

L 9 U 108/08

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

SG Mannheim (BWB)

Aktenzeichen

S 9 U 2751/05

Datum

04.12.2007

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 9 U 108/08

Datum

20.04.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die BeR.ung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 4. Dezember 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im BeR.ungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist im BeR.ungsverfahren vorrangig, ob beim Kläger eine mittelgradig ausgeprägte Neurasthenie bzw. eine Anpassungsstörung vorliegt und diese mit Wahrscheinlichkeit wesentlich auf die bei dem versicherten Auffahrunfall vom 26. Januar 2004 erlittene (Primär-) Schädigung ursächlich zurückzuführen ist und ob dem Kläger deshalb Verletztenrente zusteht.

Der 1946 geborene Kläger ist als Unternehmer bei der Beklagten freiwillig versichert. Er hat vor dem streitgegenständlichen Unfall vom 26. Januar 2004 in den Jahren 1985, 1987 und 1997 bei der Beklagten versicherte Arbeitsunfälle erlitten. Im BeR.ungsverfahren wurden die Akten dieser Arbeitsunfälle, die Akten des Versorgungsamtes Heidelberg und die der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg beigezogen.

Aus diesen Akten ergibt sich zur Vorgeschichte folgendes: Nach dem Urteil des 7. Senats des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 27. September 1990 im Verfahren L 7 U 2136/87, den Arbeitsunfall vom 28. Juni 1985 betreffend, konnte die bereits damals bestehende Nichtbenutzung des rechten Arms wegen Dauerkontraktur der Muskeln nicht ursächlich auf die Arbeitsunfälle vom 28. Juni 1985 und vom 27. Januar 1987 zurückgeführt werden, da die Befunde nach den vom 7. Senat damals eingeholten Gutachten von Prof. Dr. J. vom 1. August 1989 und von Prof. Dr. L. vom 1. April 1990 zu keiner Diagnose passten.

Das Schulter-Arm-Syndrom mit praktisch vollkommener Beweglichkeitseinschränkung im Bereich aller Gelenke des rechten Arms und Dauerschmerzsymptomatik bei muskulärer Dauerkon-traktur war auch der Grund, weshalb die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (seinerzeit LVA Baden) dem Kläger, einem Schreinermeister, seit April 1987 eine Rente wegen BeR.sunfähigkeit gewährte, wobei auch der im Rentenverfahren tätig gewordene Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. im Gutachten vom 29. Dezember 1987 eine Erklärung für die Symptomatik aus neurologischer Sicht nicht fand und eine psychische Überlagerung, wie in früheren Arztbriefen erwähnt, nicht ausschloss.

Im Rentengutachten vom 22. Dezember 1987 beschrieb Dr. D. den Kläger als depressiv und verbittert wirkend und mit eingengter Affektivität. Dr. G. fand anlässlich einer Nachbegutachtung im Rentenverfahren am 7. Februar 1991 eine leicht depressive Stimmungslage.

Wegen Schulter-Arm-Syndrom, Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks, Gebrauchseinschränkung des rechten Arms, Bluthochdruck, Angina pectoris, Gallensteinleiden, Leberschaden, Diabetes mellitus, Polyneuropathie, Refluxkrankheit der Speiseröhre, Speiseröhrengleitbruch setzte das Versorgungsamt Heidelberg auf den Verschlimmerungsantrag des Klägers vom 1. Juni 2002 der Grad der Behinderung nach der SGB IX seit 26. Juni 2002 auf 80 fest.

Am 26. Januar 2004 gegen 15.30 Uhr wollte der Kläger auf dem Weg zu einem Kunden nach links auf einen Parkplatz abbiegen. Auf das Fahrzeug des Klägers fuhr ein weiteres Fahrzeug auf. Die Fahrerin wurde deshalb mit einem Verwarnungsgeld von 35 EUR belegt. Nach den Angaben des Klägers in der Unfallanzeige vom 18. Februar 2004 wurde sein Fahrzeug an der linken Heckseite heftig gerammt. Dr. Sch., Arzt für Chirurgie/Unfallchirurgie und Chefarzt am Kreiskrankenhaus Buchen, stellte beim Kläger am Unfalltag um 19.00 Uhr eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule (HWS), einen Druck- und Klopfschmerz der unteren HWS und einen Druckschmerz auch in der

Muskulatur rechts neben der HWS fest. Die Röntgenuntersuchungen der HWS, des Übergangs der Brustwirbelsäule zur Lendenwirbelsäule und der rechten Schulter ergaben keinen Frakturhalt, bzw. bezogen auf die HWS keinen sicheren Frakturhalt. Dr. Sch. diagnostizierte eine HWS-Distorsion und eine Zerrung der Rückenmuskulatur und bescheinigte Arbeitsunfähigkeit bis zum 2. Februar 2004 (D-Arzt-Bericht vom 27. Januar 2004).

