

L 10 U 3296/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 4 U 1891/02
Datum
26.04.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 3296/06
Datum
11.12.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 26.04.2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Kläger wegen der Folgen der Arbeitsunfälle vom 14.07.1994 und 02.11.1999 Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente hat.

Der 1957 geborene Kläger erlitt am 14.07.1994 auf dem Weg von der Arbeit nach Hause bei einem Auffahrunfall, angeschnallt hinter dem Fahrer sitzend, multiple Prellungen, insbesondere an der Wirbelsäule und an der rechten Hüfte. Wegen erheblicher Schmerzzustände in allen Wirbelsäulenabschnitten und im Bereich der rechten Hüfte war er bis zum 18.07.1994 in der Chirurgischen Abteilung der F Klinik in F. und danach vom 20.07. bis 05.08.1994 in der B. Unfallklinik T. (BG-Klinik) stationär in Behandlung, wo mittels Röntgenaufnahmen eine zunächst angenommene Fraktur der rechten Hüfte ausgeschlossen wurde (Bericht des Ärztlichen Direktors Prof. Dr. Dr. W. vom 10.08.1994). In der BG-Klinik gab der Kläger erstmals auch Schmerzen im Bereich der rechten Schulter an. Bildgebende Verfahren (diverse Röntgenaufnahmen Schultern, Wirbelsäule, Computertomographie des Schädels und der Halswirbelsäule am 27.10.1994) blieben ohne Nachweis traumatischer Folgen. Der Kläger wurde bei freier Beweglichkeit in allen Gelenken entlassen. Bei der Nachschau am 31.08.1994 gab der Kläger noch bestehende Beschwerden im Bereich der Brustwirbelsäule und des rechten Hüftgelenkes an (Bericht der BG-Klinik vom 01.09.1994).

Im Oktober 1994 begab sich der Kläger erneut wegen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen in Behandlung. Am 04.10.1994 stellte der Unfallchirurg Dr. A. Verspannungen der Hals- und Schultergürtelmuskulatur und Blockierungen der BWS, jeweils mit Bewegungseinschränkungen, fest. Für den 24.10.1994 dokumentierte die BG-Klinik ebenfalls schmerzhaftes Bewegungseinschränkungen der HWS mit Kopfschmerzen. Deshalb und weil der Kläger in der BG-Klinik eine Kraftminderung des rechten Armes demonstrierte, erfolgte eine neurologische Untersuchung durch Dr. K., der keinen krankhaften Befund erhob, insbesondere eine Parese des rechten Armes ausschloss.

Weil der Kläger weiterhin erhebliche Beschwerden auch im Bereich des rechten Armes angab (Kraftlosigkeit, Sensibilitätsstörungen) erfolgten weitere neurologische Untersuchungen in der Neurologischen Universitätsklinik T ... Im November 1994 stellte der dortige Oberarzt PD Dr. A. eine deutliche Diskrepanz zwischen der vom Kläger dargestellten massiven schmerzbedingten Fehlhaltung im Schultergürtelbereich und dem normalen Einsatz des rechten Armes bei unwillkürlichen Bewegungen (Anziehen, Gestikulieren) fest. Einen krankhaften Befund konnte er ebenso wenig erheben wie der dortige Oberarzt PD Dr. Scha. im Dezember 1994, der ebenfalls von Aggravationstendenzen ausging. Nachdem auch ein weiteres stationäres Heilverfahren in der BG-Klinik vom 22.11.1994 bis 19.01.1995 keine Besserung der vom Kläger angegebenen Beschwerden im Bereich der HWS und der rechten Schulter erbracht hatte, stellte Prof. Dr. Dr. W. im ersten Rentengutachten vom 25.01.1995 als wesentliche Unfallfolgen eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS und des Kopfes in allen drei Freiheitsgraden sowie eine eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Armes im Schultergelenk fest und er schätzte die MdE vom 01.02. bis 01.05.1995 auf 20 v. H. im Sinne einer Gesamtvergütung. Dabei hielt er fest, dass eine objektive Untersuchung wegen aktiven Gegenspannens des Klägers nahezu unmöglich sei. Gleichwohl bewilligte die Beklagte mit bestandskräftig gewordenem Bescheid vom 11.04.1995 dem Kläger für den Zeitraum vom 01.02.1995 bis 30.04.1995 eine Teilrente nach einer MdE von 20 v. H. in Form einer Gesamtvergütung. Als Folgen des Arbeitsunfalls vom 14.07.1994 wurden anerkannt: "Eingeschränkte Beweglichkeit des Kopfes, der

Halswirbelsäule und des rechten Schultergelenks nach Distorsion der Halswirbelsäule."

Im nachfolgenden Gutachten vom 20.07.1995 hielt Prof. Dr. W. die vom Kläger demonstrierten und anlässlich der Untersuchungen dokumentierten Bewegungseinschränkungen bei seitengleicher Beschwielung, fehlenden Atrophien, keinen wesentlichen Muskelverspannungen und massivem Gegenspannen durch den Kläger für nicht objektivierbar. Auf rein unfallchirurgischem Fachgebiet bestünden keine objektivierbaren wesentlichen Unfallfolgen mehr, auch keine Muskelverspannungen. Inwieweit eine Fehlverarbeitung vorliege, müsse durch ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten geklärt werden.

Prof. Dr. M., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, ging in seinem Gutachten vom August 1995 auf Grund der Angaben des Klägers über vorhandene Sensibilitätsstörungen davon aus, dass der Unfall zu einer Reizung und partiellen Schädigung des Nervus axillaris und der zweiten Halsmarknervenwurzel rechts mit Sensibilitätsstörungen, aber ohne motorische Ausfälle geführt habe. Einerseits verneinte er eine wesentliche funktionelle Behinderung im Hinblick auf die Freizeitaktivitäten des Klägers (Motorradfahren und Sportschütze) und den dabei erforderlichen Einsatz des rechten Armes, andererseits ging er von einer schmerzbedingten fixierten Schonhaltung bei Muskelverspannungen aus. Es bestehe derzeit neurologisch noch eine MdE in Höhe von 10 v. H. Dauerfolgen würden nicht verbleiben.

