

L 9 U 504/09

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 9 U 504/09

Datum

25.01.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts K. vom 18. Dezember 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Gewährung einer höheren Verletztenrente wegen der Folgen eines Arbeitsunfalles vom 29.10.1997 sowie die Gewährung einer stationären Schmerztherapie.

Der 1949 geborene Kläger ist am 29.10.1997 während seiner versicherten Tätigkeit als Blechner und Installateur für die Firma W. GmbH, W.-J. durch ein Eternitdach gebrochen und ca. 7 Meter tief abgestürzt. Unter Berücksichtigung des ersten Rentengutachtens von Dr. R. und Dr. S. gewährte die Beklagte mit Bescheid vom 15.09.1998 zunächst eine Rente als vorläufige Entschädigung nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in Höhe von 20 vH der Vollrente ab dem 15.06.1998. Als Folgen des Arbeitsunfalles anerkannte sie an der rechten Schulter eine röntgenologisch sichtbare Fehlstellung bzw. Verschiebung des Schulterblattes um Schaftbreite sowie an der linken Brustkorbseite Ventilationsstörungen der Lunge mit Belastungsatemnot sowie eine röntgenologisch sichtbare Verformung des Brustkorbs mit etwas eingedrückter Brustkorbwand und Verformungen im Bereich der 3. bis 8. Rippe nach in Fehlstellung verheiltem Rippenserienbruch. Unabhängig von dem Arbeitsunfall bestünden ein Zustand nach Brustwarzenoperation rechts, ein Zustand nach Sprunggelenksbruch rechts, eine Skoliose der oberen Brustwirbelsäule, ein Rundrücken und ein Hohlkreuz. Nach Einholung eines Zweiten Rentengutachtens bei Dr. R. und Dr. von P. sowie einer beratungsärztlichen Stellungnahme des Dr. F. lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 27.05.1999 die Gewährung einer Rente auf unbestimmte Zeit ab und entzog die Rente als vorläufige Entschädigung mit Ablauf des Mai 1999. Der hiergegen eingelegte Widerspruch blieb ohne Erfolg (Widerspruchsbescheid vom 24.08.1999).

In dem hiergegen beim Sozialgericht K. (- SG - Az.: S 3 U 3580/99) vom Kläger geführten Klageverfahren gab die Beklagte nach Einholung eines internistisch-pneumologischen Gutachtens von Dr. G., Sch. und eines chirurgischen Gutachtens von Dr. K., M. ein Anerkenntnis ab. Sie hob den Bescheid vom 29.05.1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.08.1999 auf und stellte entsprechend den Ausführungen des Dr. K. eine Deformierung des knöchernen Brustkorbes links, Narben und eine Sensibilitätsstörung über der linken Brustwand sowie formverbildende Veränderungen nach in zum Teil erheblicher Fehlstellung knöchern fest verheilten Brüchen der 3. bis 9. Rippe mit Ausbildung eines ausgeprägten Brückencallus als Folgen des Unfalles fest und anerkannte eine Rente auf unbestimmte Zeit ab dem 01.06.1999 nach einer MdE von 20 vH. Dieses Anerkenntnis nahm der Kläger mit Schriftsatz vom 30.11.2000 an. Die Beklagte führte ihr Anerkenntnis mit Bescheid vom 30.01.2001 aus.

Dr. G. stellte in seinem Gutachten eine Thoraxdeformität und eine umschriebene Pleuraverdickung als Folge des Unfalles fest, die zu keiner unfallbedingten signifikanten Störung der Lungenfunktion oder einer Einschränkung der cardio-pulmonalen Leistungsbreite geführt hätten. Die vom Kläger subjektiv empfundene deutliche Leistungsminderung gehe nicht mit einer spiroergometrisch reproduzierbaren signifikanten Einschränkung der cardio-pulmonalen Leistungsbreite einher. Der Belastungsabbruch unter Angabe subjektiver Erschöpfung und Atemnot im Rahmen des Belastungsversuches sei in einem Belastungsbereich erfolgt, der schwerer, körperlicher Arbeit entspreche. Die Tatsache, dass der Kläger bereits bei leichten körperlichen Tätigkeiten über Atemnot klagte, spreche eher für eine psychologische Komponente des Beschwerdebildes. Die durch den Unfall bedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit ab Juni 1999 schätzte er auf 10 vH ein. Dieser Einschätzung hat sich Dr. K. in dessen Gutachten vom 11.10.2000 nicht angeschlossen. Unter Berücksichtigung der im Anerkenntnis der Beklagten übernommenen Folgen des Unfalles war er der Auffassung, dass die vorgebrachten (Atem-)Beschwerden einem eindeutig pathologisch-anatomischen Substrat zugeordnet werden könnten, nämlich den narbigen bzw. knöchernen Veränderungen der Thoraxwand.

Unter Berücksichtigung der von Dr. G. auf internistischem Fachgebiet angenommenen Einschränkungen sei in Verbindung mit den jetzt zusätzlich festgestellten Veränderungen und der nachvollziehbaren chronischen Schmerzsymptomatik eine MdE in Höhe von 20 vH gerechtfertigt.