Eine am 2. Februar 2004 von Dr. P. durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRT) der HWS ergab neben degenerativen Veränderungen keinen Hinweis auf eine ligamentäre Verletzung oder einen cervikalen Plexusauriss. Nachdem der Kläger am 2. Februar 2004 bei Dr. Sch. über eine nahezu aufgehobene Beweglichkeit der HWS, Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und Sensibilitätsstörungen im Bereich des rechten Ellenbogengelenks und der rechten Finger geklagt hatte, wurde am selben Tag eine neurologische Untersuchung durch Dr. W. durchgeführt. Dieser berichtete unter dem 5. Februar 2004, eine relevante Traumafolge auf neurologischem Gebiet könne ausgeschlossen werden. Die vor allem bei Abwehrbewegungen zu beobachtende Muskelkraft des rechten Arms, das Fehlen von Muskelatrophien und das mit Ausnahme degenerativer Veränderungen unauffällige MRT der HWS lasse in erster Linie an eine funktionelle Komponente, möglicherweise auch im Sinne einer bewussten Aggravation denken. Er rege die Einholung einer zweiten Meinung an. Letztlich sei wegen der von ihm vermuteten psychodynamischen Zusammenhänge nicht mit einer Therapierbarkeit bzw. Besserung zu rechnen. Am 17. und 24. Februar 2004 stellte sich der Kläger in der BeR.sgenossenschaftlichen Unfallklinik in Ludwigshafen vor, wo sodann vom 1. bis 5. März 2004 eine stationäre Behandlung in Form einer intensiven ergo- und physiotherapeutischen Beübung stattfand. Im Entlassungsbericht vom 5. März 2004 führte Prof. Dr. W. aus, ein bereits ambulant durchgeführtes HNO-ärztliches Konsil (HNO-ärztlicher Befundbericht von Prof. Dr. D. vom 24. Februar 2004) habe keinen objektivierbaren Befund ergeben. Es seien weder ein vestibulärer Schwindel noch ein Tinnitus noch eine Schwerhörigkeit nachweisbar. Die HWS-Muskulatur habe sich seitengleich ohne Verspannung gezeigt, eine neurologische Befundkontrolle habe kein Defizit resultierend aus der beschriebenen HWS-Distorsion ergeben. Der Kläger sei mit ausgeprägter Abwehrhaltung im Bereich der HWS und der rechten Schulter nicht objektivierbar zu untersuchen gewesen. Allerdings sei die HWS in unbeobachteten Momenten mobilisiert worden. Auch werde der rechte Arm eingesetzt, was sich an einer nahezu seitengleichen Bemuskelung der Arme und Beschwielung der Hände erkennen lasse. Der Kläger habe im Verlauf der Therapie keine Verbesserung gezeigt. Die weitere Behandlung gehe zu Lasten der Krankenkasse. Arbeitsfähigkeit trete zum 8. März 2004 wieder ein.

Mit Bescheid vom 27. September 2004 gewährte die Beklagte dem Kläger Verletztengeld für die Zeit vom 26. Januar bis 7. März 2004. Mit weiterem Bescheid vom 27. September 2004 lehnte sie die Gewährung von Verletztenrente ab. Die unfallbedingte HWS-Distorsion und die Zerrung der Rückenmuskulatur seien folgenlos ausgeheilt. Die vom Kläger darüber hinaus geltend gemachten Gesundheitsstörungen seien unfallunabhängig.

Im anschließenden Widerspruchsverfahren legte der Kläger ein von ihm in Auftrag gegebenes Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. vom 15. Dezember 2004 mit ergänzender Expertise vom 9. April 2005 vor. Der Kläger habe eine mittelgradige HWS-Distorsion mit protrahiertem Verlauf erlitten. Als Unfallfolge sei auch anzuerkennen eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik, nicht jedoch die Schwerhörigkeit und eine somatoforme Schmerzstörung, welche auf eine prämorbid Veranlagung zurückzuführen sei. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei für HWS-Distorsion mit protrahiertem Verlauf mit 10 vH und für die Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik/protrahierter psychogener Situation mit 20 vH einzuschätzen. Insgesamt bestehe eine MdE von 20 vH.

Mit Widerspruchsbescheid vom 1. September 2005 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Weder die geltend gemachten Beschwerden im HWS-Bereich noch die Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik seien mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit ursächlich auf das Unfallereignis zurückzuführen.

Hiergegen erhob der Kläger am 26. September 2005 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG). Zu Begründung führte er unter Bezugnahme auf das Gutachten von Dr. B. aus, er leide seit dem Unfallereignis an ständigem Kopfdruck, Kopf- und Nackenschmerzen, Schmerzen im Bereich des rechten Ellenbogengelenks und der rechten Hand, Schlafstörungen, kognitiven Einschränkungen, Abnahme von Merk- und Konzentrationsfähigkeit, Tinnitus und Verschlechterung der Hörfähigkeit. Er legte ein DEKRA-Gutachten vom 5. Februar 2004 vor, wonach durch einen starken Anstoß hinten links die linke Seitenwand seines Fahrzeugs, der Kofferboden und das Abschlussblech stark eingedrückt waren. Die linke vordere Tür ließ sich nicht mehr schließen. Das gesamte Heckteil war nach rechts verschoben, die Rückleuchte, die Anhängerkupplung und die entsprechenden Anbauteile waren beschädigt. Das Fahrzeug wurde als nicht mehr reparaturwürdig angesehen.

Die Beklagte trat der Klage entgegen und legte den Bericht der Schmerzklinik am Arkauwald vom 23. Dezember 2005 über ein stationäres Heilverfahren vom 18. bis 25. Oktober 2005 vor. Eine weitere Behandlung fand dort vom 15. März bis 12. April 2006 statt (Bericht vom 18. Mai 2006).