Mit bestandskräftigem Bescheid vom 25.09.1995 teilte die Beklagte dem Kläger mit, ein Anspruch auf Rente nach Ablauf des Gesamtvergütungszeitraums bestehe nicht, weil die Unfallfolgen lediglich noch eine MdE um 10 v. H. bedingen.

Am 02.11.1999 wurde der Kläger auf dem Weg zur Arbeit beim Warten an einer Bushaltestelle von einem Radfahrer angefahren. Dr. A. diagnostizierte eine Schulterprellung rechts bei erheblicher Vorschädigung (Periarthritis humeroscapularis).

Im September 2000 stellte der Kläger einen "Verschlechterungsantrag". Hintergrund war ein vom Orthopäden R. im Rahmen anderweitiger Begutachtung u.a. diagnostizierter Rotatorenmanschettendefekt rechts mit Teileinstellung, der sich in der Folge durch ein Kernspintomogramm (30.08.2001) und eine am 15.01.2002 erfolgte Arthroskopie mit Excision und Rekonstruktion bestätigte.

In ihrem Gutachten für die Beklagte vom 06.03.2001 stellte die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. R. eine leichte Verschmächting in der Schulter- und Oberarmmuskulatur rechts, eine Bewegungseinschränkung in der rechten Schulter und eine Minderung der groben Kraft bei Faustschluss rechts gegenüber links fest. Sensibel habe der Kläger eine Herabsetzung der Berührungs- und Schmerzwarnnehmung im Versorgungsgebiet des Nervus axillaris rechts angegeben. Sonstige neurologische Ausfallerscheinungen und Störungen seien nicht erkennbar. Psychopathologische Auffälligkeiten im Zusammenhang mit dem Unfallereignis lägen nicht vor, eingeräumt worden seien vom Kläger familiär bedingte Belastungen mit dadurch ausgelöster Ess-Störung, weshalb er sich mittlerweile in psychotherapeutischer Behandlung befinde. Sie führte die geklagten Beschwerden an der rechten oberen Extremität ausschließlich auf den Arbeitsunfall zurück (MdE 20 v. H.). Auch der Orthopäde R. bejahte in seinem für die Beklagte erstatteten Gutachten (Untersuchung Juli 2001) unter Berufung auf das Gutachten von Prof. Dr. M. einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall von 1994 und der von ihm festgestellten Schultersteife (MdE 30 v. H.).

Mit Bescheid vom 25.02.2002 und Widerspruchsbescheid vom 17.07.2002 teilte die Beklagte dem Kläger mit, ein Anspruch auf Rente wegen des Unfalls vom 14.07.1994 bestehe weiterhin nicht, weil - so der Chirurg Dr. Ri. in seiner beratenden Stellungnahme - eine unfallbedingte Schädigung des rechten Schultergelenkes nicht vorgelegen habe. Hiergegen hat der Kläger am 22.07.2002 beim Sozialgericht Reutlingen Klage erhoben.

Mit Bescheid vom 28.08.2002 und Widerspruchsbescheid vom 13.11.2002 hat die Beklagte auch einen Anspruch auf Rente wegen des Arbeitsunfalls vom 02.11.1999 abgelehnt. Die hiergegen am 19.11.2002 erhobene Klage (S 8 U 2981/02) hat das Sozialgericht mit dem bereits anhängigen Verfahren verbunden.

In seinem für das Sozialgericht erstatteten Gutachten hat Prof. Dr. Ro., Orthopädische Universitätsklinik H., einen ursächlichen Zusammenhang der Rotatorenmanschettenruptur mit den Arbeitsunfällen abgelehnt. Der Unfall von 1994 habe die Rotatorenmanschette nicht betroffen, bei jenem von 1999 seien die Funktionseinschränkungen bereits vorbestehend gewesen.

Das Sozialgericht hat die Psychologen G. und Dr. L. schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Der Dipl.-Psych. G. hat berichtet, der Kläger habe ihn im Jahr 1998 insgesamt sechsmal und im Jahr 1999 insgesamt fünfmal aufgesucht. Er habe ihm von einem Unfall im Jahr 1994 berichtet, unter dessen Folgen er leide, sodass der Befund einer Belastungsstörung mit einer begleitenden depressiven Entwicklung erhoben worden sei, allerdings ohne differenzialdiagnostische Beurteilung. Dr. L. hat angegeben, der Kläger habe sich bereits von Mai 2000 bis Mai 2001 bei ihm in psychotherapeutischer Behandlung befunden, in erster Linie wegen einer schweren depressiven Krise auf Grund von Partnerschaftskonflikten. Anamnestisch habe der Kläger von den Unfällen und Beschwerden seitens der rechten Schulter und des rechten Armes berichtet. Im Oktober 2003 habe er sich erneut an ihn gewandt mit der Bitte um psychotherapeutische Hilfe. Anhaltspunkte, die einen direkten ursächlichen Zusammenhang zwischen dem psychischen Krankheitszustand und den Unfallereignissen im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung belegten, ergäben sich für ihn nur unter dem Aspekt, dass der Kläger unter Stressreaktionen leide, wenn er Mitfahrer in einem Auto sei. Weitere Anhaltspunkte einer posttraumatischen Belastungsstörung ließen sich nicht beschreiben. Allerdings bestünden deutliche Zusammenhänge zwischen dem Unfallereignis 1994, den dadurch verursachten Schmerzen und seiner depressiven Entwicklung.

Auf Antrag des Klägers gem. § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das Sozialgericht das Gutachten des Psychiaters Dr. Schm. eingeholt. Er hat dargelegt, das diffuse, lückenhafte und teils widersprüchliche Gesamtbild aus aktuellem Befund, Eigenanamnese und Aktenlage erlaube zunächst nur Verdachtsdiagnosen. Es bestehe eine auffällige Persönlichkeitsakzentuierung in sensitiv-paranoisch-querulatorischen und narzisstischen Zügen. Weiter bestehe ein Verdacht auf Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie auf eine Dysthymia. Eine posttraumatische Belastungsstörung liege definitiv nicht vor.