Nachdem der Kläger "wegen des schweren ThoraxR.mas mit instabilem Thorax und Rippenserienfraktur" (Diagnose des behandelnden Hausarztes Dr. G.) wiederholt im ZeitR.m von Dezember 2000 bis März 2006 Krankengymnastik und Physiotherapie verordnet bekommen hatte und er im Rahmen einer von der LVA Baden-Württemberg bewilligten stationären Rehabilitationsmaßnahme (13.02.2003 bis 06.03.2003) behandelt wurde (Diagnosen: rezidivierendes Thorakalsyndrom mit Fehlstatik, Blockierung bei Wirbelkörper- und Rippenfrakturen; rezidivierendes LWS-Syndrom bei LWK-Frakturen; Zustand nach Rippenserienfraktur links; sekundäre OSG-Arthrose rechts), stellte er am 07.09.2006 einen Verschlimmerungsantrag. Zur Begründung machte er geltend, er könne beim besten Willen nicht mehr vollschichtig arbeiten. Zur weiteren Begründung legte er neben weiteren Unterlagen, die er im Rahmen eines Antrages auf Feststellung seines Grades der Behinderung dem Landratsamt K., Amt für Versorgung und Rehabilitation, vorgelegt hatte, auch die Bestätigung seines Arbeitgebers, der Firma W. GmbH, vom 28.04.2006 vor. In dieser wurde ausgeführt, dass der Kläger seit seinem Arbeitsunfall nur noch bedingt einsatzfähig sei. Blechernerarbeiten könne er nur noch auf einem vorhandenen Gerüst und wenn auch nur für kurze Zeit ausführen. Auf dem Dach selbst sei es ihm unmöglich zu arbeiten. Körperlich schwere Arbeiten wie z. B. das Verlegen von verzinkten Rohren mit Gewinde und VerschR.bungen könne er durch sein körperliches Defizit nicht mehr alleine ausführen. Das Tragen schwerer Gegenstände bereite ihm äußerste Schwierigkeiten. Die Beklagte gab hier.f ein weiteres Gutachten bei Dr. K. in Auftrag. Dieser führte unter dem 25.10.2006 nach einer klinischen und radiologischen Untersuchung am 23.10.2006 aus, dass eine Änderung im Unfallfolgezustand gegenüber den Verhältnissen, wie sie im Oktober 2000 bestanden hätten, nicht habe festgestellt werden können. Es sei weiterhin von einer MdE in Höhe von 20 vH auszugehen. Unfallunabhängig bestünden eine Adipositas, eine Narbe über der rechten Brust mit umschriebenem Weichteilverlust, ein Schultertiefstand rechts, eine Beinverkürzung rechts, eine skoliotische Fehlstellung der Rumpfwirbelsäule, eine hochsitzende Brustkyphose bei Zustand nach abgelaufenem Morbus Scheuermann, ein Zustand nach handgelenksnahem Speichenbruch rechts sowie eine Versteifung des Kleinfingermittelgelenkes. Die Beschwerden seien nachvollziehbar, begründeten jedoch bei stabilen knöchernen Verhältnissen und ohne signifikante Einschränkung der kardiopulmonalen Leistungsbreite keine Beeinträchtigung im ausgeübten Beruf. Allerdings sei im Hinblick auf das inzwischen erreichte Lebensalter eine nicht mehr ganz zureichende Kompensation der Verhältnisse denkbar. Darüber hinaus habe sich offensichtlich ein chronisches Schmerzbild entwickelt. Dieses bedürfe einer Behandlung in einer schmerztherapeutisch ausgerichteten Klinik.

Mit Bescheid vom 20.11.2006 lehnte die Beklagte die Erhöhung der Rente ab. Außerdem führte sie aus, dass weitere physiotherapeutische Behandlungen aufgrund der verbliebenen Unfallfolgen nicht mehr erforderlich seien. Im Rahmen des sich anschließenden Widerspruchsverfahrens führte Dr. K. in einer von der Beklagten veranlassten fachärztlichen Stellungnahme vom 22.01.2007 aus, dass funktionelle Defizite im engeren Sinne nicht bestünden und der erhobene Befund auch nicht die Notwendigkeit einer wie auch immer gearteten Physiotherapie bzw. physikalischen Therapie begründe. Angezeigt sei dagegen eine Schmerztherapie in einem dafür geeigneten Zentrum. In dem ebenfalls von der Beklagten veranlassten ausführlichen Befundbericht des Facharztes für Anästhesie und spezieller Schmerztherapie Dr. M. (nach einer ambulanten Untersuchung am 16.01.2007) wurde über Schmerzen im Bereich des linken Thorax, über Spannungskopfschmerzen, eine chronische Lumbago, Schmerzen in der Ferse und Schmerzen im Knie links berichtet. Der adipöse Kläger (95 kg bei 170 cm Körpergröße) habe angegeben, dass er sich seit dem Unfall nicht mehr so sicher auf dem Dach oder auf dem Gerüst fühle, vermeiden würde er dies aber nicht. Sein Verhältnis zu Kollegen und dem Chef sei gut, er fühle sich wohl in dem Betrieb. Die Arbeit sei körperlich schwer. Zusätzlich belastende Umstände seien verneint worden, allerdings habe der Kläger letztes Jahr sein Haus umgebaut, daher habe er momentan Schulden. Die interdisziplinäre tagesklinische Schmerzdiagnostik habe eine Behandlungsindikation im physiotherapeutischen, verhaltenstherapeutischen und medizinischen Setting ergeben. In der daR.fhin in Auftrag gegebenen beratungsärztlichen Stellungnahme von Prof. Dr. St. vom 07.03.2007 vertrat dieser die Auffassung, dass eine Schmerztherapie wegen der Brustkorbschmerzen, welche seit langem bestünden und als Unfallfolge anerkannt seien, nicht erforderlich und nicht erfolgversprechend sei. Diese Schmerzen hätten sich nicht erkennbar verändert. Der Beschwerdevortrag des Klägers weise auf zunehmende Schmerzen in anderen, nicht unfallbetroffenen Körperregionen hin, welche laut dem Befundbericht des Dr. M. als unfallfremd bewertet worden seien.