Das SG zog bei der AOK Neckar-Odenwald-Kreis das Vorerkrankungsverzeichnis bei und befragte die behandelnden Ärzte des Klägers als sachverständige Zeugen.

Die Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. teilte unter dem 16. Januar 2006 mit, dass sie den Kläger seit 14. Juli 2004 wegen einer chronisch depressiven Entwicklung mit Somatisierungstendenzen bei gesundheitlichen Problemen und chronischem Schmerzsyndrom behandle. Mangels Kenntnis der Prämorbidität vor dem Unfall könne sie zu Unfallfolgen nur schwer etwas sagen.

Der Arzt für Orthopädie Dr. R. führte in der Auskunft vom 19. Januar 2006 aus, er habe den Kläger am 3. Mai 2004 und am 28. März 2005 wegen eines WS-Syndroms und eines Schulter-Arm-Syndroms mit weitgehender Schultersteife rechts bei Verdacht auf KTS behandelt. Es habe ein ausgeprägtes psychosomatisches Krankheitsbild mit Tinnitus aurium und Hinweisen auf eine Unfall- bzw. Renten-neurose bestanden. Die im D-Arztbericht ausgewiesenen Unfallfolgen dürften bei normalem Heilungsverlauf nach 8 bis 12 Wochen abgeklungen sein. Die ausgeprägte Psychosomatisierung betreffe nicht sein Fachgebiet.

Der HNO-Arzt Dr. St. berichtete in der sachverständigen Zeugenauskunft vom 20. Januar 2006 über die Konsultationen am 30. Mai und 1. September 2005 und legte das Tonschwellenaudiogramm vom 30. Mai 2005 vor.

Der Allgemeinarzt Dr. H. teilte in der sachverständigen Zeugenauskunft vom 13. Februar 2006 mit, dass er den Kläger seit November 1986 betreue und lege umfangreiche Behandlungsunterlagen insbesondere die Diabeteserkrankung betreffend vor. Seit dem Unfall vom 26.

Januar 2004 klage der Kläger über Schwindel und Ohrgeräusche.

Das SG holte sodann das neurologisch-psychiatrische Gutachten von Chefarzt Dr. R., Sankt Rochus Kliniken Bad Schönborn, vom 24. Oktober 2007 (richtig 2006) mit ergänzender Stellungnahme vom 12. Juni 2007 ein. Dr. R. diagnostizierte beim Kläger eine mittelgradige Neurasthenie (F48.0 ICD 10), eine psychische Beeinträchtigung aus dem neurotischen Formenkreis mit eigenständigem Krankheitswert. Wie beim Kläger sei diese Störung üblicherweise verbunden mit gesteigerter Erschöpfbarkeit bei geistiger Belastung und vorzeitig einsetzender körperlicher Schwäche bei Verrichtung alltäglicher Aufgaben. Zusätzliche Symptome seien organisch nicht zu erklärende Schmerzen, Störungen des Schlafes, der Aufmerksamkeit, der Konzentrationsfähigkeit bzw. des Kurzzeitgedächtnisses oder Depressionen in wechselnder Intensität. Im Falle des Klägers sei es persönlichkeitsbedingt und infolge des Unfalls vom 26. Januar 2004 zu einem neurotischen Konflikt zwischen Ansprüchen, die der Kläger an sich selbst stelle auf der einen Seite und einer erschöpfungsbedingt nachlassenden Leistungsfähigkeit mit dauerhaftem Behinderungscharakter auf der anderen Seite gekommen. Dem Unfallereignis komme kein untergeordnete, sondern eine zumindest gleichwertige Bedeutung zu. Diese Einschätzung werde gestützt durch die Erkenntnis, dass der Lebensweg des Klägers trotz seiner besonderen Persönlichkeitsmerkmale in geordneten Bahnen verlaufen sei und erst ab dem Unfall eine richtungsweisende Änderung erfahren habe. Auf dem Unfall vom 26. Januar 2004 beruhten somit eine Verschlimmerung des Schmerzsyndroms der HWS durch das Hinzutreten des leichten Schleudertraumas und eine Verschlimmerung der zuvor schon im Rahmen der Persönlichkeitsstörung vorhandenen psychischen Störungen durch die Neurasthenie. In diese Diagnose könne auch die vorgutachtlich erwähnte somatoforme Schmerzstörung integriert werden. In Übereinstimmung mit der Einschätzung von Dr. B. liege die MdE bei 20 vH.

Die Beklagte trat dieser Beurteilung unter Vorlage einer beratungsärztlichen Stellungnahme von Prof. Dr. St. vom 31. August 2007 entgegen.

Mit Urteil vom 4. Dezember 2007 wies das SG die Klage ab. Die gutachterlichen Schlussfolgerungen von Dr. B. und Dr. R., infolge des Arbeitsunfalls vom 26. Januar 2004 bestünden eine posttraumatische Anpassungsstörung bzw. eine posttraumatische Neurasthenie, hielten einer sozialrechtlichen Prüfung nicht stand. Seit vielen Jahren gebe es deutliche Hinweise auf psychiatrische, psychosomatische oder neurotische Verhaltensauffälligkeiten des Klägers. Die objektivierbaren Umstände des Unfallablaufs sprächen dafür, dass es nur zu einem leichten HWS-Schleudertrauma bzw. einer leichten HWS-Distorsion gekommen sei. Die Angaben des Klägers im Termin zur mündlichen Verhandlung, die Unfallgegnerin sei mit einer Geschwindigkeit von etwa 100 km/h aufgefahren, beruhten auf bewussten oder unbewussten Aggravations- bzw. Verdeutlichungstendenzen. Es bestehe daher ein erhebliches Missverhältnis zwischen der psychoreaktiven Entwicklung und der Schwere des Unfallereignisses. Ein Kausalzusammenhang zu den vielfältigen, diagnostisch nur schwer einzuordnenden Gesundheitsstörungen des Klägers könne nicht festgestellt werden.