Das Sozialgericht hat weiter das Gutachten der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. M.-Tr. eingeholt. Sie hat ausgeführt, beim Kläger liege ein Restzustand nach einer diskreten Nervus-axillaris-Reizung rechts im Sinne einer Hypalgesie ohne funktionelle Beeinträchtigung und ohne MdE vor. Ob diese durch den Unfall vom 14.07.1994 oder vom 02.11.1999 entstanden sei, sei nicht nachzuvollziehen, andererseits

mangels funktioneller Beeinträchtigung auch nicht relevant. Weiter bestehe eine leichte Anpassungsstörung auf dem Boden einer sensitiv histrionischen Persönlichkeitsstruktur die nach dem Unfall vom 02.11.1999 entstanden sei. Der jetzt erhobene Untersuchungsbefund bzw. die diesbezüglichen funktionellen Einbußen ließen sich nahezu ausschließlich auf die bestehende prämorbid sensitive Persönlichkeitsstruktur zurückführen. Jetzt und auch in der Vergangenheit sei die Symptomatik der Anpassungsstörung jeweils nur so diskret gewesen, dass eine MdE unfallbedingt hierdurch zu keinem Zeitpunkt bestanden habe.

Auf Antrag des Klägers gem. [§ 109 SGG](#) hat das Sozialgericht Dr. Schm. zu den Ausführungen von Dr. M.-Tr. ergänzend gutachterlich gehört. Er hat nach weiteren Untersuchungen des Klägers ausgeführt, er sehe nun auf Grund der Zusammenschau sämtlicher vorliegender Untersuchungen und Befunde eine durch das Unfallgeschehen 1994 ausgelöste maligne Regression im Rahmen einer dekompenzierten narzisstischen Persönlichkeitsstörung, eine Dysthymie und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Diese drei Komponenten wirkten sich gegenseitig verstärkend und aufrechterhaltend aus (MdE 40 v. H.). Die vor dem Unfall bestehende narzisstische Störung sei bis zum Unfallzeitpunkt, soweit heute nachvollziehbar, kompensiert, d. h. der Lebensvollzug dadurch nicht gravierend gestört gewesen. Der Wegeunfall vom 14.07.1994 sei die *conditio sine qua non* für die Dekompensation der beschriebenen narzisstischen Disposition. Das Unfallereignis im Jahr 1999 nehme in der subjektiven Bedeutung für den Kläger deutlich weniger Raum ein. Inwieweit die Dysthymie vor dem Unfall vorgelegen habe, wisse er nicht. Die Diagnose müsse aber nach seinen psychischen Befunden im Rahmen der Untersuchungen im Jahr 2004 gestellt werden. Jetzt sei der Kläger diesbezüglich symptomfrei gewesen. Der Wegeunfall vom 14.07.1994 sei auch für die anhaltende somatoforme Schmerzstörung *conditio sine qua non* (im Zusammenspiel mit prämorbidem Persönlichkeitsfaktoren) gewesen. Diese Erkrankung sei beim Kläger durch das Missverhältnis zwischen (chirurgisch, orthopädisch) wenig objektivierbaren pathologischen Befunden und dem starken und klinisch relevanten Leiden des Klägers entstanden.

Mit Urteil vom 26.04.2006 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, der Kläger habe gegenüber der Beklagten keinen Anspruch auf Verletztenrente, weil die vorhandenen Unfallfolgen keine MdE in rentenberechtigendem Grad begründeten.

Gegen das am 02.06.2006 zugestellte Urteil hat der Kläger am 28.06.2006 Berufung eingelegt und vorgebracht, er sei bereits nach dem ersten Arbeitsunfall vom 14.07.1994 in einen psychisch regressiven Zustand versetzt worden. Die Hüftgelenksverletzung sei von den Ärzten übersehen worden. Bereits hier habe er sich unangemessen und ungerecht behandelt und als Simulant abgestempelt gefühlt. Die ständigen Schmerzen in der rechten Schulter und im rechten Arm hätten seine Ehe zerstört, seine berufliche Tätigkeit massiv beeinträchtigt und sein soziales Umfeld erschüttert. Er habe sich mit diesen Schmerzen alleingelassen gefühlt und mit psychischen Störungen reagiert. Zuletzt hat er vorgetragen, bei ihm liege eine posttraumatische Verbitterungsstörung als Variante der Anpassungsstörung vor.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 25.02.2002 in Gestalt des Widerspruchsbefehles vom 17.07.2002 sowie unter Aufhebung des Bescheides vom 28.08.2002 in Gestalt des Widerspruchsbefehles vom 13.11.2002 zu verurteilen, ihm wegen der Folgen der Arbeitsunfälle vom 14.07.1994 und 02.11.1999 Verletztenrente zu bezahlen, hilfsweise ein weiteres Gutachten von Amts wegen einzuholen, weiter hilfsweise ein Gutachten gem. [§ 109 SGG](#) bei Dr. H. bzw. Dr. D. einzuholen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie weist darauf hin, dass die Unfälle von 1994 und 1999 keine schwerwiegenden Unfallereignisse gewesen seien und nicht geeignet seien die jetzt geltend gemachten Störungen hervorzurufen.

Der Senat hat Dr. M.-Tr. ergänzend gutachterlich gehört. Sie hat darauf hingewiesen, dass bezüglich der vorliegenden sensitiven Persönlichkeitsfaktoren davon auszugehen sei, dass die Tatsache des Unfalls auswechselbar sei. Auch andere lebensgeschichtliche Ereignisse hätten durchaus zu einem ähnlichen Effekt beim Kläger führen können. Im Vordergrund stünden nicht die unfallbedingten Folgen, sondern die prämorbid Veranlagung des Klägers. Im Übrigen lägen keine Indizien für die Bejahung einer Depression bzw. einer somatoformen Störung vor.

Hierzu hat sich auf Veranlassung des Klägers Dr. Schm. unter dem 18.12.2006 dahingehend geäußert, dass Art und Umfang seiner Exploration erheblich umfangreicher gewesen seien als die von Dr. M.-Tr. ... Er hat die Einholung eines weiteren psychiatrischen Gutachtens empfohlen.

Die Beteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässige Berufung, über die der Senat auf Grund des Einverständnisses der Beteiligten nach [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist unbegründet.

Der Kläger hat über die bereits als Gesamtvergütung gewährte Rente hinaus keinen Anspruch auf Verletztenrente für die Arbeitsunfälle vom 14.07.1994 und 02.01.1999.