Mit Bescheid vom 03.05.2007 lehnte die Beklagte die Notwendigkeit einer stationären Schmerztherapie ab. Zur Begründung des hiergegen eingelegten Widerspruchs legte der Kläger erneut eine Stellungnahme seines Arbeitgebers vor. Unter dem 06.06.2007 führte dieser aus, dass der Kläger seit seinem Arbeitsunfall nur noch bedingt bzw. gar nicht mehr einsatzfähig sei. Blechernerarbeiten könne er seit einigen Wochen nicht mehr ausführen, weil keine Standfähigkeit auf dem Gerüst bzw. Dach bestünde. Körperlich schwere Arbeiten im Innenausbau seien nur noch bedingt möglich und Arbeiten im Kundendienstbereich seien dem Kunden gegenüber nicht mehr vertretbar. Eine Arbeitszeitverkürzung von etwa 2-3 Tagen pro Woche werde für sinnvoll gehalten.

Mit den Widerspruchsbescheiden vom 12.09.2007 wies die Beklagte den Widerspruch gegen die Ablehnung einer Kostenübernahme für eine stationäre Schmerztherapie sowie den Widerspruch gegen die Ablehnung der Rentenerhöhung und der Weitergewährung physiotherapeutischer Maßnahmen zurück.

Mit dem Ziel einer Kostenübernahme für eine stationäre Schmerztherapie und der Gewährung einer Verletztenrente in Höhe einer MdE von mindestens 70 % hat der Kläger hiergegen am 08.10.2007 Klage zum SG erhoben.

Das SG hat Beweis erhoben durch das Einholen eines interdisziplinären Gutachtens bei Prof. Dr. Sch., Orthopädische Universitätsklinik H ... Prof. Dr. Sch. hat in dem zusammen mit Dr. R. und unter Berücksichtigung einer psychologischen Evaluation der Dipl.-Psych. B. erstatteten Gutachten ausgeführt, dass im Rahmen der klinischen Untersuchung sich ein Druckschmerz im Bereich des knöchernen Hemithorax linksseitig auf Höhe der mittleren Axillarlinie ergeben habe. Diese Schmerzsymptomatik sei bei tiefer Inspiration zunehmend. Ferner liege eine endgradig schmerzhaft bewegliche im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule vor. Darüber hinaus sei die klinische Untersuchung unauffällig gewesen. Der Kläger wiege 99 kg bei 170 cm Körpergröße. Schonungszeichen der oberen Extremitäten lägen bei seitengleicher Ausprägung des Muskelmantels sowie seitengleicher Beschwiellung der Handinnenflächen nicht vor. Morphologisch zeigten sich in der Röntgendiagnostik folgenlos ausgeheilte Rippenserienfrakturen der Rippe III bis VIII links mit regelrechter Entfaltung des Lungenparenchyms; unfallunabhängig bestünden degenerative Veränderungen im Bereich der unteren Brustwirbelsäule und der Lendenwirbelsäule. Nach der psychologischen Evaluation lägen eine leichtgradige depressive Episode verbunden mit einer Agoraphobie ohne Panikstörung und eine schwer ausgeprägte Höhenangst vor. Diese psychischen Störungen seien erst durch das Unfallereignis

verursacht worden. Das Unfallereignis sei für die Angststörung als wahrscheinliche Teilursache anzusehen. Weil diese Angststörung nicht behandelt worden sei, sei es zu einem zunehmenden Vermeidungsverhalten gekommen. Die Depression sei darüber hinaus als Folge des zunehmenden Funktionsverlustes und Vermeidens von Aktivitäten zu werten. Die angeführte belastungs- und atemabhängige Schmerzsymptomatik im Bereich des linken Brustkorbes sei durch die nachgewiesenen morphologischen Veränderungen im Bereich des Brustkorbes und der Wirbelsäule nicht ausreichend erklärbar. Neben den bereits berücksichtigten Unfallfolgen seien eine leichtgradige depressive Episode, eine Agoraphobie ohne Panikstörung sowie eine spezifische Phobie/Umwelt-Typus/Höhenangst als Unfallfolgen mit Wahrscheinlichkeit anzusehen. Inwieweit der Kläger unter Berücksichtigung der nun schon langen Krankheitsanamnese eine Bereitschaft entwickeln könne, an seiner gesundheitlichen Situation etwas zu verändern, bleibe offen. Fehle diese Bereitschaft, sei nicht davon auszugehen, dass geeignete Therapiemaßnahmen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie einer Leistungsfähigkeit des Versicherten herbeiführen könnten. Grundsätzlich werde, eine entsprechende Bereitschaft des Klägers vorgesetzt, die Durchführung einer verhaltenstherapeutischen Angsttherapie für sinnvoll erachtet. Eine ambulante Schmerztherapie sei nicht angezeigt. Die Erwerbsfähigkeit schätze er unter Berücksichtigung der Körperschäden auf orthopädischem Fachgebiet auf unter 10 vH und unter Berücksichtigung der psychischen Störungen zusätzlich auf 30 vH, sodass von einer Gesamtminderung der Erwerbsfähigkeit von 30 vH auszugehen sei.