Gegen das am 11. Dezember 2007 zugestellte Urteil richtet sich die BeR.ung des Klägers, die am 9. Januar 2008 bei Landessozialgericht Baden-Württemberg eingegangen ist. Die Ausführungen des SG, dass angeblich schon seit vielen Jahren erhebliche Hinweise auf psychiatrische, psychosomatische oder neurotische Verhaltensauffälligkeiten vorlägen, seien nicht nachvollziehbar. Völlig unverständlich seien die Zweifel des Gerichts an der Unfallschilderung des Klägers. Nachdem sowohl Dr. B. als auch Dr. R. den im Streit stehenden Unfall als Ursache für einen Lebensknick des Klägers ansähen, sei nach der Theorie der wesentlichen Bedingung die Kausalität unter Beweis gestellt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 4. Dezember 2007 und den Bescheid der Beklagten vom 27. September 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. September 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 26. Januar 2004 Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, insbesondere eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 vH zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat die bereits erwähnten Akten beigezogen und auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten der Ärztin für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Diplompsychologin Dr. Sch. vom 25. Februar 2010 einholt.

Die Sachverständige ist auf der Grundlage neurologischer, psychiatrischer und testpsychologischer Untersuchungen zu dem Ergebnis gelangt, dass der Kläger auf ihrem Fachgebiet an einer Dysthymie (F34.1), Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (F68.0), einer diabetischen Polyneuropathie und einem Tinnitus leide. Bei der klinisch-neurologischen Untersuchung habe der Kläger den rechten Arm eng an den Körper heran gedrückt und extrem angespannt, sodass er sich weder abduzieren (wegführen) noch adduzieren (heranführen), noch außenrotieren, noch im Unterarm strecken oder ein- und auswärts drehen ließ. Gleichzeitig sei die Muskulatur am rechten Arm völlig unauffällig bei kräftiger beidseitiger regelrechter Muskulatur ohne Atrophie oder Spastikzeichen. Die ganze Anspannung des rechten Armes entspreche unmöglich einer schlaffen Parese, so wie sie im Rahmen des Unfalls hätte erscheinen können. Der Kläger verdeutliche bewusstseinsnah in einer sehr auffälligen Art die geklagten Beschwerden über die Schwäche im rechten Arm. Psychopathologisch habe sich der Kläger erheblich auffällig gezeigt. Er sei klagsam, zeitweise angespannt, fordernd, aggressiv, zeitweise bedrückt und sehr leidend. Gehe es um den Unfall oder den geklagten Tinnitus, wirke er subdepressiv und verärgert, verletzt in seinem Selbstwertgefühl. Er erlebe den Unfall und die Verletzung des rechten Armes, den er nun nicht mehr benutzen könne, als böswillige Verletzung seiner körperlichen Integrität. Er betrachte sein eigenes Schicksal und auch das naher Familienangehöriger als Ungerechtigkeit an der jeweiligen Person, die nicht angemessen anerkannt worden sei. Dies löse beim Kläger eine innere Verbitterung und das Bedürfnis nach einer Wiedergutmachung aus. Darüber hinaus bestehe eine erhebliche Verdeutlichung bestimmter Defizite bis zu deren Unglaublichkeit. Die Angaben des Klägers, er habe nach dem ersten Unfall nur geringfügige Einschränkungen gehabt, decke sich nicht mit der Aktenlage. Seit 1987 werde der Verdacht auf eine psychogene Störung geäußert und von verschiedenen Ärzten würden diese Auffälligkeiten bestätigt. Insgesamt ergebe sich das im ICD-10 noch nicht erfasste Bild einer sogenannten Verbitterungsstörung, deren

Behandlung durch eine regelhaft anzutreffende resignativ-aggressiv-abwehrende Grundhaltung, die sich auch gegen therapeutische Hilfsangebote richten könne, erschwert werde. Nach ICD-10 Kriterien bleibe nur die Möglichkeit, von einer Anpassungsstörung zu sprechen, deren Entwicklung im Wesentlichen auf die Persönlichkeitsstruktur des Klägers zurückzuführen sei. Dies bedeute, dass andere, ähnlich geartete Ereignisse genauso geeignet wären, eine solche Störung auszulösen und dass der Unfall nur als Gelegenheitsursache anzusehen sei. Nachdem keine Störungen von kognitiven Funktionen und auch weitere vom ICD-10 geforderte Kriterien nicht vorlägen, könne der Diagnose einer Neurasthenie nicht gefolgt werden. Nachdem auch der für eine Anpassungsstörung erforderliche Zeitablauf von 2 Jahren überschritten sei, müsse diese derzeit einer Dysthymie zugeordnet werden. Keine der von ihr genannten Gesundheitsstörungen lasse sich mit der im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung erforderlichen Wahrscheinlichkeit wesentlich ursächlich auf die beim Arbeitsunfall vom 26. Januar 2004 erlittene Primärschädigung einer Distorsion der HWS mit einer Zerrung der Rückenmuskulatur zurückführen.

