Beschwerden geführt. Bezüglich der Beschwerden am linken Beckenkamm habe man eine operative Revision des Nervs mit Resektion der umgebende Ossifikationen empfohlen. Im Messblatt nach der Neutral-0-Methode wurden im Wesentlichen seitengleiche Bewegungs- und Umfangsmaße dokumentiert, wobei die Umfangmaße maximal um 0,5 cm voneinander abweichend aufgeführt worden sind.

Vom 17. Januar bis 21. Februar 2002 befand sich der Kläger auf Veranlassung des Rentenversicherungsträgers in stationärer Heilbehandlung, aus der er arbeitsfähig entlassen wurde. Anfang April 2002 knickte dem Kläger beim Gehen das linke Bein schwächebedingt weg. Deshalb stürzte er auf die linke Seite. Seitdem waren Klagen über eine erneute Zunahme der Schmerzen aktenkundig.

Vom 29. April bis 6. Mai 2002 befand sich der Kläger in stationärer Behandlung im Klinikum L. (Prof. Dr. H./Oberarzt Dr. Z.) zur Intensivierung der Schmerztherapie. Im neurologischen Konsil wurden chronische Schmerzen im Verteilungsgebiet des Nervus cutaneus femoris lateralis links mit einer Gefühlsstörung im Verlauf dieser Nerven beschrieben.

Prof. Dr H./OA Dr. Z. teilten unter dem 23. Mai 2002 mit, es liege ein Zustand nach in Fehlstellung verheilter Beckenschaufelfraktur links mit Exostosenbildung vor. Es sei, da der Kläger die Dauerschmerzen nur mit starken Schmerzmitteln aushalte, am 8. Juli 2002 eine stationäre Aufnahme zur Revisionsoperation geplant. Die dann im Juli 2002 tatsächlich durchgeführte Operation erbrachte jedoch keine Besserung der Schmerzproblematik (Bericht Prof. Dr. H. vom 23. August 2002).

Der Kläger legte weiter das Gutachten von Prof. Dr. W., Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik T., vom 18. April 2001 für die private Versicherung des Klägers vor, ebenso das Gutachten der Schmerzklinik K. vom 20. August 2002 (Diagnosen u.a.: chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom des N. cutaneus femoris lateralis links und nozirezeptives Schmerzsyndrom der linken Hüfte bei Zustand nach Motorradunfall; rezidivierendes nozirezeptives Schmerzsyndrom der rechten Schulter im Chronifizierungsgrad II des Mainzer Stadienmodells mit schmerzreaktiver leichtgradiger depressiver Episode; MdE 50 v.H.).

Im Oktober 2002 wurde dem Kläger vom behandelnden Hausarzt ein Rollstuhl rezeptiert, das Klinikum L. berichtete über die vom Kläger durchgeführten schmerztherapeutischen Maßnahmen. Im Dezember 2002 ist ein Anruf der Ehefrau des Klägers notiert, wonach es ihm deutlich schlechter gehe, er sich innerhalb des Hauses nur mit Krücken, außerhalb im Rollstuhl bewege. Deshalb sei er auch psychisch sehr angeschlagen.

Das Klinikum L. berichtete unter dem 23. Dezember 2002, beim Kläger lägen neuropathische und nozirezeptive Schmerzen im Bereich des Beckens mit Ausstrahlung in die Beine mit Lymphödem des linken Oberschenkels und Bewegungseinschränkung der linken Hüfte (Extension/Flexion 0/30/70; Abduktion/Adduktion 10/0/10, Außenrotation, Innenrotation mit gebeugtem Hüftgelenk 10/0/10) nach Beckenkammtrümmerfraktur und Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion vor. Der Kläger benötige, da er kaum mehr als 200 m am Stück gehen könne, und auch dies nur unter starken Schmerzen, dringend einen Rollstuhl, um Rückschritte zu vermeiden.

Der von der Beklagten um eine beratende Stellungnahme gebetene Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. führte unter dem 23. Juni 2003 aus, die bisherige neurologische Diagnostik sei mehr als unzureichend, so dass sowohl Behandlungen wie auch Operationen eher "blind" durchgeführt worden seien. Angesichts der zwischen Neurologen und Unfallchirurgen unterschiedlich mitgeteilten Befunde sei das Verfahren, auch für den Kläger, sehr belastend. Das bislang ungeklärte Schmerzsyndrom bedürfe deshalb einer umfassenden fachübergreifenden Untersuchung, um eine Verbesserung der Situation erreichen zu können. Es sei nach den Schilderungen des Klägers von einer erheblichen Beeinträchtigung auszugehen, die dem Unfall im Sinne einer Anpassungsstörung zuzuschreiben sei, aber auch der unzureichenden Schmerztherapie.

Ab 1. Juni 2003 wurde dem Kläger von der Pflegekasse Pflegegeld nach Stufe I bewilligt (zugrundeliegendes Pflegegutachten vom 30. Juli 2003). Der Beklagten wurde weiter das Gutachten des Facharztes für Neurologie, Schwerpunkt Schmerztherapie, Dr. M., vom 7. Juli 2003, erstellt im Auftrag des Rentenversicherungsträgers im Verfahren um die Gewährung einer Rehabilitationsbehandlung, vorgelegt (Diagnosen: chronisch nozizeptives Schmerzsyndrom, Anpassungsstörung mit rezidivierenden depressiven Episoden, posttraumatischer Tinnitus).

Vom 17. September bis 28. Oktober 2003 befand sich der Kläger in stationärer Behandlung in der medizinisch-psychosomatischen Klinik R ... Im Abschlussbericht vom 4. November 2003 wurde eine schwere depressive Episode, eine chronische Schmerzstörung, ein Zustand nach

Beckentrümmerfraktur sowie ein Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung berichtet. Bei der Aufnahme wurde der Kläger als Unterarmgehstützen beidseits benutzend, Gang langsam, steif und links hinkend beschrieben. In der abschließenden Bewertung wurde ausgeführt, dass der Kläger sicherlich von dem multimodalen schmerztherapeutischen Ansatz profitiert habe, es bestünden aber noch immer ausgeprägte Einschränkungen der körperlichen und psychischen Belastbarkeit durch die chronische Schmerzsymptomatik.

Am 4. Februar 2004 wurde der Kläger im K.-O.-Krankenhaus, S. von Oberarzt Dr. C., Leitender Arzt der Abteilung Unfallchirurgie, im Auftrag der Beklagten untersucht. Den Allgemeinzustand des Klägers beschrieb dieser in seinem Gutachten als kräftig, stabil und athletisch. Zugleich wurde ausgeführt, dass der Kläger mitgeteilt habe, einen akkubetriebenen Rollstuhl zur Erleichterung des Vorwärtskommens zu benutzen, da bei herkömmlichem Handantrieb zu starke Schmerzen im linken Rumpf- und Beckenbereich auftreten würden. Der Kläger sei auch im Rollstuhl zur Untersuchung gekommen. Die Muskulatur der oberen Gliedmaßen wird seitengleich kräftig beschrieben. Mit Unterarmgehstöcken sei ein relativ flotter und zügiger Gang im Untersuchungsraum möglich, wobei das linke Bein nur teilbelastet werde. An den Beinen fände sich eine seitengleiche Bemuskelung. Im linken Beckenschaufelbereich finde sich eine Narbe und eine asymmetrische Beckenform mit Dellenbildung im Bereich der linken Beckenschaufel, wobei eine genaue Beckenschaufelkontur wegen der Schmerzhaftigkeit in diesem Bereich nicht abtastbar sei. Die Hüftgelenksbeweglichkeit sei links endgradig eingeschränkt. Auf chirurgischem Fachgebiet sei die MdE ab 1. November 2000 mit 30 v.H., ab 5. April 2001 mit 20 v.H. auf Dauer zu bewerten. Im Messblatt nach der Neutral-0-Methode werden die Umfangmaße seitendifferent im Ausmaß von maximal 1 cm dokumentiert.