Die Beklagte hat hierauf eine beratungsärztliche Stellungnahme des Facharztes für Nervenheilkunde Dr. Dr. W., Bad S. vorgelegt. Er wies unter dem 17.10.2008 darauf hin, dass der Kläger nach Aktenlage durchaus im Stande sei, Tätigkeiten auf Gerüsten auszuüben. Eine Exposition mit dem Kläger in der Höhe sei nicht vorgenommen worden. Aus den Stellungnahmen des Arbeitgebers und auch den Angaben des Klägers selbst ergäben sich nur Hinweise darauf, dass sich der Kläger zwar auf dem Dach oder dem Gerüst nicht mehr so sicher fühle, Tätigkeiten dort hingegen aber nicht vermeide. Eine schwere Höhenangst sei bei dem Kläger keinesfalls nachgewiesen. Es könne auch nicht nachvollzogen werden, dass die psychologischerseits festgestellte Agoraphobie und die leichte depressive Episode Unfallfolgen seien. Wenn die Durchführung einer Schmerztherapie zur Diskussion stehe, müssten die unfallunabhängigen verschleißbedingten Veränderungen mit Keilwirbelbildung im Bereich der Brustwirbelsäule sowie Osteochondrose und Spondylarthrose im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule berücksichtigt werden. Eine überzeugende Indikationsstellung für die Durchführung gar stationärer schmerztherapeutischer Behandlungsmaßnahmen könnten dem Gutachten nicht entnommen werden. Vielmehr habe der Gutachter schwerpunktmäßig eine verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie in Bezug auf die Angstsymptomatik vorgeschlagen. Diese Maßnahmen seien aber in Kenntnis des derzeitigen Sachstandes - wenn überhaupt - zu Lasten der Krankenkasse durchzuführen. Eine gesondert messbare MdE aufgrund der Unfallfolgen lasse sich für den psychischen Bereich des Klägers nicht begründen. Eine gewisse Respekthaltung vor Gerüsten und Dächern, soweit eine solche vorliegen sollte, sei in dem Kontext zu sehen, dass der Kläger sein eigenes Haus umgebaut habe und trotz dieser Respekthaltung weder Gerüste noch Dächer meide. Insgesamt verbleibe es bei der bislang zuerkannten Gesamt-MdE von 20 vH.

Mit Urteil vom 18.12.2008 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet weiterhin eine radiologisch nachweisbare erhebliche Verformung im Bereich der 3. bis 9. Rippe links mit teilweisen Brückenbildungen ohne Hinweise für eine Demineralisation bei heftigem Druckschmerz zwischen der 5. und 9. Rippe links parallel zum gesamten Rippenbogen, insbesondere in den vorderen Abschnitten des Rumpfes, bestehe. Eine Einschränkung der Lungenfunktion habe Dr. K. sowohl perkutorisch als auch auskultatorisch ausgeschlossen. Die Rippenserienfraktur sei knöchern konsolidiert bei regelrechter Entfaltung des Lungenparenchyms ohne Hinweise auf einen Pneumothorax. Die durch die orthopädisch-chirurgischen Unfallfolgen bedingte MdE sei weiterhin mit 20 vH angemessen bewertet. Die von Prof. Dr. Sch. darüber hinaus diagnostizierten psychischen Gesundheitsstörungen seien demgegenüber nicht mit Wahrscheinlichkeit Folge des Arbeitsunfalles. Dem stehe nicht entgegen, dass die Aktenunterlagen keinen Anhalt dafür böten, dass der Kläger bereits vor dem Unfallereignis unter entsprechenden Beschwerden gelitten habe. Jedoch ergäben sich aufgrund des Gesamtergebnisses des Verfahrens keine ausreichenden Brückensymptome, die einen ursächlichen Zusammenhang zwischen den psychischen Gesundheitsstörungen des Klägers und dem Arbeitsunfall wahrscheinlich machten. Zu keinem Zeitpunkt sei gegenüber behandelnden oder begutachteten Ärzten eine depressive Stimmungslage und insbesondere auch keine Angststörung angegeben worden. Das entsprechende Beschwerdevorbringen finde sich insbesondere weder im ärztlichen Entlassungsbericht der Parkklinik Bad Nauheim noch gegenüber Dr. K. bei der Untersuchung und Begutachtung im Oktober 2006, obwohl der Kläger seinen Angaben gegenüber der Dipl.-Psych. B. zufolge bereits seit dem Jahr 2000 kaum noch auf ein Gerüst steigen könne. Gegen eine gravierende unfallbedingte psychische Beeinträchtigung sprächen weiter die Angaben des Klägers gegenüber Dr. M. anlässlich der Untersuchung und Begutachtung im Januar 2007. Danach habe er sich zwar seit dem Arbeitsunfall nicht mehr so sicher auf dem Dach oder dem Gerüst gefühlt, entsprechende Arbeiten habe er aber nicht vermieden. Die Faktizität der tatsächlichen Berufsausübung auf Dächern und Gerüsten wie auch der Umbau des eigenen Hauses im Jahr 2006 wiederlegten zur Überzeugung des erkennenden Gerichts eine unfallbedingte wesentliche psychische Angststörung oder Depression. Darüber hinaus habe die Beklagte auch zu Recht die Übernahme von Kosten einer stationären Schmerztherapie abgelehnt. Eine solche sei weder erforderlich noch erfolgversprechend, wie Prof. Dr. St. überzeugend ausgeführt habe. Denn die Schmerzen im Bereich des linken Thorax hätten sich seit dem Unfallereignis nicht erkennbar verändert. Überdies weise der aktuelle Beschwerdevortrag des Klägers auf zunehmende Schmerzen in anderen, nicht von dem Arbeitsunfall betroffenen Körperregionen hin (Kopfschmerzen im Sinne eines Spannungskopfschmerzes, Schmerzen der gesamten Wirbelsäule als Folge der unfallunabhängigen Wirbelsäulenerkrankungen [Morbus Scheuermann und Bandscheibendegeneration], an der Ferse und am linken Kniegelenk). Auch der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. Sch. habe eine schmerztherapeutische stationäre Behandlung nicht für erforderlich gehalten, sondern unter der Annahme einer entsprechenden Therapiemotivation des Klägers auf die Notwendigkeit allein einer verhaltenstherapeutischen Angsttherapie hingewiesen. Eine solche sei jedoch nicht Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits.