Der Kläger hat zuletzt die Überzeugung geäußert, dass sowohl die Diagnose einer Neurasthenie als auch die Kausalität - wenn der richtige Unfallhergang zugrunde gelegt werde - gegeben seien.

Zu weiteren Darstellung des Sachverhalts wird Bezug genommen auf die Verwaltungsakten der Beklagten betreffend den streitgegenständlichen Unfall vom 26. Januar 2004 und die Unfälle vom 28. Juni 1985, 31. Januar 1987 und vom 4. Dezember 1997, die Akten der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg (seit August 2004 anstelle der Rente wegen Berufsunfähigkeit eine zunächst befristete und ab August 2007 eine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung), die Akten des Versorgungsamts Heidelberg (Bescheid vom 14. Januar 2008: GdB 100 seit 7. November 2007 und Merkzeichen G und B), die SG-Akte und die Senatsakte.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte BeR.ung des Klägers ist zulässig. Berufungsaus-schließungsgründe i.S.d. [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die BeR.ung ist jedoch sachlich nicht begründet. Das Urteil des SG und die Bescheide der Beklagten sind nicht zu beanstanden, denn dem Kläger steht wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 26. Januar 2004 keine Verletztenrente zu.

Voraussetzung für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge eines Arbeitsunfalls ist u.a. ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis bzw. dem dadurch eingetretenen Gesundheitserstschaden und der fortdauernden Gesundheitsstörung (sog. haftungsausfüllende Kausalität). Dabei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, zu denen - neben der versicherten Tätigkeit - der Gesundheitserstschaden und die eingetretenen fortdauernden Gesundheitsstörungen gehören, mit einem der Gewissheit nahekommenden Grad der Wahrscheinlichkeit erwiesen sein. Für die Bejahung eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Gesundheitserstschaden und den fortdauernden Gesundheitsstörungen gilt in der gesetzlichen Unfallversicherung die Kausalitätstheorie der "wesentlichen Bedingung". Diese hat zur Ausgangsbasis die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob das Ereignis nicht hinweg gedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (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 anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen. Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens abgeleitet werden (vgl. die zusammenfassende Darstellung der Kausalitätstheorie der wesentlichen Bedingung im Urteil des BSG vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R - SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#) = [BSGE 96, 196](#)-209 und JURIS). Bei mehreren konkurrierenden Ursachen muss die rechtlich wesentliche Bedingung nach dem Urteil des BSG vom 09. Mai 2006 ([aaO](#), Rdnr. 15) nicht "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig" sein. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. Kommt einer der Ursachen gegenüber den anderen eine überragende Bedeutung zu, ist sie allein wesentliche Ursache und damit allein Ursache im Rechtssinn.

Im Urteil vom 09. Mai 2006 ([aaO](#), Rdnr. 21) hat das BSG keinen Zweifel daran gelassen, dass die Theorie der wesentlichen Bedingung auch uneingeschränkt auf die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Arbeitsunfällen und psychischen Störungen anzuwenden ist, die nach Arbeitsunfällen in vielfältiger Weise auftreten können. Die Feststellung der psychischen Störung sollte angesichts der zahlreichen in Betracht kommenden Erkrankungen und möglichen Schulenstreiten aufgrund eines der üblichen Diagnosesysteme und unter Verwendung der dortigen Schlüssel und Bezeichnungen erfolgen. Denn je genauer und klarer die beim Versicherten bestehenden Gesundheitsstörungen bestimmt sind, desto einfacher sind ihre Ursachen zu erkennen und zu beurteilen sowie letztlich die MdE zu bewerten (BSG aaO Rdnr. 22). Das BSG hat im weiteren darauf hingewiesen, dass es wegen der Komplexität von psychischen Gesundheitsstörungen im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel des Inhalts gebe, dass bei fehlender Alternativursache (etwa wenn eine Vorerkrankung oder Schadensanlage nicht nachweisbar sind) die versicherte naturwissenschaftliche Ursache (also die Einwirkung durch den Arbeitsunfall, festgestellt auf der ersten Stufe der Ursächlichkeitsprüfung) damit auch automatisch zu einer wesentlichen Ursache (im Sinne der Ursächlichkeitsprüfung auf der zweiten Stufe) wird. Dies würde angesichts der Komplexität psychischer Vorgänge und des Zusammenwirkens gegebenenfalls lange Zeit zurückliegender Faktoren zu einer Umkehr der Beweislast führen, für die keine rechtliche Grundlage erkennbar sei (BSG aaO Rdnr. 39). Andererseits schließt aber eine "abnorme seelische Bereitschaft" die Annahme der psychischen Reaktion als Unfallfolge nicht aus. Wunschbedingte Vorstellungen sind aber als konkurrierende Ursachen zu würdigen und können der Bejahung eines wesentlichen Ursachenzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und der psychischen Reaktion entgegenstehen (BSG aaO Rdnrn 37, 38).