Im Auftrag der Beklagten erstellte weiter Dr. S., Ärztlicher Leiter des Bereichs Psychotherapie der Kliniken S., Konstanz, das neurologisch-psychiatrische Gutachten vom 29. Juli 2004 nach einer stationären Aufnahme vom 14. bis 18. April 2004. Die Stimmung des Klägers wurde bei vordergründiger scheinbarer Ausgeglichenheit als schwer depressiv verändert mit weitgehender Lebensverzweiflung, zeitweise bilanzierenden Suizidgedanken und einer großen Zukunftsangst beschrieben. Durch den Unfall und seine Folgen sei die bisherige Lebensstrategie des Klägers, sich über eigene Leistung im Selbstwert zu stabilisieren und das Leben zu meistern, gefährdet worden, es sei zu einem Zusammenbruch der bisherigen Lebensplanung sowie des bisherigen Selbst- und Weltverständnisses gekommen. Dem Kläger sei es bislang noch nicht gelungen, diesen Verlust zu überwinden oder zu kompensieren, zumal die fortbestehenden durchaus erheblichen körperlichen Unfallfolgen sowie die tägliche Medikamenteneinnahme permanent an den Unfall und die Verletzlichkeit seiner Person erinnerten. Andererseits stelle offenbar das Ringen des Klägers um Anerkennung und Ausgleich seiner unfallbedingten Einschränkung selbst wiederum einen Bewältigungsversuch dar, ein Faktor, der eine Chronifizierung leider eher fördern dürfte. Dr. S. diagnostizierte eine schwere larvierte depressive Episode (ICD10 F 32.2) sowie eine traumatische Schädigung des Nervus cutaneus femoris links (ICD10 S 34.6) mit triggerbaren einschließenden neuralgieformen Schmerzen und einem sekundären neuropathischen Schmerzsyndrom (G 57.1) mit ausgeprägter Überformung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung (F 45.4) sowie weitgehend rückgebildeter traumatischer Läsion des N. iliohypogasticus links mit Allodynie (S 34.6, G 59.8) bei Zustand nach Beckenschaufeltrümmerfraktur links (S 32.8) mit Entwicklung einer Pseudarthrose und zwischenzeitlich operativ entfernter Exostosenbildung, Zustand nach zwischenzeitlich rückgebildeter Teilschädigung des N. glutäi und des M. glutaeus maximus durch die Traumafolgen (Hämatom in diesem Bereich, Exostosenbildung am Muskelansatzbereich an der Beckenschaufel links), Zustand nach Rippenfrakturen der 6. und 7. Rippe links, Zustand nach Milzentfernung bei Milzruptur, Zustand nach Schulterprellung rechts und operativer Versorgung des Labrums rechts, Tinnitus links sowie leichte Hörminderung links. Es bestünden keinerlei Anhaltspunkte für vorbestehende Dispositionen in Bezug auf psychische/psychiatrische Krankheitsbilder, so dass die in einer Telefonnotiz von Prof. Dr. S. wiedergegebene Einschätzung, die Symptomatik des Klägers sei auf ein unfallunabhängiges ausgeprägtes neurotisches Potential zurückzuführen und damit nicht unfallbedingt, nicht nachvollziehbar sei. Es gebe des Weiteren keinerlei Anhaltspunkte für die von diesem vermutete "genetisch bedingte" Depression. Auch für eine "Verschiebung der Wesensgrundlage" dergestalt, dass nunmehr nicht mehr der Unfall und seine Folgen, sondern Wesensstrukturen maßgeblich den Fortbestand der Erkrankung begründeten, gebe es trotz zielgerichteter Exploration keinerlei Anhaltspunkte. Die vom Kläger geschilderten partnerschaftlichen Probleme seien vielmehr das Ergebnis der unfallbedingten Veränderungen von Persönlichkeit, Beziehung und den vom Kläger geschilderten Potenzproblemen. Die MdE belaufe sich vom 11. November 2000 bis 30. Juni 2002 auf 50 v.H., ab 1. Juli 2002 auf 60 v.H. Dabei sei berücksichtigt worden, dass es in Folge der Exostosenoperation im Juli 2002 zu einer weiteren Verschlechterung des subjektiven Schmerzerlebens, vor allem aber auch der Depression gekommen sei. Eine unfallbedingte Pflegebedürftigkeit liege nicht vor. Zur Verbesserung der Mobilität und der sozialen Rückzugstendenz werde ein möglichst leichter und gut transportierbarer Aktivrollstuhl für medizinisch indiziert angesehen, zumal der Kläger durch die bestehende Schmerzsymptomatik - auf Unterarmgehstöcke angewiesen - sehr erheblich in seiner Mobilität eingeschränkt sei.

Mit Schreiben vom 13. September 2004 äußerte ein Sachbearbeiter der Beklagten Zweifel an einigen Schlussfolgerungen des Gutachters, insbesondere im Hinblick auf die (unfallbedingte) Genese der geklagten Schmerzen und der psychischen Störungen und teilte dem Gutachter mit, dass nach seiner Einschätzung für die neurologischen Unfallfolgen eine MdE um 10 v.H., für Anpassungsbeeinträchtigungen eine MdE zwischen 0 und 10 v.H. angemessen sei.

Unter dem 12. November 2004 nahm Dr. S. daraufhin ergänzend Stellung. Dieser führte u.a. aus, das vom Chirurgen Dr. C. beschriebene Erscheinungsbild (kräftig, stabil, athletisch) habe so nicht nachvollzogen werden können. Da der Kläger bis zum Unfall sehr viel Sport betrieben habe, sei sein Ausgangszustand wahrscheinlich muskulär überdurchschnittlich gewesen. Der Oberkörper habe bei seiner Untersuchung ein normales Muskelprofil aufgewiesen. Im Bereich der Beine habe sich eine Seitendifferenz von 1,5 bzw. 2 cm gezeigt. Die vergleichsweise geringe Seitendifferenz beruhe seiner Einschätzung nach darauf, dass der Kläger für längere Strecken den Rollstuhl benutze und nur für kurze Strecken und nur selten Krücken einsetze, die zu einer Atrophie führen. Auch das häufige Liegen führe eher zu einer generellen Atrophie denn einer einseitigen. Weder bei der Untersuchung noch im Rahmen der mehrtägigen Begutachtungssituation habe sich der Eindruck entwickelt, dass der Kläger aggraviere oder diesbezüglich unglaubwürdig sei. Die für die neurologischen Auswirkungen angesetzte MdE um 10 v.H. berücksichtige die rein sensible Ausfallsymptomatik, nicht aber die erheblichen neuropathischen Schmerzen. Diese sei ebenfalls organisch bedingt. Für eine bewusstseinsnahe Begehrens- oder Wunschhaltung fehle jeder Ansatzpunkt. Soweit der Sturz vom April 2002 von der Beklagten als "Bagatelltrauma" angesehen worden sei, sei zu berücksichtigen, dass die Erfahrung des Stürzens erneut die Situation eines plötzlichen Ausgeliefertseins mit einer erheblichen ängstlichen Verunsicherung verursachte. Die zwischenzeitliche Verschlechterung sei auch keineswegs nur auf das "Bagatelltrauma" zurückzuführen. Vielmehr dürfte die Exostosenentfernung in der Nähe des N. cutaneus femoris lateralis vermutlich eine wesentliche Rolle gespielt haben, ebenfalls die mit dem Ausbleiben der Besserung verbundene Enttäuschung und Resignation mit Zusammenbruch der bis dahin forcierten Bewältigungsstrategie und offener Depressivität. Auch die übrigen, von der Beklagten geäußerten Zweifel an einer Unfallabhängigkeit der Beeinträchtigungen konnte Dr. Schmidt nicht teilen und verblieb bei seiner Einschätzung. Zur Gesamt-MdE führte er aus, dass sich unter Berücksichtigung der MdE auf unfallchirurgischem