Gegen das dem Kläger am 29.12.2008 zugestellte Urteil hat dieser am 29.01.2009 Berufung eingelegt. Zur Begründung weist er darauf hin, dass er unter einer ständigen Schmerzsymptomatik leide, welche sich in der zurückliegenden Zeit noch verstärkt habe, und unter einer zunehmenden Kurzatmigkeit sowie - zunehmend bereits seit dem Unfallgeschehen - unter psychischen Beeinträchtigungen. Zur weiteren Klärung habe er erneut einen Verschlimmerungsantrag bei der Beklagten gestellt.

Im Rahmen des vom Kläger am 22.12.2008 gestellten Verschlimmerungsantrags hat die Beklagte ein orthopädisches Fachgutachten bei Dr. C., K. sowie ein lungenfachärztliches Gutachten bei Dr. Sch., K. in Auftrag gegeben und zusammen mit einer beratungsärztlichen Stellungnahme des Dr. T. vorgelegt. Dr. C. hat dargelegt, dass ein Vergleich der erhobenen Befunde mit den von Dr. K. im Oktober 2000 und im Oktober 2006 getroffenen Feststellungen keine wesentliche Änderung der Verhältnisse ergebe. Die links etwas schlechter gewordene Schulterbeweglichkeit sei nicht dem Unfall anzulasten, die Narbenverhältnisse links am seitlichen Thorax seien gleich geblieben und auch an den vom (jetzt 100 kg wiegenden) Kläger geklagten Schmerzen bei Druck auf die Rippen und bei Thoraxkompression sowie an den Sensibilitätsstörungen habe sich nichts geändert. Es verbleibe daher bei einer MdE von 20 %. Dr. Sch. hat gemäß dem zusammen mit Dr.

Sch. erstellten Gutachten eine im Vergleich zur Voruntersuchung im Jahr 2000 deutlich abgenommene Belastbarkeit erhoben. Der Abfall der Belastbarkeit sei gut mit der inzwischen eingetretenen Einschränkung durch die restriktive Ventilationsstörung vereinbar. Es sei zu einer mittelschweren Einschränkung der Lungenfunktion und konsekutiv der Belastbarkeit gekommen. Die Einschränkung beruhe nicht auf einer pulmonalen Erkrankung, sondern werde durch eine Einschränkung der Thoraxwandbeweglichkeit ausgelöst. Das Ausmaß der Funktionsstörung sei erst nach 2000 entstanden, einem Zeitpunkt, an dem die Folgen des ThoraxR.mas längst abgeheilt seien. Zusätzlich bestehe eine nicht quantifizierbare Einschränkung durch persistierende und unter Belastung zunehmende Thoraxschmerzen im Bereich des ursprünglichen ThoraxR.mas. Die dermatombezogenen Beschwerden seien gut mit einer Schädigung der Interkostalnerven im Bereich der Rippenfrakturen erklärbar. Weil 3 Jahre nach einem ThoraxR.ma keine Funktionseinschränkung mehr zu erwarten sei, sei die objektiv mittelschwere Einschränkung der Belastbarkeit und der maximalen Sauerstoffaufnahme trotz der Ermangelung konkurrierender Faktoren nicht als Unfallfolge zu werten. Eine MdE von 20 % sei allein auf der Basis der Funktionseinschränkungen gerechtfertigt; unter Berücksichtigung der Dauerschmerzen mit konsekutiven Schlafstörungen sei eine MdE von 30 % anzusetzen. Dr. T. hat in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme daR.f hingewiesen, dass in den Unfallfolgen auf orthopädisch/unfallchirurgischem Fachgebiet kein Befundwandel der Knöchern in Fehlstellung verheilten Rippenserienfraktur im Bereich des Brustkorbes links festzustellen gewesen sei. Eine Änderung der Lungenfunktion sei demnach ebenfalls nicht zu erwarten, was der Gutachter bei der Beantwortung der Frage 5 auch zutreffend so beschrieben habe. Seine Einschätzung der MdE werde offensichtlich unabhängig von den Unfallfolgen ganz allgemein vorgenommen. Auch ohne das vom Gutachter nicht diskutierte zugenommene Übergewicht und die zugenommene obstruktive Lungenfunktionsstörung, die jeweils zweifelsfrei unabhängig von den Unfallfolgen bestünden, sei bei fehlender Änderung der Unfallfolgen röntgenmorphologisch und klinisch eine funktionelle Rückwirkung 12 Jahre nach dem Unfall nicht zu erwarten. Mit Bescheid vom 03.05.2010 hat die Beklagte die Rentenerhöhung erneut abgelehnt.