Von diesen Grundsätzen ausgehend stellt der Senat zunächst fest, dass der Kläger am 26. Januar 2004 gegen 15.30 Uhr in Ausübung seiner versicherten Tätigkeit einen Verkehrsunfall erlitten hat, als er, auf einer Landstraße fahrend, nach links auf einen Parkplatz abbiegen wollte und ein nachfolgender PKW auf seinen PKW auffuhr. Die Angabe des Klägers in der Unfallanzeige vom 18. Februar 2004, er sei an der linken Heckseite heftig gerammt worden, wird bestätigt durch die Beschreibung des Schadens an seinem PKW im DEKRA-Gutachten vom 5. Februar 2004. Danach war bei dem Ende 1991 zugelassenen PKW Mercedes-Benz 260 E durch einen starken Anstoß hinten links die linke Seitenwand, der Kofferboden und das Abschlussblech stark eingedrückt worden. Die linke vordere Tür ließ sich nicht mehr schließen. Das gesamte Heckteil war nach rechts verschoben, die Rückleuchte, die Anhängerkupplung und die entsprechenden Anbauteile waren

beschädigt. Das Fahrzeug wurde als nicht mehr reparaturwürdig angesehen.

Hingegen werden die Angaben des Klägers zu den bei dem Aufprall erlittenen Verletzungen nicht durch die unmittelbar im Anschluss an den Unfall erhobenen Befunde gedeckt. Zuletzt hat der Kläger bei der Untersuchung durch Dr. Sch. angegeben, es habe ihn bei dem Aufprall zunächst nach rechts geschleudert und er habe durch die Wucht mit seinem rechten Arm die linke Armlehne abgerissen. Beim Zurückschleudern nach links sei er mit dem rechten Arm, der rechten Schulter und der seitlichen Kopfpartie an die linke Wagentür aufgeschlagen. Dr. Sch., der den Kläger am Unfalltag um 19.00 Uhr untersuchte und demgegenüber der Kläger über Schmerzen im Bereich des Nackens und der Schultergürtelmuskulatur klagte, fand ausweislich des D-Arztberichts vom 27. Januar 2004 keine äußeren Verletzungszeichen oder Prellmarken, nach welchen insbesondere am Thorax und am Abdomen gesucht wurde. Auch Verletzungen oder Prellmarken am Kopf oder am rechten Arm wurden nicht beschrieben. Vielmehr waren Durchblutung und Sensibilität beider Arme intakt und die erhebliche Bewegungseinschränkung am rechten Arm wurden als vorbestehend und ausdrücklich als unfallunabhängig bezeichnet. Als Befunde festgehalten wurden somit lediglich eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung der HWS in alle Richtungen, ein Druck- und Klopfschmerz über der unteren HWS und ein Druckschmerz in der Muskulatur rechts neben der HWS und in der Muskulatur rechts am Übergang der BWS zur LWS. Die Schulterprellung rechts, die Dr. Sch. im Nachschaubericht vom 2. Februar 2004 erwähnte und die auch in den Befundbericht von Dr. W. Eingang fand, wird durch die Befunderhebung von 26. Januar 2004 nicht belegt. Nachdem in den am Unfalltag gefertigten Röntgenaufnahmen, im MRT der HWS vom 2. Februar 2002 und anlässlich der neurologischen Untersuchung durch Dr. W. am selben Tag weder Hinweise auf frische knöcherne oder ligamentäre Verletzungen der HWS noch von diesem Bereich ausgehende neurologische Störungen, zugleich aber degenerative Veränderungen in Form von Bandscheibenverschmälerungen und Bandscheibenvorfällen in mehreren HWS-Segmenten festgestellt werden konnten, stellt der Senat in Übereinstimmung mit Dr. R. fest, dass der Kläger als Erstschaaden eine leichte Beschleunigungsverletzung der HWS und eine Zerrung der Rückenmuskulatur erlitten hat. Damit in Übereinstimmung stehen auch die Feststellungen der BeR.sgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen in den Berichten über die ambulanten Vorstellungen vom am 18. und 26. Februar 2004 und nach Abschluss der stationären Behandlung am 5. März 2004. Hier zeigte sich die HWS-Muskulatur seitengleich ohne Verspannungen und eine neurologische Befundkontrolle ergab keine aus der HWS-Distorsion resultierenden Defizite. Schließlich konnte durch Prof. Dr. D. am 24. Februar 2004 auch ein Erstschaaden im HNO-ärztlichen Bereich nicht festgestellt werden, nachdem weder die vom Kläger angegebene Schwerhörigkeit noch der angegebene Tinnitus objektivierbar waren, vielmehr durch die Ergebnisse des Sprachaudiogramms, des Tympanogramms mit Stapediusreflexen und otoakustischen Emissionen widerlegt wurden.