Fachgebiet vom 1. November 2000 bis 4. April 2001 eine MdE um 60 v.H., vom 4. April 2001 bis 30. Juni 2002 von 60 v.H. und vom 1. Juli 2002 bis auf weiteres um 70 v.H. ergebe.

Mit Bescheid vom 13. Januar 2005 bewilligte die Beklagte Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE um 40 v.H. ab 1. November 2000, um 30 v.H. ab 4. April 2001 und von 20 v.H. ab 4. April 2002. Als Unfallfolgen wurden zugrunde gelegt ruhe- und belastungsabhängige Schmerzen im Bereich des Beckens und der Hüfte mit geringer Bewegungseinschränkung des Hüftgelenks, Empfindungsstörungen und Missempfindungen an der Außenseite des Oberschenkels nach in Fehlstellung verheiltem Beckenschaufeltrümmerbruch, vorübergehend bestehende Anpassungsstörung nach mit neuropathischen Schmerzen einhergehender Schädigung des Nervus cutaneus femoris lateralis links, verbreiterte Narbe im Bauchraum nach Milzentfernung sowie folgenlos ausgeheilte Prellungen der Bauchspeicheldrüse und der linken Niere, folgenlos ausgeheilte Schulterprellung rechts, folgenlos ausgeheilte Brüche der 6. und 7. Rippe links, Ohrgeräusche (Tinnitus) links. Abgelehnt wurde die Anerkennung der Schulterinstabilität rechts nach Labrum-Refixation und Kapselraffung sowie beginnende Schulterinstabilität links, Bänderschwäche mit rezidivierenden Umknicktraumen beider Sprunggelenke, Empfindungsstörungen im Bereich der linken Hand nach Bruch (Autounfall 1989). Zur Begründung wurde insbesondere ausgeführt, dass man sich der Bewertung durch Dr. Schmidt nicht angeschlossen habe, da nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit erwiesen sei, dass das chronische Schmerzsyndrom und eine andauernde Anpassungsstörung als Unfallfolge bestehe.

Dagegen erhob der Kläger Widerspruch, den der Widerspruchsausschuss der Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 6. Juli 2005 zurückwies.

Dagegen hat der Kläger am 1. August 2005 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben und zur Begründung vorgebracht, die Beklagte habe ohne medizinische Kenntnis die von den Sachverständigen vorgeschlagene MdE nicht übernommen und weder das chronische Schmerzsyndrom noch die Anpassungsstörung als Unfallfolge anerkannt. Es gebe keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass - wie die Beklagte behaupte - andere Umstände Ursache der geklagten Schmerzen und Beeinträchtigungen darstellten. Darüber hinaus sei im Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung (Dr. M.) ein nozizeptives Schmerzsyndrom diagnostiziert und er mittlerweile dauerhaft wegen voller Erwerbsminderung berentet worden.

Mit Urteil vom 28. August 2007 hat das SG die angefochtenen Bescheide abgeändert und die Beklagte verurteilt, dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 4. April 2000 Verletztenrente nach einer MdE um 60 v.H. vom 1. November 2000 bis 30. Juni 2002 und um 70 v.H. ab 1. Juli 2002 zu gewähren. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, dass es sich - auch nach eigenem Eindruck vom Kläger im Termin zur mündlichen Verhandlung und unter Berücksichtigung des gesamten Akteninhalts - den weitgehend übereinstimmenden Diagnosen der gehörten Neurologen und Psychiater anschließt, wonach unfallabhängig eine schwere larvierte depressive Episode und ein neuropathisches Schmerzsyndrom vorliege. Die von der Beklagten vermutete Begehrens- und Wunschvorstellung und unfallunabhängige Verursachungsmöglichkeiten stellten bloße Spekulationen dar, die nicht belegt seien und denen deshalb auch nicht nachzugehen sei. Hinsichtlich der MdE-Einschätzung werde dem Vorschlag von Dr. S. gefolgt.

Gegen das ihr am 1. Oktober 2007 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 24. Oktober 2007 Berufung eingelegt. Zur Begründung hat sie vorgebracht, da die MdE-Bewertung in der gesetzlichen Unfallversicherung in erster Linie eine Funktionsbewertung darstelle, sei die Objektivierung von Schmerzen in der Regel gar nicht nötig. Bei der Begutachtung nehme die Schmerzschilderung des Verletzten nur eine Kompassfunktion ein. Der Schmerz sei Wegweiser zum strukturellen Schaden. Deshalb habe der Schmerz regelmäßig keine eigenständige Bedeutung bei der MdE-Bewertung. Anders könne sich die Sachlage darstellen, wenn der Schmerz als eigenständiges Geschehen in den Vordergrund rücke. Auch dann sei der Schmerz als solcher nicht zu objektivieren, sondern seine Auswirkung auf die körperliche Funktionalität zum Maßstab zu nehmen, z.B. Schonung einer Extremität, die zu Muskelatrophien führt. Solche Anzeichen fänden sich jedoch beim Kläger nicht. Sowohl von Dr. H. im Jahr 2001 als auch von Dr. C. werde der Zustand des Klägers als gut bezeichnet, von letzterem sogar als kräftig, athletisch und stabil. Dieser habe auch darauf hingewiesen, dass die Immobilität des Klägers doch nicht so stark sei wie von diesem angegeben, wozu auch dessen Gangschilderung mit Unterarmgehstöcken passe. Bei der somatoformen Schmerzstörung handle es sich im Übrigen nicht um eine Erkrankung, sondern nur um eine auffällige Verhaltensweise. Nicht zuletzt könne, da sich das Schmerzsyndrom nicht objektivieren lasse, auch die darauf gestützte Depression nicht als Unfallfolge anerkannt werden. Im Übrigen sei nicht nachzuvollziehen, weshalb die von ihr vorgebrachten unfallunabhängigen Verursachungsmöglichkeiten, nämlich finanzielle Belastung durch Schulden aus dem 1999 erfolgten Hauskauf und ungewollte Kinderlosigkeit, als Spekulationen bezeichnet würden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 28. August 2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verweist zur Begründung im Wesentlichen auf den Inhalt der angefochtenen Entscheidung und führt ergänzend aus, es sei nicht zutreffend, wenn die Beklagte meine, ein Schmerzsyndrom sei nur durch körperliche Indizien zu belegen. Ihn belaste im Übrigen zudem, dass die Beklagte noch immer nicht zu einer zufriedenstellenden Regulierung bereit sei, da davon auch die Regulierung durch die private Haftpflichtversicherung des Unfallgegners abhänge. Der entsprechende Rechtsstreit vor dem Landgericht S. sei bis zu einer abschließenden Entscheidung der Sozialgerichte ausgesetzt.