Der Senat hat Beweis erhoben durch das Einholen eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens bei Dr. Sch., M., welches dieser unter Vorlage eines psychologischen Zusatzgutachtens der Dipl.-Psych. K. erstattet hat. Der Sachverständige hat eine Angststörung mit einer Höhen- und Flugangst, klaustro- bzw. agoraphobischen Symptomen bei prädisponierender Persönlichkeitsstruktur gesehen. Soweit die Dipl.-Psych. K. eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert habe; überschneide sich die Symptomatologie der drei Krankheitsentitäten. Eine wesentliche Verursachung der Symptomatik durch den Unfall vom 29.10.1997 ergebe sich seiner Beurteilung nach nicht. Denn es sei von einer erhöhten individuellen Vulnerabilität des Klägers auszugehen, denn er berichte über Ängste hinsichtlich seiner körperlichen Unversehrtheit schon nach einem Autounfall im Jahre 1987 und er berichte auch über eine Flugangst. Es sei daher davon auszugehen, dass schon vor dem Unfall eine Reiz-Reaktionskonfiguration "Höhe - Angstverhalten" bestanden habe. Es entspreche einem natürlichen Lernprozess, dass man Situationen, die mit einer Gefahr einhergegangen seien, mit einer vermehrten Vorsicht und einem vermehrten Respekt begegne. Dieses stelle per se kein dysfunktionales Verhaltensmuster dar. Auch die angeführten Ängste in Menschenmengen könnten nicht kausal auf den Unfall zurückgeführt werden. Es bestehe auch kein durchgehendes Vermeidungsverhalten, wie sich aus mehreren Hinweisen in der Akte ergebe. Auch der Crescendo-Charakter der psychischen Symptomatik über die Zeit hinweg spreche gegen eine Unfallursache. Im natürlichen Verlauf komme es bei immerwährender Konfrontation in der Regel zu einer Habituation mit einer Abschwächung der psychischen Symptomatik. Dabei sei auch zu prüfen, ob nicht Begehrensvorstellungen oder sonstige aus der Psyche herauswirkende Kräfte so weit in den Vordergrund getreten seien, dass sie für den weiteren Verlauf die wesentliche Ursache bildeten. So habe der Kläger am 16.01.2007 bereits geäußert, sich nicht mehr in der Lage zu sehen, einer Arbeit mehr als 2-3 Tage pro Woche nachgehen zu können, und dass er plane, einen Rentenantrag zu stellen. Soweit Prof. Dr. Sch. davon ausgegangen sei, dass sich die Symptome in der Art so verstärkt hätten, dass der Kläger jegliche Arbeiten auf Leitern und Dächern vermeide, stimme das so nicht. Entsprechend seinen Angaben führe er durchaus noch Arbeiten auf Standleitern aus. Es sei auch nicht nachvollziehbar, dass er über 13 Jahre lang hinweg weiter seiner beruflichen Tätigkeit mit täglicher Konfrontation von Leitern, Gerüsten und Dächern bei einer ausgeprägten Höhenphobie habe nachgehen können und auch noch nachgehe. Prof. Dr. Sch. habe die erhöhte individuelle Vulnerabilität des Klägers nicht erfasst. Die bestehende Angsterkrankung beziehe sich auch auf enge Räume, Höhen und Menschenmengen. Die Vielschichtigkeit der Angstsymptomatik spreche gegen einen Unfallzusammenhang. Angesichts der Datenlage lägen Unfallfolgen des neurologisch-psychiatrischen Fachgebiets nicht vor. Die chirurgischerseits bzw. orthopädischerseits angegebene MdE mit 20 vH befinde sich schon im oberen Bereich des ErmessensspielR.mes. Eine regelmäßige Schmerzmedikation erfolge nicht, der Kläger appliziere eine Voltaren-Salbe und nehme nur eine Schmerztablette pro Monat.

Der Kläger beantragt,

unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts K. vom 18.12.2008 sowie des Bescheides vom 20.11.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.09.2007 und des Bescheides vom 03.05.2010 eine depressive Episode, eine Agoraphobie ohne Panikstörung sowie eine Höhenangst als weitere Unfallfolgen festzustellen und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab dem 07.09.2006 eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 70 % zu gewähren sowie unter Aufhebung des Bescheides vom 03.05.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.09.2007 die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für eine stationäre Schmerztherapie zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist unter Berücksichtigung der vorgelegten Gutachten von Dr. C. und Dr. Sch. der Auffassung, dass weder eine höhere Verletztenrente noch ein Anspruch auf die Übernahme der Kosten für eine stationäre Schmerztherapie bestünden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die beigezogenen Akten der Beklagten sowie auf die Gerichtsakten erster (S 1 U 4909/07, S 3 U 3580/99) und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, aber unbegründet.