Des weiteren stellt der Senat fest, dass, entgegen dem Vorbringen des Klägers im Berufungsverfahren, in den vom Senat beigezogenen Akten der früheren Unfälle und der Deutschen Rentenversicherung und in den vom Hausarzt Dr. H. vorgelegten Behandlungsunterlagen seit vielen Jahren erhebliche Hinweise auf psychiatrische, psychosomatische oder neurotische Verhaltensauffälligkeiten vorhanden sind. Bereits der Orthopäde Prof. Dr. Sp. äußerte im Bericht vom 4. August 1987 bezüglich der Armsteife rechts den Verdacht auf eine psychogene Störung. Im Bericht vom 30. September 1987 über eine stationäre Behandlung des Klägers in der Schmerzklinik Bad Mergentheim vom 4. August bis 7. September 1987 wegen stark schmerzhaftem Schulter/Armsyndrom rechts bei muskulärer Dauerkontraktur beschrieb Prof. Dr. L. den Kläger von der psychischen Seite her als unzufrieden und hoffnungslos misstrauisch und vertrat zunächst die Auffassung, die beiden Arbeitsunfälle von 1985 und 1987 seien ursächlich für die Schmerzen verantwortlich zu machen, wobei jedoch eine psychische Überlagerung bzw. Schmerzverstärkung wahrscheinlich sei. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. führte in dem vom Hausarzt Dr. H. im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegten Arztbrief vom 21. Dezember 1987 aus, der Kläger wirke vorwurfsvoll, mürrisch, misstrauisch und teils unkooperativ. Er halte den rechten Arm extrem verkrampt, ohne dass sich Zeichen einer spastischen oder zentralen Störung fänden, und äußerte den Verdacht auf eine Psychosomatose bei Persönlichkeitsstörung vom oral-ödpalen Typ. Auch die im rentenrechtlichen Verwaltungsverfahren tätig gewordenen Gutachter, der Internist Dr. D. und der Neurologe und Psychiater Dr. K., bezeichneten den Kläger als depressiv und verbittert wirkend mit eingegengter Affektivität, weshalb psychische Belastungssituationen während der beruflichen Tätigkeit in jedem Fall vermieden werden müssten (Dr. D. am 22. Dezember 1987) bzw. als adynam, moros verstimmt und affektiv eingengt, eine psychische Überlagerung der Beschwerden sei denkbar, aber nicht sicher nachzuweisen (Dr. K. am 29. Dezember 1987). Prof. Dr. J. legte in dem im Verfahren L 7 U 2136/87 erstatteten fachorthopädischen Gutachten vom 1. August 1989 dar, die aktiven und passiven Bewegungseinschränkungen im Bereich der rechten Schulter, des rechten Ellenbogens, des rechten Handgelenks und der Finger der rechten Hand ließen sich nach dem jetzt dargebotenen Befund weder anatomisch, noch orthopädisch-chirurgisch noch neurologisch erklären. Die klinische Erfahrung lege es nahe, dass der dargebotene Befund am ehesten auf psychiatrischem oder psychosomatischem Fachgebiet erklärbar sei. Eine organische Ursache scheide auch angesichts der Tatsache, dass der Arm in Narkose völlig frei beweglich gewesen sei, aus. Eine bewusste Simulation halte er für unwahrscheinlich. Dem schloss sich Prof. Dr. L. im Gutachten vom 1. April 1990 an und verneinte nunmehr einen ursächlichen Zusammenhang des Zustandes des Klägers mit den Unfällen von 1985 und 1987. Schließlich erfolgte auch die Aufnahme zur stationären Behandlung im Diabetes-Zentrum Bad Mergentheim vom 13. bis 25. März 2002 nach dem Bericht von Prof. Dr. H. vom 24. Mai 2002 wegen psychopathologischer Auffälligkeiten vor dem Hintergrund langjähriger Compliance- und Akzeptanzproblemen. Dem behandelnden Diabetologen Hipp erschien der Kläger am 20. August 2002 auffällig depressiv verstimmt.

Vor dem Hintergrund dieser Vorgeschichte hat Dr. Sch. beim Kläger auf psychiatrischem Fachgebiet eine Anpassungsstörung im Sinne einer bisher im ICD nicht codierten Verbitterungsstörung diagnostiziert, die sich psychopathologisch in einem klagsamen, zeitweise angespannten, fordernden, aggressiven, zeitweise bedrückten und sehr leidenden Verhalten des Klägers zeigte. Nach ihren Darlegungen erlebt der Kläger die nach ihren Feststellungen bewusstseinsnah verdeutlichten Beschwerden im Bereich des rechten Arms - der vom Unfall vom 26. Januar 2004 nicht nachweislich betroffen war - und den Unfall selbst als böswillige Verletzung seiner körperlichen Integrität. Er betrachtet sein eigenes Schicksal und auch das naher Familienangehöriger als Ungerechtigkeit an der jeweiligen Person, die nicht angemessen anerkannt worden sei. Dies löst beim Kläger eine innere Verbitterung und das Bedürfnis nach einer Wiedergutmachung aus. Sie hat das Vorliegen der von Dr. R. diagnostizierten Neurasthenie (F48.0) mit der Begründung verneint, sie habe beim Kläger keine Störungen der kognitiven Funktionen, wie Auffassungsgabe oder Konzentration oder eine Störung der Aufmerksamkeitsspanne feststellen können. Auch ein anhaltendes und quälendes Erschöpfungsgefühl nach geringer geistiger Anstrengung oder eine anhaltende und quälende Müdigkeit nach geringer körperlicher Anstrengung im Sinne der A-Kriterien dieser neurotischen Störung sei nicht festzustellen gewesen. Ein orientierender Kurzzeitgedächtnistest sei in seinen Ergebnissen sehr auffällig gewesen, sodass sich auch testpsychologisch der Verdacht auf eine bewusstseinsnahe Ausgestaltung verstärkt habe. Ein Hinweis auf eine bewusstseinsnahe Ausgestaltung der Beschwerden im Bereich der HWS und im Bereich des rechten Armes zeigte sich schon unmittelbar nach dem Unfall, als Dr. W. im neurologischen Befundbericht vom 5. Februar 2004 festhielt, dass die vor allem bei Abwehrbewegungen zu beobachtende Muskelkraft des rechten Arms, das Fehlen von Muskelatrophien und das mit Ausnahme degenerativer Veränderungen unauffällige MRT der HWS in erster Linie an eine funktionelle