Die Beklagte hat den Ermittlungsbericht einer privaten Detektei mit Fotografien des Klägers vorgelegt, angefertigt im Auftrag der Haftpflichtversicherung des Unfallgegners. Das Gericht hat die Akten des L. Stuttgart im Rechtsstreit 2 O 57/06 und die Akten der Deutschen Rentenversicherung Bund beigezogen, Kopien gefertigt und diese zu den Akten genommen. Auf diese wird inhaltlich Bezug genommen.

Der Senat hat den Beteiligten mitgeteilt, es komme die Möglichkeit in Betracht, die Berufung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung zurückzuweisen, wenn er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich halte. Die Beteiligten haben Gelegenheit erhalten, zu dieser Verfahrensweise Stellung zu nehmen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten und der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte über die Berufung der Beklagten gemäß § 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Beschluss entscheiden, weil er eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält, nachdem die Beteiligten Gelegenheit erhalten hatten, sich hierzu zu äußern und die Entscheidung einstimmig ergeht.

Die gemäß §§ 143, 144 SGG statthafte und nach § 151 SGG auch im Übrigen zulässige Berufung ist unbegründet. Die angefochtene Entscheidung des SG Stuttgart ist nicht zu beanstanden, da beim Kläger eine schwere larvierte depressive Erkrankung sowie eine traumatische Schädigung des Nervus cutaneus femoris links mit triggerbaren einschießenden neuralgieformen Schmerzen und einem sekundären neuropathischen Schmerzsyndrom mit ausgeprägter Überformung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung vorliegen, die in die MdE-Bewertung einzufließen haben und von der Beklagten in den angefochtenen Bescheiden zu Unrecht nicht berücksichtigt worden sind.

Gemäß § 56 Abs. 1 Satz 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (§ 7 Abs. 1 SGB VII). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeiten (versicherte Tätigkeiten). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen (§ 8 Abs. 1 SGB VII).

Als Folge eines Unfalls sind Gesundheitsstörungen nur zu berücksichtigen, wenn das Unfallereignis wie auch das Vorliegen der konkreten Beeinträchtigung bzw. Gesundheitsstörung jeweils bewiesen und die Beeinträchtigung mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen ist. Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der hierbei eingetretenen Schädigung und der Gesundheitsstörung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Schädigung und die eingetretene Gesundheitsstörung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, welcher nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit ausreicht (BSGE 58, 80, 82; 61, 127, 129; BSG, Urt. v. 27. Juni 2000 - B 2 U 29/99 R - m.w.N.). Hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann (BSGE 45, 285, 286).

Das BSG hat in seiner Entscheidung vom 9. Mai 2006 (B 2 U 1/05 R = SozR 4-2700 § 8 Nr. 17) zur Theorie der wesentlichen Bedingung insbesondere bei der Beurteilung von Unfallfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet ausführlich Stellung genommen.

Die Theorie der wesentlichen Bedingung (dazu umfassend BSG vom 9. Mai 2006 -B 2 U 1/05 R-) beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (conditio-sine-qua-non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen. Da Verschulden bei der Prüfung eines Versicherungsfalles in der gesetzlichen Unfallversicherung unbeachtlich ist, weil verbotswidriges Handeln einen Versicherungsfall nicht ausschließt (§ 7 Abs 2 SGB VII), erfolgt im Sozialrecht diese Unterscheidung und Zurechnung nach der Theorie der wesentlichen Bedingung. Nach dieser werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden (BSGE 1, 72 , 76).

Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts (BSGE 12, 242, 245 = SozR Nr. 27 zu § 542 RVO; BSG SozR Nr. 6 zu § 589 RVO). Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden (BSGE 62, 220 , 222 f = SozR 2200 § 589 Nr. 10; BSG SozR 2200 § 548 Nr. 75; BSG vom 12. April 2005 - B 2 U 27/04 R - BSGE 94, 269 = SozR 4-2700 § 8 Nr. 15 jeweils RdNr. 11). Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte (BSGE 62, 220 , 222 f = SozR 2200 § 589 Nr. 10; BSG vom 12. April 2005 - B 2 U 27/04 R - BSGE 94, 269 = SozR 4-2700 § 8 Nr. 15 jeweils RdNr. 11). Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen.

Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache bzw. dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens - aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war

-, weiterhin Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein (vgl. BSGE 38, 127 , 129 = SozR 2200 § 548 Nr. 4; BSG SozR 4-2200 § 589 Nr. 1).

Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen.

Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. BSGE 19, 52 = SozR Nr. 62 zu § 542 a.F. RVO; BSGE 32, 203 , 209 = SozR Nr. 15 zu § 1263 a.F. RVO; BSGE 45, 285 , 287 = SozR 2200 § 548 Nr. 38, BSGE 58, 80 , 83 = SozR 2200 § 555a Nr. 1). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG SozR Nr. 41 zu § 128 SGG; BSG SozR Nr. 20 zu § 542 a.F. RVO; BSGE 19, 52 = SozR Nr. 62 zu § 542 a.F. RVO; BSG SozR 3-1300 § 48 Nr. 67; Schönberger/Mehrtens/Valentin a.a.O., Kap 1.8.2, S 119 f; Meyer-Ladewig/ Keller/ Leitherer, SGG, 8. Auflage 2005, § 128 RdNr. 3c). Diese Grundlagen der Theorie der wesentlichen Bedingung gelten für alle als Unfallfolgen geltend gemachten Gesundheitsstörungen und damit auch für psychische Störungen.

Nach Maßgabe dieser Grundsätze ist zur Überzeugung des Senats hinreichend wahrscheinlich, dass die Erkrankungen des Klägers auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet, nämlich eine schwere larvierte depressive Erkrankung sowie eine traumatische Schädigung des Nervus cutaneus femoris links mit triggerbaren einschießenden neuralgieformen Schmerzen und einem sekundären neuropathischen Schmerzsyndrom mit ausgeprägter Überformung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung, wesentlich auf die Folgen des Verkehrsunfalls vom 4. April 2000 zurückzuführen sind und daher eine höhere Verletztenrente zu gewähren ist, als sie die Beklagte in den angefochtenen Bescheiden festgestellt hat. Dies ergibt sich für den Senat, übereinstimmend mit den Ausführungen des Sozialgerichts in der angefochtenen Entscheidungen, im Wesentlichen aus dem Gutachten des Dr. S., aber auch den weiteren ärztlichen Stellungnahmen und gutachterlichen Äußerungen in den Verwaltungsakten. Soweit die Beklagte vorträgt, bei einer somatoformen Schmerzstörung handle es sich nicht um eine Erkrankung, sondern lediglich um eine "Verhaltensauffälligkeit", kann dieses Vorbringen unter Berücksichtigung der Auflistung der somatoformen Schmerzstörung im ICD10 GM 2007 (internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) F 45.4 nicht überzeugen. Im ICD10 F 45.4 wird eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung dergestalt beschrieben, dass die vorherrschende Beschwerde ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz ist, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, die schwerwiegend genug sind, um als entscheidende ursächliche Faktoren gelten zu können. Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte persönlich oder medizinische Hilfe und Unterstützung.