Das angefochtene Urteil und die Entscheidungen der Beklagten sind nicht zu beanstanden. Gegenstand des Rechtsstreits, mit dem der

Kläger im Wege der Anfechtungs-, Feststellungs- und Leistungsklage zunächst die Feststellung weiterer Unfallfolgen begehrt und eine höhere Verletztenrente geltend macht (vgl. hierzu die folgenden Ausführungen unter I), ist gemäß § 96 Sozialgerichtsgesetz (SGG) auch der Bescheid vom 03.05.2010 geworden, welcher eine Erhöhung der Verletztenrente ebenfalls abgelehnt hat. Maßgeblich ist, dass kein anderer Streitgegenstand vorliegt, weil auch mit diesem Verschlimmerungsantrag die nachträgliche Änderung der Verhältnisse geltend gemacht wurde und diese Entscheidung vom Prüfungsumfang der vorausgegangenen Entscheidung mit umfasst ist. Denn eine wesentliche Änderung der Unfallfolgen ist bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung auch in dem bereits anhängigen Verfahren zu prüfen und müsste bei einer wesentlichen Änderung zu einer (unter Umständen teilweisen) Stattgabe führen. Das Begehren richtet sich - neben der begehrten Feststellung von Unfallfolgen - einheitlich auf die Gewährung einer höheren Verletztenrente, weshalb insoweit ein einheitlicher Streitgegenstand vorliegt (vgl. hierzu auch LSG Baden-Württemberg Ur. v. 18.01.2010, Az L 1 U 2697/09 in Juris, mwN). Gegenstand des Verfahrens ist daneben der ebenfalls mit einer Anfechtungs- und Leistungsklage geltend zu machende Anspruch auf die Gewährung einer stationären Schmerztherapie (vgl. hierzu die Gründe zu II).

I. Prüfungsmaßstab für die Rechtmäßigkeit des die Erhöhung der Rente ablehnenden Bescheides ist § 48 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X), der die Aufhebung von Verwaltungsakten mit Dauerwirkung bei Änderung der Sach- und Rechtslage regelt. Nach § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Eine Verschlimmerung oder Verbesserung von Unfallfolgen bedeutet nur dann eine wesentliche Änderung der Verhältnisse im Sinne des § 48 SGB X, wenn sich hierdurch der Grad der MdE um mehr als 5 v. H. senkt oder erhöht (§ 73 Abs. 3 SGB VII). Ob eine wesentliche Änderung vorliegt, ist durch einen Vergleich der zum Zeitpunkt des Erlasses des ursprünglichen Verwaltungsaktes maßgeblichen Befunde mit denjenigen zu ermitteln, die zum Zeitpunkt der geltend gemachten Änderung vorliegen (BSG SozR 3-1500 § 54 Nr 18).

Voraussetzung für die Anerkennung bzw. Feststellung einer Gesundheitsstörung als Folge eines Arbeitsunfalls und ihrer Berücksichtigung etwa bei der Bemessung der MdE 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 Behauptung eines ursächlichen Zusammenhanges 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 hinweggedacht 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 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R - SozR 4-2700 § 8 Nr. 17 = BSGE 96, 196-209 und in Juris).

Die MdE selbst richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2004, B 2 U 14/03 R in SozR 4-2700 § 56 Nr. 1): Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel.

Maßgebliche Vergleichsgrundlage sind daher die dem Anerkenntnis im Verfahren S 3 U 3580/99 vor dem Sozialgericht Freiburg zugrundeliegenden Gutachten, welche die mit Ausführungsbescheid vom 30.01.2001 gewährte Rente auf unbestimmte Zeit ab 01.06.1999 begründeten.

Der Entscheidung lagen das im Rahmen der Feststellung einer Rente auf unbestimmte Zeit vom SG in Auftrag gegebene internistisch-pneumologische Gutachten von Dr. G. vom 04.08.2000 und das Gutachten des Chirurgen Dr. K. vom 11.10.2000 zugrunde. Sie mündeten in der Anerkennung von Folgen des Arbeitsunfalles (vgl. insoweit den Schriftsatz der Beklagten vom 3.11.2000, Bl. 110 der Akten des SG im Verfahren S 3 U 3580/99) wie folgt:

"Deformierung des knöchernen Brustkorbes links, Narben und eine Sensibilitätsstörung über der linken Brustwand sowie die beschriebenen formverbildenden Veränderungen nach in zum Teil erheblicher Fehlstellung knöchern fest verheilten Brüchen der 3. bis 9. Rippe mit Ausbildung eines ausgeprägten Brückencallus"

Dr. G. hat in funktioneller Hinsicht trotz einer subjektiv empfundenen Leistungsminderung mit anhaltender Schmerzsymptomatik ein sehr gutes Ausheilungsergebnis beschrieben. So war eine die Atmung beeinträchtigende Brustwandinstabilität ebenso wie eine signifikante obstruktive Ventilationsstörung klinisch nicht feststellbar gewesen. Der erhobene Befund entsprach - so der Sachverständige - der allgemeinen Erfahrung, dass geringe umschriebene Pleuraverwachsungen sowie posttraumatische Thoraxdeformitäten zu keiner