Obgleich hier die Gewährung von Rente jedenfalls auch für einen Zeitraum ab Inkrafttreten des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) im Streit steht, kommen hinsichtlich des Arbeitsunfalles vom 14.07.1994 noch die bis 31.12.1996 geltenden Bestimmungen der

Reichsversicherungsordnung (RVO) zur Anwendung, da das SGB VII nach seinem § 212 nur für Versicherungsfälle nach seinem Inkrafttreten gilt und der Ausnahmefall des [§ 214 Abs. 3 SGB VII](#), dass die Rente erstmals nach dem 31.12.1996 festzusetzen war, schon deshalb nicht vorliegt, weil mit dem Bescheid vom 11.04.1995 bereits Rente bewilligt wurde.

Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung wird gemäß § 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO in der dem Grad der Erwerbsminderung entsprechenden Höhe gewährt, wenn und solange ein Verletzter infolge des Arbeitsunfalls in seiner Erwerbsfähigkeit um wenigstens ein Fünftel gemindert ist und diese Minderung der Erwerbsfähigkeit über die 13. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus andauert (§ 580 Abs. 1 RVO). Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vmhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch einen früheren Versicherungsfall Anspruch auf Rente (§ 581 Abs. 3 Satz 1 RVO). Die Folgen eines Arbeitsunfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern (§ 581 Abs. 3 Satz 2 RVO). Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens (so jetzt ausdrücklich [§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#), mit dessen Inkrafttreten die früheren Kriterien zur Bemessung der MdE nach der RVO übernommen worden sind, vgl. BSG, Urteil vom 18.03.2003, [B 2 U 31/02 R](#)).

Hinsichtlich des Arbeitsunfalles vom 02.11.1999 kommt dagegen das seit dem 01.01.1997 geltende SGB VII zur Anwendung. Nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, ebenfalls Anspruch auf eine Rente. Im Übrigen gelten dieselben Regelungen wie nach altem Recht (vgl. [§ 56 Abs. 1 Satz 2](#), 3 und Abs. 2 SGB VII).

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit) und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung 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. u. a. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [2 RU 43/84](#) in SozR 2200 § 555a Nr. 1). 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. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [a.a.O.](#)); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalles mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, [B 2 U 47/98 R](#) in SozR 3-1300 § 48 Nr. 67; Urteil vom 02.05.2001, [B 2 U 16/00 R](#) in SozR 3-2200 § 551 Nr. 16). 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. BSG, Urteil vom 28.06.1988, [2/9b RU 28/87](#) in SozR 2200 § 548 Nr. 91). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, [2 RU 31/90](#) in SozR 3-2200 § 548 Nr. 11).

Rentenrelevante Folgen nach dem Unfall vom 02.11.1999 liegen nicht vor. Nach den Feststellungen von Dr. A. am Tag nach dem Unfall bestand lediglich ein mäßiger Druckschmerz der vorderen Gelenkspartie am rechten Schultergelenk, aber keine Schwellung und keine Hämatomverfärbung. Die ebenfalls von Dr. A. festgestellte erhebliche Bewegungseinschränkung erachtete bereits er als unfallunabhängig, weil vorbestehend. Hierfür spricht nicht nur die von ihm nach röntgenologischer Untersuchung diagnostizierte Periarthritis humeroscapularis, sondern vor allem die ebenfalls dokumentierte leichte Atrophie des Musculus supraspinatus rechts als Indiz für eine schon länger dauernde Schonung der rechten Schulter. Hierzu korrespondieren die Angaben des Klägers gegenüber Dr. R., wonach seit eineinhalb bis zwei Jahren die Schmerzen an der rechten Schulter zugenommen hätten. Ausgehend vom Zeitpunkt der Untersuchung am 17.11.2000 durch Dr. R. müssen daher auch die Schmerzzustände und Funktionseinschränkungen im Zeitpunkt des Unfalles bereits vorbestanden haben. Dementsprechend ist Prof. Dr. Ro. in seinem Gutachten für das Sozialgericht zu dem Ergebnis gelangt, dass die nach dem Unfall dokumentierte Bewegungseinschränkung ebenso wie die degenerativen Veränderungen (insbesondere im Bereich der Supraspinatussehne und auch im Acromioclaviculargelenk) vorbestanden. Dem hat sich das Sozialgericht angeschlossen. Der Kläger hat hiergegen auch keine Einwände erhoben.

Die von Dr. M.-Tr. angenommene Anpassungsstörung führt zu keinem Rentenanspruch. Der Senat vermag sich schon nicht davon zu überzeugen, dass sich beim Kläger nach dem Unfall vom November 1999, wie die Sachverständige meint, eine Anpassungsstörung entwickelte. Der behandelnde Psychologe Dr. L. hat angegeben, den Kläger von Mai 2000 bis Mai 2001 wegen einer auf einen Partnerschaftskonflikt zurückzuführenden schweren depressiven Krise erfolgreich behandelt zu haben. Zwar habe der Kläger auch über Beschwerden seitens der rechten Schulter berichtet, doch sei das emotionale Erleben durch den Partnerschaftskonflikt dominiert gewesen. Von einer Anpassungsstörung, gar im Zusammenhang mit dem Unfall von 1999, hat er nicht berichtet. Soweit Dr. L. dann für das Jahr 2003 erneute depressive Symptome im Zusammenhang mit Beschwerden der rechten Schulter mitgeteilt hat, beziehen sich diese, allein durch die anamnestischen Angaben des Klägers geprägten Ausführungen ausschließlich auf den Unfall von 1994. Dr. M.-Tr. hat ihre Auffassung vom Bestehen einer Anpassungsstörung im Zusammenhang mit dem Unfall von 1999 auch nicht begründet. Aus ihren Ausführungen insgesamt lässt sich aber entnehmen, dass sie die Schmerzzustände und die fehlende Anerkennung der Beschwerden durch die Ärzte neben der, von ihr ohnehin als überragende Ursache für die Störung angesehene, sensitiv-histrionischen Persönlichkeitsstruktur des Klägers als Grund für eine solche Anpassungsstörung ansieht. Damit könnte - selbst wenn man von einer Anpassungsstörung ausginge - diese nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf den Unfall von 1999 zurückgeführt werden. Denn die damaligen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im rechten Schultergelenk und Arm des Klägers standen - wie dargelegt - nicht im Zusammenhang mit diesem Unfallereignis. Dann aber können auf solchen Beschwerden bzw. deren Nichtanerkennung durch Ärzte beruhende psychische Störungen ebenfalls keine Unfallfolge sein. Schließlich hat Dr. M.-Tr. - insoweit für den Senat nachvollziehbar - auch dargelegt, dass die von ihr angenommene Anpassungsstörung keine wesentlichen Funktionseinschränkungen verursacht(e), sodass ohnehin keine MdE anzunehmen wäre.