Eine solche Schmerzstörung liegt beim Kläger unzweifelhaft vor, wie insbesondere Dr. S. in seinem Gutachten anhand der Krankheitsentwicklung und des Krankheitsbildes schlüssig und nachvollziehbar ausgeführt hat.

Zu den vom Kläger schon unmittelbar nach dem Unfall im Beckenbereich geklagten Schmerzen wurde zunächst versucht, ein organisches bzw. neurologisches Korrelat zu finden. Schon zeitnah nach dem Unfall hat der Kläger über Schmerzen u.a. im Bereich des Beckens geklagt, die zu einer Kernspinuntersuchung im Juni 2000 führten. Aber auch während der zur Wiedereingliederung durchgeführten Arbeits- und Belastungserprobung ab November 2000 hat der Kläger über, wenn auch leichte, Schmerzen im Bereich der linken Beckenschaufel und ein Schwächegefühl im rechten Oberschenkel geklagt. Da sich die Beschwerden nicht verbesserten, wurde im Februar 2001 wegen einer Narben-Faszienverknöcherung im epigastrischen Winkel nach Splenektomie eine Narbenkorrektur durchgeführt. Danach sind wieder starke Schmerzen im Bereich des linken Hüftgelenks und der linken Beckenschaufel dokumentiert, die sich u.a. in einem deutlichen Schongang links zeigten. Auch im Juli 2001 klagte der Kläger noch über dumpfe Schmerzen im Bereich der Fraktur und elektrisierende Missempfindungen sowie Schmerzen nach längerem Sitzen. Dafür wurden im Zusammenhangsgutachten vom 27. November 2001 dann neurologische Ursachen vermutet und eine operative Revision vorgeschlagen. Nach dem Sturz des Klägers im April 2002 hat dieser erneut über die Zunahme der Schmerzen geklagt, die Schmerztherapie wurde sodann im Rahmen einer stationären Behandlung intensiviert und zuletzt im Juli 2002 eine Revisionsoperation durchgeführt, von der sich die Ärzte wie der Kläger eine deutliche Besserung der Schmerzproblematik erhofften. Diese Hoffnung hat sich jedoch nicht erfüllt. Schon im August 2002 wurde daraufhin erstmals die Diagnose eines chronischen neuropathischen Schmerzsyndroms und eines nozirezeptiven Schmerzsyndroms der linken Hüfte, ebenfalls die Diagnose einer schmerzreaktiven leichtgradigen depressiven Episode gestellt. Fortlaufend nahm der Kläger schmerztherapeutische Behandlungen im Klinikum Ludwigsburg in Anspruch. Auch von dort wurden unter dem 23. Dezember 2002 neuropathische und nozirezeptive Schmerzen im Bereich des Beckens mit Ausstrahlung in die Beine und Bewegungseinschränkung der linken Hüfte mitgeteilt. Seit Oktober 2002 hat der Kläger einen Rollstuhl zur Fortbewegung außerhalb des Hauses benutzt. Deshalb hat auch der von der Beklagten eingeschaltete Beratungsarzt Dr. K. unter dem 23. Juni 2003 zutreffend darauf hingewiesen, dass die neurologische Seite der Schmerzerkrankung wie das beim Kläger bestehende ungeklärte Schmerzsyndrom dringend einer Aufklärung bedürften, da der Kläger hierdurch wie auch durch die unterschiedlichen Befunde und Behandlungsansätze verunsichert sei und die ganze Situation als belastend empfinde. Auch Dr. M., der den Kläger im Rahmen des Rentenverfahrens begutachtet hat, hat ein chronisch nozirezeptives Schmerzsyndrom und eine Anpassungsstörung mit rezidivierenden depressiven Episoden diagnostiziert. Vergleichbare Diagnosen finden sich im Abschlussbericht nach der stationären Rehabilitationsmaßnahme Klinik R ... Darin wurden eine schwere depressive Episode, eine chronische Schmerzstörung und ein Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung festgestellt. Daher sind die Diagnosen der Fachärzte auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet im Wesentlichen übereinstimmend und entsprechen auch der im ICD10 vorgegebenen Definition. Alle Ärzte beurteilen die Genese der psychiatrischen Erkrankung übereinstimmend als unfallbedingt und sehen auch keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Aggravation oder gar Simulation. Dies bestätigt letztlich auch Dr. S., der zudem im Rahmen der vom 14. bis 18. April 2004 erfolgten Begutachtung ausreichend Zeit und Gelegenheit hatte, den Kläger in seinem Verhalten außerhalb der eigentlichen Begutachtungssituation zu beobachten und zu analysieren.

Die begutachtenden Ärzte sind sich weiter einig, dass neben die organisch erklärbaren Schmerzen, bedingt durch die traumatische Schädigung des Nervus cutaneus femoris links, ein eigenständiges Schmerzgeschehen getreten ist, da der vom Kläger geschilderte Schmerz nicht vollständig durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung erklärbar ist. Dies wird, wie insbesondere Dr. S.

anschaulich dargestellt hat, deutlich an der Entwicklung und Steigerung der Schmerzerkrankung ab April bzw. Juli 2002. Nach dem Sturz im April mit nachfolgender Schmerzzunahme und der erfolglosen Operation im Juli 2002 ist das Schmerzerleben des Kläger deutlich in den Vordergrund getreten und hat zur Entwicklung eines eigenständigen Schmerzgeschehens, einer somatoformen Schmerzstörung, geführt. Durch die unbefriedigende und zermürbende Schmerzsituation ohne Aussicht auf Besserung entstand auf dem Boden der Schmerzerkrankung zudem eine schwere larvierte Depression. Beide Erkrankungen haben dazu geführt, dass der Kläger seine Arbeit nicht wieder aufgenommen hat und auch im privaten Bereich, bedingt durch seine Wesensveränderung, erheblichen Stressfaktoren ausgesetzt war, z.B. partnerschaftlichen Konflikten, fehlenden sozialen Bezugspunkten außerhalb der Familie etc.

Soweit die Beklagte im Berufungsverfahren vorbringt, da sich der Schmerz als solcher nicht zweifelsfrei objektivieren lasse, sei für die Beurteilung (oder besser: Verifizierung) der Schmerzintensität allein auf die durch den Schmerz hervorgerufenen funktionellen Einschränkungen abzustellen und diesbezüglich auf eine Schonhaltung als Ausdruck des Schmerzes, ist ihr nur teilweise zu folgen. Die Beklagte führt zur Stützung ihres Vorbringens die Gutachten von Prof. Dr. H. vom 27. November 2001 und des Chirurgen Dr. C. vom 3. Juni 2004 auf und stützt sich dabei im Wesentlichen auf die angeblich unveränderte Bemuskelung des Klägers im Vergleich von 2001 zu 2004 sowie den Umstand, dass Dr. C. den Kläger als athletisch und den Gang mit Unterarmgehstöcken flott beschrieben hat.