Komponente, möglicherweise auch im Sinne einer bewussten Aggravation denken lasse. In der berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik in Ludwigshafen war der Kläger wegen einer ausgeprägten Abwehrhaltung im Bereich der HWS und der rechten Schulter nicht objektivierbar zu untersuchen, die HWS wurde aber in vermeintlich unbeobachteten Momenten mobilisiert und auch der rechte Arm eingesetzt, was sich an einer nahezu seitengleichen Bemuskulung der Arme und Beschwielung der Hände erkennen ließ. Auch Dr. Sch. stellte wiederum an den Armen eine kräftige beidseitige regelrechte Muskulatur ohne Atrophie, ohne Spastikzeichen und ohne Kloni fest und berichtete, dass der Kläger -vermeintlich unbeobachtet- sich im Wartezimmer die Haare mit der rechten Hand von der Stirn nach hinten strich, was angesichts der dargebotenen Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit des rechten Arms in der Untersuchungssituation völlig unmöglich gewesen wäre.

Im Ergebnis stimmt der Senat mit der Feststellung des SG überein, dass die Gesundheitsstörungen des Klägers auf psychiatrischem Gebiet nur schwer diagnostisch einzuordnen sind. Letztlich kann aber dahingestellt bleiben, ob man diese Gesundheitsstörungen mit Dr. R. als Neurasthenie oder mit Dr. Sch. als Anpassungsstörung im Sinne einer Dysthymie einordnet, wie dies in ähnlicher Weise bereits Dr. B. (Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik) getan hat, denn dieses Krankheitsbild ist in Übereinstimmung mit Dr. Sch. und entgegen Dr. R. und entgegen Dr. B. nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit ursächlich auf die durch den Unfall vom 26. Januar 2004 erlittene Primärschädigung zurückzuführen.

Gegen die Beurteilung von Dr. B. spricht schon, dass er die primäre Schädigung als mittelgradige HWS-Distorsion einstuft. Eine solche ist - wie bereits in Übereinstimmung mit Dr. R. dargelegt - auf der Grundlage der unmittelbar nach dem Unfallereignis erhobenen Befunde nicht erwiesen. Gegen die Beurteilung von Dr. R. spricht, dass er dem Unfallereignis deshalb eine zumindest gleichwertige ursächliche Bedeutung für die von ihm diagnostizierte Neurasthenie zuweist, weil der Lebensweg des Klägers trotz seiner besonderen Persönlichkeitsmerkmale in geordneten Bahnen verlaufen sei und erst ab dem Unfall eine richtungsweisende Änderung erfahren habe. Dem vermag der Senat ebenso wie das SG nicht zu folgen. Die vom SG angesprochenen erheblichen Hinweise auf psychiatrische, psychosomatische oder neurotische Verhaltensauffälligkeiten des Klägers schon vor dem Unfall sind nicht nur durch die vom ihm ausgewerteten Behandlungsunterlagen von Dr. H., sondern insbesondere auch durch die im Berufungsverfahren beigezogenen Unterlagen über die früheren Unfälle und der Rentenversicherung belegt, wie oben bereits dargelegt wurde. Die im Vordergrund stehenden aktiven und passiven Bewegungseinschränkungen im Bereich des rechten Arms bis in die Finger der rechten Hand, die sich keinem anatomischen, orthopädisch-chirurgischen oder neurologischen Befund zuordnen lassen, waren der Grund für die Gewährung von Berufsunfähigkeitsrente seit April 1987 und das Vorerkrankungsverzeichnis weist deswegen zahlreiche längere Arbeitsunfähigkeitszeiten auch schon vor dem Unfall aus, so vom 20. Juni bis 10. September 1989, vom 9. April bis 13. Oktober 1991, vom 17. März bis 18. April und 29. Juli bis 15. August 1993, vom 8. bis 27. März, 10. Juni bis 8. Juli 1994, vom 6. Oktober 1994 bis 30. Januar 1995, vom 27. März bis 19. Dezember 1995, vom 13. März bis 9. Oktober 1996, vom 6. März bis 14. April 1997 und vom 5. Dezember 1997 bis 27. Januar 1998, bevor dann die längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten in den Jahren 1998 und 1999 vorrangig mit den Folgen der Diabeteserkrankung begründet wurden. Mithin war der Lebensweg des Klägers mindestens schon seit dem Rentenbezug seit 1987 erheblich durch gesundheitliche Einschränkungen geprägt, sodass die Beurteilung von Dr. R. nicht überzeugt. Schließlich bezieht das SG auch zu Recht in die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs die nun auch von Dr. Sch. erneut aufgezeigten durchaus bewusstseinsnahen Verdeutlichungstendenzen im Sinne von wunschbedingten Vorstellungen des Klägers mit ein und verneint auch für den Senat überzeugend einen ursächlichen Zusammenhang der psychischen Gesundheitsstörungen des Klägers mit der durch den Unfall erlittenen Primärschädigung.

Nachdem keine Unfallfolgen festzustellen sind, besteht auch kein Anspruch auf Verletztenrente.

Die Berufung des Klägers konnte daher keinen Erfolg haben.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-04-23