Auch der Unfall vom 14.07.1994 hat keine gesundheitlichen Folgen mit einer rentenrelevanten MdE hinterlassen.

Zwar steht auf Grund des bestandskräftig gewordenen Bescheides der Beklagten vom 11.04.1995 und damit für die Beteiligten verbindlich ([§ 77 SGG](#)) fest, dass die dort ausdrücklich anerkannte "Eingeschränkte Beweglichkeit des Kopfes, der Halswirbelsäule und des rechten Schultergelenkes nach Distorsion der Halswirbelsäule" Folge des Unfalles sind. Nach dem bis 30.04.1995 dauernden Gesamtvergütungszeitraum bestand jedoch keine rentenrelevante MdE. Auch dies steht für die Beteiligten verbindlich ([§ 77 SGG](#)) auf Grund des gerade eine Rente für die Zeit ab 01.05.1995 ablehnenden und ebenfalls bestandskräftig gewordenen Bescheides vom 25.09.1995 fest. In der Folgezeit hat sich hieran - Bewertung der MdE für die von der Beklagten bescheidmäßig anerkannten Unfallfolgen - nichts geändert.

Insbesondere die vom Kläger zum Anlass für seinen im September 2000 gestellten Verschlimmerungsantrag genommene Rotatorenmanschettenruptur ist keine Unfallfolge. Es steht schon nicht fest, dass zeitnah zum Unfall vom 14.07.1994 eine solche Rotatorenmanschettenruptur vorlag. Der Vortrag des Klägers hierzu, ein diesbezüglich aussagekräftiges bildgebendes Verfahren, insbesondere eine Kernspintomografie der rechten Schulter, sei von den behandelnden Ärzten im zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall nicht veranlasst worden, ist zwar richtig. Indessen lässt sich mit diesem Vorbringen das Vorliegen einer Rotatorenmanschettenruptur nicht begründen. Im Übrigen sprechen gewichtige Umstände gegen die Vermutung einer damals im Zusammenhang mit dem Unfall aufgetretenen Ruptur: So lagen - hierauf hat Prof. Dr. Ro. zutreffend hingewiesen - in Gefolge des Unfalles zunächst gar keine Beschwerden im Bereich der rechten Schulter vor. Gerade für die Zeit des stationären Aufenthaltes des Klägers in der F Klinik (14.07.1994 bis 18.07.1994) sind insoweit keine Beschwerden im Bereich der rechten Schulter dokumentiert. Solche Beschwerden gab der Kläger erstmals in der BG-Klinik an, also ab dem 20.07.1994 (siehe die Ausführungen von Prof. Dr. Dr. W. auf Seite 15 seines Gutachtens vom 20.07.1995). Unabhängig von der Frage des ursächlichen Zusammenhangs dieser Beschwerden mit dem Unfall spricht diese zeitliche Diskrepanz jedenfalls gegen eine traumatische Läsion der Rotatorenmanschette durch den Unfall vom 14.07.1994. Hinzu kommt, dass bei der Entlassung aus der BG-Klinik am 05.08.1994 ebenso wie im Zeitpunkt der Nachuntersuchung am 31.08.1994 die Beweglichkeit (auch) im rechten Schultergelenk frei war, was ebenfalls gegen eine Läsion der Rotatorenmanschette spricht. Schließlich ist - so Prof. Dr. Ro. - auch nicht erkennbar, dass die Rotatorenmanschette der rechten Schulter durch das Unfallereignis selbst betroffen wurde. Der Kläger hat hiergegen keine substantiierten Einwände erhoben. Soweit er in diesem Zusammenhang seine Sitzposition im Zeitpunkt des Unfalles konkretisiert hat (schräg hinter dem Fahrer sitzend, den Kopf auf die rechte Schulter gelegt und den rechten Arm auf dem Bein aufgelegt) lässt auch dies - so Prof. Dr. Ro. in seiner ergänzenden Stellungnahme - eine Einwirkung während des Unfalles auf die Rotatorenmanschette nicht erkennen.

Damit vermag der Senat der Beurteilung des Orthopäden R. nicht zu folgen. Dieser führte in seinem Gutachten für die Beklagte zwar die von ihm gefundene schmerzhafte Einsteifung des rechten Schultergelenkes ausschließlich auf das Unfallgeschehen von 1994 zurück. Diese Beurteilung begründete er jedoch mit keinem Wort, sondern er nahm lediglich auf das Vorgutachten von Prof. Dr. M. Bezug. Dort aber ist festgehalten, dass keine motorischen Ausfälle und gerade keine wesentlichen funktionellen Beeinträchtigungen im rechten Schultergelenk vorliegen und die MdE damit lediglich 10 v. H. betrage. Es bedarf an dieser Stelle keiner Beurteilung, ob der Wertung von Prof. Dr. M., wonach eine Schmerzschonhaltung vorliege und diese auf den Unfall zurückzuführen sei, gefolgt werden kann. Denn eine funktionelle Einschränkung oder gar rentenrelevante MdE nahm Prof. Dr. M. gerade nicht an. Vor allem aber setzte sich der Orthopäde R. nicht mit der von ihm selbst zwischenzeitlich festgestellten Rotatorenmanschettenruptur, deren Ursache und deren Auswirkungen in Form von Schmerzen und Bewegungseinschränkungen auseinander.

Vergleichbares gilt für die Beurteilung von Dr. R. ... Auch sie ging von einer auf den Unfall von 1994 zurückzuführenden Gefühlsstörung und schmerzbedingten Bewegungseinschränkung der rechten Schulter mit einer MdE von 20 v. H. aus. Allerdings war ihr das Vorliegen der - wie dargelegt - unfallunabhängigen Rotatorenmanschettenruptur nicht bekannt.