Zu diesen Punkten hat auf die ergänzende Anfrage der Beklagten bereits Dr. S. Stellung genommen und ausgeführt, dass er den Kläger nicht als überaus athletisch oder kräftig empfunden hat. Dies zeigt nach Auffassung des Senats angesichts der nur geringen zeitlichen Differenz zwischen der Untersuchung durch Dr. C. und durch Dr. S. die Notwendigkeit auf, zwischen subjektiven Eindrücken, die in einem Gutachten wiedergegeben werden, und Fakten zu differenzieren. Des Weiteren weist Dr. S. auch völlig zu Recht darauf hin, dass Messdaten in ihrer vermeintlichen Genauigkeit durchaus fehleranfällig sein können. Denn die Messungen, die er Jahr 2001 und im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung durchgeführt hat, haben gegenüber dem Vorbefund von 2001 eine weitere leichte Verringerung der Beinumfangmaße mit einer deutlicheren Seitendifferenz (1,5 cm bzw. 2 cm gegenüber 0,5 cm bei der Voruntersuchung) ergeben. Allein dies zeigt nach Auffassung des Senats deutlich auf, dass zwar körperliche Befunde ein gewichtiges Indiz für eine schmerzbedingte Änderungen der Lebensgestaltung sein können. Es wird allerdings auch deutlich, dass bei der Beurteilung einer Schmerzerkrankung, die Ausdruck des subjektiven Leidens eines Betroffenen ist, allein ein Abstellen auf körperliche Befunde nur unzureichende Beurteilungsgrundlagen liefern und deshalb der Versuch der Objektivierung von Schmerzen in ihrem die Leistungsfähigkeit limitierenden Ausmaß nicht allein auf Muskelumfänge oder subjektive Eindrücke eines nicht auf dem Gebiet der Neurologie oder Psychiatrie kundigen Chirurgen gestützt werden kann.

Wie bereits dargestellt ist bereits zweifelhaft, ob durch die Messdaten des Prof. Dr. H. und Dr. C. in der Tat eine unveränderte Bemuskelung im Jahr 2004 gegenüber 2001 belegt ist. Gestützt auf das Gutachten von Dr. S. dürfte vielmehr davon auszugehen sein, dass eine verstärkte Atrophie 2004 bei bestehenden Seitenunterschieden vorgelegen hat.

Aber selbst wenn unterstellt wird, die Beinmuskulatur hat zwischen 2001 und 2004 nicht wesentlich abgenommen und sich zwischen rechts und links kein signifikanter Seitenunterschied findet, lässt dies nicht zu, das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung zu verneinen. Es ist nach Auffassung des Senats nämlich entscheidend zu berücksichtigen, dass der Kläger zwar unter teilweise organisch erklärbaren, nämlich auf neurologischem Fachgebiet begründbaren, Schmerzen leidet und insoweit auch Vermeidungshaltungen und eine Schonung nachvollziehbar sind. Die wesentlichen Anteile der Schmerzerkrankung des Klägers haben sich mittlerweile jedoch vom physisch begründbaren Bereich hin zum psychischen Bereich verschoben, weil sie nunmehr eine eigenständige, wenn auch in ihrer Genese auf die organisch bedingten Schmerzen rückführbare Schmerzerkrankung darstellen. Dies hat aber auch zur Folge, dass die Gesamtheit der durch die generalisierte Schmerzerkrankung hervorgerufenen funktionellen Einschränkungen in die Bewertung einfließen muss und nicht nur die organisch manifestierbaren. Darüber hinaus hat der Kläger auch nicht vorgetragen, vollständig immobil zu sein, was zu einem sicherlich zwischen 2001 und 2004 sichtbar werdenden Muskelschwund führen würde. Vielmehr hat der Kläger den Rollstuhl nur für längere Strecken außerhalb des Hauses benutzt und bewegt sich ansonsten auf Unterarmgehstöcken fort. Dabei wird, wie auch Dr. C. beschrieben hat, das linke Bein nur teilbelastet, aber jedenfalls belastet und somit auch die Muskeln beansprucht. Auch bei diesen Bewegungen leidet der Kläger allerdings unter Schmerzen, ohne dass er die Fortbewegung auf seinen Beinen aber vollständig einstellen könnte oder sollte. Deshalb ist sowohl erklärbar, dass kein wesentlicher Muskelschwund feststellbar ist (wenn zudem berücksichtigt wird, dass schon bis November 2001 eine schmerzbedingte Schonung stattgefunden hat, was die dokumentierten anamnestischen Angaben des Klägers belegen), aber auch aufgrund der Teilbelastung nachvollziehbar, dass die Seitendifferenzen nur gering ausfallen. Darüber hinaus erscheint es auch nicht angezeigt, die von allen Neurologen und Psychiatern als fachkundigen Gutachtern bestätigte Schmerzerkrankung nur deshalb in Zweifel zu ziehen, weil der Kläger trotz seiner Schmerzen versucht, mobil zu sein und zu bleiben, z.B. um Arztbesuche allein erledigen zu können.

Die gesamten Einschränkungen des Klägers in der Lebensgestaltung, wie sie durch die Schmerzerkrankung und die Depression bedingt sind, sind erheblich. So hat sich der Kläger nahezu vollständig aus seinem von sportlicher Betätigung geprägten früheren Leben zurückgezogen. Die Tagesgestaltung ist durch die Behandlungstermine geprägt, im Übrigen lebt der Kläger zurückgezogen. Längere Strecken legt der Kläger mit dem Rollstuhl zurück, ansonsten bewegt er sich an Unterarmgehstützen zur Stabilisierung. Soweit die Beklagte ausführt, die organischen Folgen des Unfalls würden weder die Benutzung eines Rollstuhls noch die von Unterarmgehstöcken rechtfertigen, kann offen bleiben, ob organmedizinisch tatsächlich die Notwendigkeit zur Verordnung dieser Hilfsmittel bestanden hat. Es ist jedoch unzulässig, aus diesen Zweifeln den Schluss zu ziehen, der Kläger simuliere oder aggraviere (was im Übrigen auch jeder der den Kläger begutachtenden Ärzte ausgeschlossen hat). Vielmehr ist die Benutzung dieser Hilfsmittel nach der Begründung der verordnenden Ärzte Ausdruck der Ängste des Klägers vor neuen Schmerzen und auch seiner Unsicherheit, also Ausdruck der eben nicht organisch vollständig erklärbaren somatoformen Schmerzstörung.

Soweit im Berufungsverfahren Lichtbildaufnahmen vorgelegt wurden, die den Kläger an Unterarmgehstöcken das Haus verlassend zeigen und die Beklagte in diesem Zusammenhang Zweifel an der Glaubwürdigkeit des Klägers äußert, haben diese Aufnahmen dem Senat keinen Anlass gegeben, an seiner Rechtsauffassung zu zweifeln. Unabhängig von der Frage der Verwertbarkeit dieser heimlich im Auftrag der privaten Versicherung des Unfallschädigers gefertigten Aufnahmen zeigen die Bilder eben nur (aber auch!), dass der Kläger beim Verlassen des Hauses Unterarmgehstöcke benutzt und dabei das linke Bein schont. Nicht mehr, aber auch nicht weniger ist daraus abzuleiten. Schon gar nicht sind diese Aufnahmen geeignet, das subjektive Erleben des Klägers in irgendeiner Art und Weise zu objektivieren oder zu widerlegen.

Die Beklagte bringt weiter vor, die schwere Depression des Klägers könne nicht auf den Unfall zurückgeführt werden, vielmehr sei davon auszugehen, dass sie wesentlich auf persönlichkeitsbedingte Faktoren zurückzuführen ist. Auch diesem Vortrag vermag sich der Senat in Übereinstimmung mit Dr. S. nicht anzuschließen. Soweit zur Begründung unter Berufung auf unfallversicherungsrechtliche Literatur darauf abgestellt wird, dass der Verlauf der Erkrankung gegen eine wesentliche Verursachung durch die Unfallfolgen spreche, da die Erkrankung üblicherweise einen Monat nach dem Ereignis erste Symptome zeige und darüber hinaus nach zwei Jahren abgeklungen sei, lässt die Beklagte das tatsächliche Geschehen bei ihrer Beurteilung außer Betracht.

Wie bereits ausgeführt, ist das Krankheitsgeschehen beim Kläger durch eine erste Stabilisierung nach dem Unfall mit zunächst einem Rückgang der Schmerzsymptomatik, dann der erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung, wieder stärker werdenden Schmerzen im Jahr 2001, der Aufnahme einer Schmerztherapie, dem Sturz im April 2002 mit einer Verstärkung der Schmerzproblematik und einer erfolglosen operativen Revision im Juli 2002 geprägt. Zeitlich unmittelbar im Zusammenhang mit der erfolglosen Operation und unverändert starken Schmerzen ist erstmals die Diagnose einer Depression gestellt worden. So ist der Beklagten zwar insoweit zuzugestehen, dass die depressive Erkrankung nicht zeitnah zum eigentlichen Unfallgeschehen aufgetreten ist. Sie ist jedoch auf das mittelbar durch die Schwäche im linken Bein verursachte und damit auf den Unfall zurückführbare Sturzgeschehen und die anschließende erfolglose Operation zurückzuführen und mit diesen Ereignissen auch in engem zeitlichem Zusammenhang aufgetreten.

Soweit die Beklagte weiter ausführt, eine individuelle persönlichkeitsbedingte Disposition habe vorliegend wesentlichen Anteil an der Krankheitsentwicklung und -entstehung, hat die Beklagte nicht nachgewiesen und konnte auch im Rahmen der zahlreichen Begutachtungen und anamnestischen Befragungen nicht festgestellt werden, dass beim Kläger eine so verletzliche Persönlichkeit vorliegt, dass schon ein alltägliches Geschehen ausgereicht hätte, eine vergleichbare psychische Reaktion zu verursachen. Weder familiär noch in der Person des Klägers bedingt sind psychische Vorbelastungen feststellbar. Auch der Lebenslauf des Klägers spricht nicht für eine vordisponierte Persönlichkeit. Soweit die Beklagte aus der Dauer und dem Verlauf der Krankheit den Schluss ziehen will, die Wesensgrundlage der Erkrankung habe sich vom Unfall weg hin zu anderen Ursachen verschoben, lässt sie außer Acht, dass der in der Literatur geschilderte Krankheitsverlauf nur den idealtypischen Normalfall darstellt. Sie lässt des Weiteren außer Betracht, dass sowohl im Schmerzerleben wie in der Lebenssituation der Kläger täglich an den Unfall und seine Folgen erinnert wird. Zudem sieht sich der Kläger von der Beklagten beständig dem Vorwurf ausgesetzt, seine Schmerzen und Leistungseinschränkungen nur zu simulieren, was nachvollziehbar zu weiteren depressiven Stimmungseinbrüchen führen kann. Darüber hinaus ist die Regulierung durch die private Versicherung des Unfallgegners noch immer nicht abgeschlossen, sondern der vor dem Landgericht Stuttgart anhängige Prozess bis zur Erledigung des Rechtsstreits ausgesetzt. Damit ist auch die finanzielle Situation für den Kläger weiter ungeklärt und sein "Kampf" mit den Institutionen noch nicht abgeschlossen. Diese Situation lässt kaum Raum für eine nachhaltige Aufarbeitung der gesamten Problematik. Deshalb kann sich auch der behandelnde Psychologe im Wesentlichen nur um eine möglichst weitgehende Stabilisierung des Klägers ohne suizidale Einbrüche bemühen.

Soweit in der Verwaltungsakte anklingt, dass möglicherweise auch der unerfüllte Kinderwunsch wesentlich für die depressive Entwicklung ist, wird außer Acht gelassen, dass die Ärzte auch insoweit übereinstimmend ausgeführt haben, dass zum einen die Einnahme der starken Medikamente wesentliche Ursache sein kann; zum anderen ist, selbst eine andere Ursache unterstellt, nicht nachgewiesen und auch nicht feststellbar, dass dieser Umstand wesentlich für die schwere depressive Erkrankung ist, zumal diese erstmals dokumentiert worden ist, bevor seitens der Eheleute offenbar von einem endgültigen Scheitern, Eltern zu werden, ausgegangen werden konnte.

In diesem Zusammenhang sind sicherlich auch die jedenfalls zeitweisen Eheprobleme zu sehen, die der Kläger und seine Frau auf die durch die Schmerzerkrankung und psychische Erkrankung einhergehende Wesensveränderung des Klägers zurückgeführt haben, also auch mittelbar auf den Unfallfolgen basieren. Der Kläger hat in diesem Zusammenhang von Schuldgefühlen seiner Ehefrau gegenüber berichtet, da er nicht mehr in der Lage sei, ihr wie vor dem Unfall ein unbeschwertes Leben zu bieten und eine Familie zu ernähren bzw. zu gründen.

Abweichend von den Ausführungen des SG im angefochtenen Urteil sieht der Senat deshalb keine Anhaltspunkte für unfallunabhängige Verursachungsfaktoren, die wesentlich für die bestehenden Leistungseinschränkungen sind.

Keine Anhaltspunkte kann der Senat auch für die von der Beklagten vorgetragenen Begehrens- und Wunschvorstellungen erkennen, jedenfalls, soweit sie über die krankheitsbedingten Verhaltensmuster hinausgehen und als bewusstseinsnahe Ausgestaltung oder Verdeutlichungstendenzen interpretiert werden könnten. Keiner der mit dem Gesundheitszustand des Klägers befassten Fachärzte auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet hat Anhaltspunkte für eine bewusstseinsnahe Ausgestaltung des Verhaltens als Ausdruck einer Begehrens- und Wunschhaltung gesehen. Selbst die behandelnden Schmerztherapeuten haben die zunächst vom Hausarzt vorgenommene Verordnung eines Rollstuhls befürwortet, um die Sturz- und Schmerzängste des Klägers zu reduzieren. Dass sich der Kläger um die aus seiner Sicht bestehenden Ansprüche kümmert und diese auch teilweise mit einer gewissen Nachhaltigkeit einfordert, lässt keinen anderen Schluss zu. So hat der Kläger gegenüber der Beklagten im Wesentlichen lediglich auf der zeitnahen Bearbeitung seiner Kostenerstattungsanträge bestanden, weil diese in der Regel erst nach längerer Zeit und dann nicht vollständig erfolgt ist. Der Kläger hat für die psychotherapeutische Behandlung zunächst nicht unerhebliche Kosten verauslagt, was aus Sicht des Senats ein nachdrückliches Nachfragen rechtfertigt. Eine übersteigerte Begehrenshaltung kann darin nicht erkannt werden. Dass die Beklagte, anders als die behandelnden Ärzte, einen Rollstuhl nicht für erforderlich erachtet, tut ebenfalls nichts zur Sache, ebenso die aus Sicht der Beklagten möglicherweise unberechtigte Zuerkennung der Pflegestufe I im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Der Senat hält es nicht für ein vorwerfbares Verhalten, wenn ein Versicherter die ihm zustehenden Ansprüche geltend macht, insbesondere dann nicht, wenn davon die finanzielle Absicherung abhängt.