Offenlassen kann der Senat, ob es bei dem Unfall von 1994 tatsächlich zu einer partiellen Nervenschädigung kam. Prof. Dr. M. nahm dies auf Grund der konsistenten Angaben des Klägers über Sensibilitätsstörungen genau im Versorgungsgebiet des Achselnerven und zweiten Halsmarknerven an. Dem folgte sowohl die Beklagte in der Begründung der Bescheide vom 25.09.1995 und 25.02.2002 wie Dr. R. in ihrem Gutachten für die Beklagte hinsichtlich des Achselnerven und auch Dr. M.-Tr. hat in ihrem Gutachten für das Sozialgericht hinsichtlich des Achselnerven eine traumatische Ursache angenommen. Auch das Sozialgericht ist hiervon ausgegangen. Übereinstimmend aber haben alle Gutachter die funktionellen Auswirkungen und damit die MdE mit vorübergehend 10 v.H. (Prof. Dr. M.) bzw. ohne MdE (Dr. M.-Tr.) bewertet. Soweit Dr. R. eine MdE um 20 v. H. annahm, floss hier die erhebliche, aber unfallunabhängige Bewegungseinschränkung im rechten Schultergelenk vorrangig ein. Gegen die vom Sozialgericht vorgenommene Beurteilung der MdE im Anschluss an Prof. Dr. M. und Dr. M.-Tr. hat der Kläger keine Einwände mehr erhoben. Eine rentenrelevante Bedeutung kommt somit der Frage einer Axillarisschädigung oder Schädigung eines Halsmarknerven nicht zu.

Eine mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 14.07.1994 rückführbare psychische Störung verneint der Senat.

Eine posttraumatische Belastungsstörung scheidet von vornherein aus. Sowohl Dr. M.-Tr. wie auch Dr. Schm. sind zu diesem Ergebnis gelangt. Auch der behandelnde Psychologe Dr. L. hat eine solche Störung ausgeschlossen und in seiner vom Kläger dem Sozialgericht vorgelegten Stellungnahme dargelegt, dass der Kläger schon deshalb nicht an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden könne, weil er beim Unfall im Auto geschlafen und somit auch keine Erinnerung daran haben könne. Auch der Kläger behauptet eine solche Störung nicht mehr.

Den Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Dr. Schm. vermag der Senat - insbesondere was die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs anbelangt - nicht zu folgen. Der Sachverständige ist zu dem Ergebnis gelangt, dass beim Kläger eine maligne Regression im Rahmen einer dekompenzierten narzisstischen Persönlichkeitsstörung, eine Dysthymie sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliegen. Einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall von 1994 hat er hinsichtlich der malignen Regression und der somatoformen Schmerzstörung bejaht.

Die von Dr. Schm. diagnostizierte maligne Regression ist - so der Neurologe und Psychiater Prof. Dr. St. in seiner von der Beklagten vorgelegten beratungsärztlichen Stellungnahme - keine Gesundheitsstörung und keine Diagnose gemäß den üblichen diagnostischen Standards. Dem hat Dr. Schm. in seiner vom Senat eingeholten Stellungnahme nicht widersprochen. Zur Anerkennung einer psychischen Störung als Unfallfolge ist aber eine exakte Diagnose der Krankheit nach einem der international anerkannten Diagnosesysteme erforderlich (BSG, Urteil vom 09.05.2006, [B 2 U 1/05 R](#) in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)). Schon hieran fehlt es.

Unabhängig hiervon ist darauf hinzuweisen, dass weder die behandelnden Psychologen noch die anderen Gutachter eine derartige Regression mit Dekompensation angenommen haben. Dr. L. hat für den zeitnächsten Zeitraum zum Unfall, nämlich die Behandlungsserie von Mai 2000 bis Mai 2001, gerade nicht von einer derartigen Regression berichtet, sondern von einer schweren depressiven Krise wegen Partnerschaftskonflikt, die er erfolgreich behandelte. Die erlittenen Unfälle, auch jener von 1994, standen gar nicht im Vordergrund des emotionalen Erlebens des Klägers. Somit kann auch nicht der Darstellung des Klägers gefolgt werden, der Partnerschaftskonflikt stehe mit dem Unfall von 1994 in Zusammenhang. Auch die Nervenärztin Dr. R. stellte bei ihrer Untersuchung im November 2000 keine psychopathologischen Auffälligkeiten im Zusammenhang mit dem Unfallereignis fest, sondern berichtete lediglich über anamnestisch vom Kläger angegebene Belastungen familiärer Natur, deswegen er sich in psychotherapeutischer Behandlung befinde. All dies spricht ausschlaggebend gegen die von Dr. Schm. angenommene Regression mit Dekompensation im zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall. Denn wenn es zu der von Dr. Schm. behaupteten Regression und dauerhaften, also bis heute bestehenden Dekompensation gekommen wäre, hätte dies zumindest dem den Kläger über die Zeit von rund einem Jahr behandelnden Dr. L. auffallen müssen. Dr. Schm. ist auf diese, gegen seine Theorie sprechenden Umstände bei seiner Beurteilung auch nicht eingegangen.

Schließlich vermag der Senat auch der von Dr. Schm. für die angenommene Regression gegebenen Begründung - die der Kläger danach übernommen hat - nicht zu folgen. Dr. Schm. sieht einen Zusammenhang zu einem vom Kläger nach eigenen Angaben im Alter von drei Jahren erlebten Unfall, dem er - Dr. Schm. - die Bedeutung eines Schockerlebnisses zuschreibt und zu dem er eine Parallele zum Unfall von 1994 mit einem Rückfall in das frühere Erlebnis- und Verhaltensmuster eines Dreijährigen (klein, hilflos, ausgeliefert, in der Obhut einer fremden Person, geschädigt, in der psychischen und physischen Integrität bedroht) zieht. Dabei ist schon nichts dafür ersichtlich, dass der Kläger im Alter von drei Jahren - den Unfall unterstellt - tatsächlich die vom Sachverständigen angenommene Empfindungen durchmachte und dass diese zu einem Erlebnis- und Verhaltensmuster wurden, in das der Kläger dann beim Unfall von 1994 zurückfallen konnte. Aus den Darstellungen des Sachverständigen ergibt sich gerade nicht, dass der Kläger über die bloße Erinnerung an einen Unfall im Alter von drei Jahren hinaus die vom Sachverständigen angenommenen Emotionen im Alter von drei Jahren tatsächlich hatte oder gar beim Unfall von 1994 hieran im weitesten Sinne erinnert worden wäre. Damit gelangen die Ausführungen des Sachverständigen nicht über das Stadium der bloßen Spekulation hinaus. Dass der Kläger diese Ausführungen des Sachverständigen im Berufungsverfahren übernommen hat, ändert daran nichts.