Was die Höhe der MdE anbelangt, hat die Beklagte in den angefochtenen Entscheidungen diese unzutreffend festgesetzt, da sie weder die Schmerzerkrankung noch die depressive Erkrankung bei ihrer Entscheidung berücksichtigt hat.

Für die Bewertung einer unfallbedingten MdE kommt es auf die gesamten Umstände des Einzelfalles an. Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen oder geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet (BSG, Urt. vom 26. Juni 1985 - 2 RU 60/84 -, in: SozR 2200 § 581 RVO Nr. 23 m.w.N.; BSG, Urt. vom 19. Dezember 2000 - B 2 U 49/99 R -, in: HVBG-Info 2001, 499). Die Sachkunde des ärztlichen Sachverständigen bezieht sich in erster Linie darauf, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Schlüssige ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind zwar

bedeutsame Anhaltspunkte, besitzen aber keine bindende Wirkung, auch wenn sie eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE darstellen (BSG, Beschluss vom 22. August 1989, - 2 BU 101/89 -, in: HVBG-Info 1989 S. 2268). Bei der Bewertung der MdE sind schließlich auch die in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung und dem versicherungsrechtlichen oder versicherungsmedizinischen Schrifttum ausgearbeiteten Erfahrungssätze zu beachten, um eine gerechte und gleiche Bewertung der zahlreichen Parallelfälle der täglichen Praxis zu gewährleisten.

Nach den für die MdE-Feststellung durch den Senat als Anhaltspunkte herangezogenen wissenschaftlichen Lehrmeinungen, wie sie in der aktuellen wissenschaftlichen Literatur beschrieben sind (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage 2003 S. 246, Bereither-Hahn/Mehrtens J 003), sind stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit mit einer MdE um 20 bis 40, schwere Störungen mit erheblichen sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einer MdE um 50 bis 100 zu bewerten.

Bei seiner Beurteilung hat der Senat die auf psychiatrischem Gebiet bestehende Unfallfolgen entsprechend den Darlegungen insbesondere von Dr. S., aber auch von Dr. M., der Schmerzklinik K., Dr. K. und den Ausführungen der Klinik R. als stärker behindernde Störung von November 2000 bis Juni 2002 eingeordnet und mit einer Teil-MdE um 40 v.H., ab Juli 2002 mit der von Dr. S. vorgeschlagenen Teil-MdE um 60 v.H. bewertet, was unter Berücksichtigung der Unfallfolgen auf chirurgischem Fachgebiet zu der vom SG ausgeurteilten Gesamt-MdE führt.

Wie dargelegt ist die Entwicklung der Schmerzerkrankung und der depressiven Erkrankung des Klägers durch zwei Phasen geprägt, die sich im Wesentlichen mit der Zeit vor und nach der Revisionsoperation im Juli 2002 beschreiben lassen.

In der Wertschätzung seiner Person und seiner Fähigkeiten hat der Unfall einen erheblichen Bruch bedeutet. Dauerschmerzen haben zu einem sozialen Rückzug geführt, auch die Wiederaufnahme der Tätigkeit war nur unter Schmerzen möglich. Bis zu dem Sturz im April 2002 und insbesondere der Revisionsoperation im Juli 2002 war es dem Kläger aber möglich, das Schmerzerleben teilweise zu kompensieren. Geprägt war diese Zeit auch durch eine erhebliche Verunsicherung durch die nur unzureichende Diagnosestellung bezüglich der Ursache seiner Schmerzen. Durch die Aufnahme der Schmerztherapie im Oktober 2000 wird aber deutlich, dass schon in diesem Zeitfenster ein erhebliches Schmerzerleben vorgelegen hat, das als stärker behindernde Störung zu bewerten ist.

Diese Schmerzerkrankung hat sich durch die Geschehnisse insbesondere im Juli 2002 verstärkt, zudem ist eine Depression hinzugetreten, so dass zumindest ab Juli 2002 von schweren psychischen Störung mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit auszugehen ist. Seine Tätigkeit als Entwicklungsingenieur hat der Kläger nach Juli 2002 nicht mehr aufgenommen, sondern bezog ab 1. Dezember 2002 Rente wegen voller Erwerbsminderung zunächst zeitlich begrenzt, dann auf Dauer sowie später noch Pflegegeld nach Stufe I. Der Kläger ist latent suizidgefährdet und hat schon Suizidversuche hinter sich, sein wesentliches Erleben ist durch den von ihm als "Kampf" empfundenen Umgang mit der Berufsgenossenschaft und anderen Institutionen geprägt, in dem es um die Anerkennung seiner Einschränkungen als Unfallfolgen geht. Hinzu treten relevante finanzielle Zukunftsängste. Die Lebensstrategie und das Selbstbild des Klägers, der sich als erfolgreicher junger Mann mit Zukunftsplänen und positiver Grundeinstellung gesehen hat, ist durch die Unfallfolgen, insbesondere die offenbar nicht beherrschbaren Dauerschmerzen, aus den Fugen geraten und für den Kläger nicht kompensierbar. Ein Kompensierungsversuch liegt sicherlich im Streit mit Behörden und Versicherungen um die Anerkennung seiner Erkrankungen, dieser Versuch ist aber sicher nicht suffizient. Durch die tägliche Einnahme von Medikamenten wird der Kläger zudem an seine Verletzlichkeit und die Unfallfolgen erinnert, was ebenfalls eine Distanzierung erschwert. Der Kläger lebt im Wesentlichen zurückgezogen, sein Leben ist auf die krankheitsbedingten Einschränkungen, Behandlungen und behördlichen sowie gerichtlichen Auseinandersetzungen konzentriert. Insoweit ist mit Dr. S. ab Juli 2002 von einer MdE um 60 v.H. und damit noch im unteren Bereich des Referenzrahmens auszugehen.

Geht man mit der Beklagten von einer Staffelung der MdE auf unfallchirurgischem Fachgebiet mit 40 v.H. vom 1. November 2000 bis 3. April 2001, um 30 v.H. vom 4. April 2001 bis 3. April 2002 und von 20 v.H. ab 4. April 2002 aus, ist unter Berücksichtigung der Unfallfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet durch das SG zutreffend die MdE vom 1. November 2000 bis 30. Juni 2002 mit 60 v.H. und ab 1. Juli 2002 mit 70 v.H. festgestellt worden. Dabei hat der Senat bei der Bildung der Gesamt-MdE berücksichtigt, dass sich der Schwerpunkt der Leistungseinschränkungen des Klägers im Zeitverlauf von den chirurgisch bedingten hin zu den psychischen verschoben hat und daher auch die von der Beklagten vorgenommene Abstufung der unfallchirurgischen MdE ab April 2001 bzw. April 2002 nicht zu einer Herabsetzung der Gesamt-MdE führen musste.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht erfüllt sind.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2008-05-25