Hinzukommt, dass Dr. Schm. dem Unfall von 1994 - allein den Angaben des Klägers folgend - die Ursache für einen beruflichen, gesundheitlichen und sozialen Niedergang des Klägers zuschreibt. Die anlagebedingte narzisstische Störung des Klägers sei vor dem Unfall kompensiert gewesen und durch den Unfall dekomponiert. Damit unterstellt der Sachverständige vor allem die Angaben des Klägers über durch den Unfall verursachte schwere Schmerzzustände und Funktionseinschränkungen gerade im Bereich der rechten Schulter als zutreffend. Denn diese Beschwerden - so der Kläger u.a. in der Berufungsbegründung - seien für seine Situation in beruflicher wie privater Hinsicht verantwortlich. Von solchen unfallbedingten Schmerzzuständen aber kann nicht ausgegangen werden.

Insbesondere vermag sich der Senat nicht davon zu überzeugen, dass beim Kläger tatsächlich und für erhebliche Zeiträume auf den Unfall von 1994 zurückzuführende Schmerzen im Bereich der rechten Schulter vorlagen. Unmittelbar nach dem Unfall bestanden beim Kläger im Bereich der rechten Schulter keine Beschwerden (siehe den Bericht der F. Klinik über den stationären Aufenthalt bis zum 18.07.1994). Nach der stationären Aufnahme in der BG-Klinik am 20.7.1994 gab der Kläger zwar Schulterbeschwerden rechts an, doch waren diese spätestens bei der Nachuntersuchung am 31.08.1994 nicht mehr vorhanden (Bericht der BG Klinik vom 01.09.1994: "noch Beschwerden im Bereich der Brustwirbelsäule und des rechten Hüftgelenkes"), bei der Entlassung am 05.08.1994 war die Gelenkbeweglichkeit bereits frei. Erst rund 15 Wochen später, am 24.10.1994 sind wieder Beschwerdenangaben des Klägers im Bereich des rechten Armes dokumentiert (Bericht der BG-Klinik vom 26.10.1994), was zur ergebnislosen neurologischen Untersuchung durch Dr. K. und später - ebenso ergebnislos - in der Neurologischen Klinik der Universität T. führte. Sowohl PD Dr. A. wie PD Dr. Scha. stellten zu unterschiedlichen Zeitpunkten vielmehr erhebliche Aggravationen des Klägers fest. So beschrieb beispielsweise PD Dr. A. eine vom Kläger demonstrierte Schonhaltung des rechten Armes und schmerzbedingte Bewegungseinschränkung einerseits, aber einen völlig normalen Einsatz des rechten Armes beim Anziehen und Gestikulieren andererseits. Auch Prof. Dr. Dr. W. ging von erheblicher Aggravation aus. Er sah sich - so unter anderem die Darstellung im ersten Rentengutachten vom Juli 1995 - angesichts des Gegenspannens des Klägers zu einer objektiven Bewegungsprüfung des rechten Schultergelenkes nicht in der Lage, stellte aber entgegen der vom Kläger demonstrierten schmerzhaften Bewegungseinschränkung eine seitengleiche Beschränkung der Hände und keine wesentliche Muskeldifferenzen, beides Indizien für den normalen Einsatz der Gliedmaßen, und auch keine wesentlichen Verspannungen als möglichen Grund für eine Schmerzhaftigkeit fest. Prof. Dr. M. erkannte bei seiner Untersuchung des Klägers am 08.08.1995 ebenfalls die Diskrepanz zwischen den Beschwerdeangaben des Klägers und dem tatsächlichen Einsatz des rechten Armes (insbesondere bei der Freizeitgestaltung Motorradfahren und der Betätigung als Sportschütze). Der Annahme von Prof. Dr. M., es handle sich nicht um eine bewusste Fehlhaltung, vermag der Senat nicht zu folgen. Der Gutachter hat diese Wertung nicht begründet und sie beruht im Wesentlichen darauf, dass der Sachverständige tatsächlich vorhandene Schmerzen des Klägers mit Schmerzschonhaltung und schmerzbedingter reflektorischer Muskelverspannungen annimmt. Wesentliche Muskelverspannungen aber konnte Prof. Dr. Dr. W. gerade nicht erheben, auch Prof. Dr. M. fand nur geringe Verspannungen ohne Druckschmerzhaftigkeit. Eine Erklärung dafür, wie die in der Untersuchung demonstrierte und von Prof. Dr. M. angenommene schmerzbedingte Schonhaltung des rechten Armes mit der tatsächlichen Freizeitgestaltung des Klägers (Motorradfahren und Schießen) und dem sonst festgestellten unauffälligen Einsatz des rechten Armes (PD Dr. A.: beim Anziehen und Gestikulieren) sowie den bereits dargestellten, von Prof. Dr. Dr. W. erhobenen Hinweisen auf einen normalen Gebrauch des rechten Armes in Einklang zu bringen sein soll, bleibt Prof. Dr. M. schuldig. Der Senat vermag sich somit nicht davon zu überzeugen, dass beim Kläger eine erhebliche, nicht bewusstseinsnahe schmerzbedingte Funktionseinschränkung des rechten Armes bzw. der rechten Schulter, wie er sie in den genannten Untersuchungen demonstrierte, vorlag. Inwieweit es in der Folgezeit durch die diagnostizierte Rotatorenmanschettentraktur bzw. degenerative Veränderungen tatsächlich zu auch schmerzbedingten Funktionseinschränkungen kam, braucht nicht geklärt zu werden. Denn weder die Rotatorenmanschettentraktur noch degenerative Veränderungen sind auf den Unfall von 1994 zurückzuführen.

Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4 nach ICD 10 = Zehnte Revision der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der Weltgesundheitsorganisation) sieht der Senat nicht als nachgewiesen an. Voraussetzung für eine derartige Schmerzstörung ist u. a. ein wiederholt auftretender schwerer Schmerz, der nicht durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung vollständig erklärt werden kann und der in Verbindung mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen steht. Dr. Schm. bejaht diese Diagnose, ohne dies überzeugend zu begründen. Soweit er sich auf die vom Kläger als seit dem Unfall bestehend behaupteten Schmerzen an der rechten Schulter bezieht, gilt das oben Dargestellte. Soweit er die

aktuellen Beschwerden des Klägers einbezieht, lässt er deren Ursache, nämlich die durch Kernspintomographie und die am 15.01.2002 Arthroskopie bestätigte, wie dargelegt aber nicht unfallbedingte Rotatorenmanschettenruptur rechts und die degenerativen Veränderungen außer Betracht. Gleiches gilt für die im vom Kläger vorgelegten Bericht der L Klinik vom 17.08.2006 in Anlehnung an die Einweisungsdiagnose des den Kläger zwischenzeitlich behandelnden Dr. Schm. und auf Grund der Angaben des Klägers (u.a. Unfall von 1994 mit Rotatorenmanschettenruptur und seither bestehenden Beschwerden) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Aber selbst wenn von einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden könnte - etwa weil die Schmerzen in der rechten Schulter durch die degenerativen Veränderungen im Bereich der rechten Schulter mit Läsion der Rotatorenmanschette nicht hinreichend erklärt werden können - könnte diese Störung nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall von 1994 zurückgeführt werden. Denn dann lägen als Anknüpfungspunkt einer solchen Störung gerade die Rotatorenmanschettenruptur und die degenerativen Veränderungen am nächsten; diese sind aber - wie ausgeführt - nicht durch den Unfall von 1994 verursacht.

Inwieweit beim Kläger die von Dr. Schm. diagnostizierte Dysthymie tatsächlich vorliegt, braucht der Senat nicht zu entscheiden. Denn selbst Dr. Schm. hat insoweit keinen ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall von 1994 angenommen.

Soweit Dr. L. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft gegenüber dem Sozialgericht und seiner vom Kläger vorgelegten Stellungnahme von einer depressiven Entwicklung ausgeht und diese in Zusammenhang mit Beschwerden des Klägers an der rechten Schulter sieht, gilt das zu der von Dr. Schm. vorgenommenen Kausalitätsbetrachtung Ausgeführte: Einen Zusammenhang der behaupteten Schmerzzustände mit dem Unfallereignis von 1994 vermag der Senat nicht zu bejahen. Damit können eventuell auf solchen Schmerzzuständen beruhende weitere Erkrankungen, auch psychischer Art, ebenfalls keine Unfallfolgen sein. Nichts anderes gilt für die vom Dipl.-Psych. G. - ohnehin allein auf der Grundlage der ihm vom Kläger geschilderten Beschwerden und ohne differentialdiagnostische Erwägungen angenommene - Belastungsstörung mit depressiver Entwicklung.

Der Senat vermag auch nicht von einer unfallbedingten Posttraumatischen Verbitterungsstörung als Subkategorie der Anpassungsstörungen (F 43.2 nach ICD 10) auszugehen. Dies schon deshalb nicht, weil es sich insoweit um kein eigenständiges, anerkanntes Krankheitsbild handelt und im Übrigen die oben zur Regression und depressiven Entwicklung dargestellten, gegen einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall von 1994 sprechenden Erwägungen entsprechend gelten.

Soweit der Kläger das Verhalten von Ärzten und Klinikpersonal (vor allem fehlendes Verständnis für seine Schmerzen und sonstigen Beschwerden) für eine psychische Erkrankung verantwortlich macht, findet diese Argumentation in den eingeholten Gutachten keine Bestätigung. Im Übrigen gilt auch insoweit, dass der Senat von keinen überdauernden Schmerzzuständen in Folge des Unfalls vom 14.07.1994 ausgehen kann, sodass sich der Kläger auch nicht darauf berufen kann, im Hinblick auf von ihm demonstrierte Schmerzzustände falsch behandelt - gleich ob medizinisch oder menschlich - worden zu sein. Soweit der Kläger in diesem Zusammenhang eine Fehlbehandlung der Verletzung an der rechten Hüfte behauptet, trifft dies nicht zu. Die zunächst angenommene Fraktur konnte von der BG-Klinik ausgeschlossen werden. Im Rahmen der stationären Behandlung war dann auch eine Vollbelastung des rechten Beines und eine volle Mobilisation des zuvor im Rollstuhl sitzenden Klägers möglich (Bericht der BG-Klinik vom 10.08.1994). In der Folgezeit kam es nur noch zu gelegentlichen Klagen über Restbeschwerden an der rechten Hüfte (Nachschau am 31.08.1994 in der BG-Klinik, bei Dr. H. am 09.11.1994). Danach und bis einschließlich der abschließenden Begutachtung durch Prof. Dr. Dr. W. im Juli 1995 und Prof. Dr. M. im August 1995 finden sich hierzu keine Beschwerdeangaben mehr.

Angesichts dieser Sachlage hält der Senat eine weitere Sachaufklärung, insbesondere die Einholung eines weiteren psychiatrischen Fachgutachtens nicht für erforderlich. Denn auch ein weiterer Sachverständiger könnte die Zweifel des Senats über das Bestehen dauerhafter Schmerzzustände im Gefolge des Unfalls von 1994 (und - wie dargelegt - nicht etwa durch die unfallunabhängigen degenerativen Veränderungen und die ebenfalls unfallunabhängige Rotatorenmanschettenruptur verursacht) nicht ausräumen und dürfte solche Schmerzzustände seiner Beurteilung nicht zu Grunde legen. Damit aber ist dem tragenden Argument des Klägers, wegen Schmerzzuständen an der rechten Schulter in Folge des Unfalls von 1994 habe sich eine psychische Störung entwickelt, der Boden entzogen. Nichts anderes gilt für die Annahme von Dr. Schm., es sei durch den Unfall zu einer Regression und Dekompensation gekommen. Auch hier fehlen die erforderlichen Nachweise für jene Tatsachen und Umstände, die der Sachverständige seiner Beurteilung zu Grunde legt.

Die hilfsweise beantragte Begutachtung nach [§ 109 SGG](#) durch Dr. D. bzw. Dr. H. lehnt der Senat schon deshalb ab, weil das Antragsrecht durch das auf der Grundlage dieser Regelung bereits eingeholte Gutachten von Dr. Schm. verbraucht ist.

Die weiter beantragte hilfsweise Zulassung der Revision wird abgelehnt, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht erfüllt sind.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-12-15