nennenswerten funktionellen Beeinträchtigung führen. Dies bestätigte dann auch die spiroergometrische Belastungsprüfung, wobei bei Belastungsende trotz subjektiver Angabe von Atemnot noch eine ausreichende Atemreserve bestanden hat. Der Belastungsabbruch unter Angabe subjektiver Erschöpfung und Atemnot erfolgte dabei in einem Belastungsbereich, die bereits schwere körperliche Arbeit entsprach. Eine leichte bronchiale Obstruktion war als Folge des Inhalationsrauchens (30 "packyears") gewertet worden. Der Sachverständige führte die schon bei leichten Tätigkeiten geklagte Atemnot auf eine psychische Komponente des Beschwerdebildes zurück und hielt eine MdE von 10 vH auf lungenfachärztlichem Gebiet wegen der Folgen des Unfalles für gerechtfertigt. Dr. K. hingegen beschrieb die Atembeschwerden als nachvollziehbare Folge der narbigen bzw. knöchernen Veränderungen der Thoraxwand und bewertete die MdE unter Berücksichtigung der ebenfalls anzuerkennenden Beschwerden mit Druckschmerzhaftigkeit und Gefühlsstörung über der linken Thoraxwand aufgrund der narbigen Verziehung nach erheblicher Fehlstellungen eines Teils der 3 bis 9. Rippe mit ausgeprägter Spangenbildung und unter Berücksichtigung der von Dr. G. angegebenen Teil-MdE auf internistischem Fachgebiet mit 20 vH der Vollrente.

Eine wesentliche Änderung der - wie dargestellt - festgestellten Unfallfolgen lässt sich für die Zeit nach der Feststellung der Rente auf unbestimmte Zeit durch das abgegebene Anerkenntnis und bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung nicht positiv feststellen. Dies gilt sowohl im Hinblick auf eine Verschlimmerung der bereits berücksichtigten Unfallfolgen als auch hinsichtlich der Frage, ob weitere, bislang nicht anerkannte Unfallfolgen festzustellen und bei der Bewertung der MdE zu berücksichtigen sind.

1. Eine Verschlimmerung der Auswirkungen der anerkannten Folgen des unstreitig vorliegenden Arbeitsunfalles vom 29.10.1997 liegt nicht vor.

Das hat bereits Dr. K. in seinem Gutachten vom 25.10.2006, welches der Senat im Wege des Urkundenbeweises verwerten kann, schlüssig und überzeugend darzulegen vermocht. Denn sowohl radiologisch als auch klinisch ließen sich bei seiner Untersuchung Veränderungen nicht feststellen. So war auch weiterhin zwischen der 5. und 9. Rippe links, parallel zum gesamten Rippenbogen und insbesondere in den vorderen Abschnitten des Rumpfes ein heftiger Druckschmerz festzustellen, einhergehend mit einer Gefühlsstörung im Bereich des linken Brustkorbes. Radiologisch zeigte sich im Vergleich mit den Voraufnahmen keine Befundänderung. Die Lunge stellte sich darüber hinaus perkutorisch und auskultatorisch unauffällig dar. Die Befunderhebung entsprach damit den im Gutachten vom 11.10.2000 dargestellten Befunden, ohne dass sich eine wesentliche Besserung oder Verschlechterung nachweisen ließ. Dieser Einschätzung hat sich auch der vom SG gehörte Sachverständige Prof. Dr. Sch. angeschlossen, der aufgrund der im Februar 2008 durchgeführten Untersuchungen ebenfalls zu dem Ergebnis gekommen war, eine wesentliche Änderung der Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet sei aufgrund dieser radiologischen und klinischen Untersuchungen nicht eingetreten. Auch die Röntgendiagnostik dort ergab folgenlos ausgeheilte Rippenserienfrakturen der Rippen III bis VIII links mit regelrechter Entfaltung des Lungenparenchyms und eine Darstellung der bereits im Gutachten des Dr. K. vergleichbar beschriebenen Schmerzdarstellungen. Eine wesentliche und damit rentenrelevante Zunahme des Schmerzerlebens lässt sich den vorliegenden Expertisen nicht entnehmen. Dies folgt schon daraus, dass eine kontinuierliche Schmerzbehandlung nicht in Anspruch genommen wurde und wird bzw. eine solche Notwendigkeit über die Behandlung mit einer Salbe und einer bedarfsabhängigen Schmerzmedikation von etwa 1 Tablette im Monat hinaus auch nicht besteht. Darüber hinaus leidet der Kläger - wie dem ausführlichen Befundbericht des Dr. M. vom 30.01.2007 entnommen werden kann - unter multiplen Schmerzen. Neben den Schmerzen im Bereich des linken Thorax wurden dort schmerzbedingte Einschränkungen auch aufgrund von Kopfschmerzen, welche als Spannungskopfschmerzen gewertet wurden, von Schmerzen im Bereich der Ferse, der Lendenwirbelsäule bzw. der gesamten Wirbelsäule und von Seiten des linken Knie angegeben. Zu Recht weist Prof. Dr. St. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme darauf hin, dass es sich insoweit um unfallunabhängige Beschwerden handelt, welche damit in keinem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 29.10.1997 stehen und deshalb auch nicht bei der Bemessung der MdE Berücksichtigung finden können. Eine hierzu abweichende Auffassung wird auch in den nachfolgenden Gutachten (Prof. Dr. Sch., Dr. C., Dr. Sch., Dr. Sch.) nicht vertreten.

Ist damit aber weder eine klinische noch eine radiologische Änderung in den anerkannten Unfallfolgen nachgewiesen, kann auch die von Dr. Sch. in dessen lungenfachärztlichem Gutachten (Untersuchung 22.07.2009) beschriebene und zwischenzeitlich eingetretene mittelgradige restriktive Ventilationsstörung und die damit einhergehende Einschränkung der Belastbarkeit nicht mit der hierfür erforderlichen Wahrscheinlichkeit als Verschlimmerung dieses Unfallfolgezustandes gewertet werden. Der Senat folgt insoweit den Ausführungen von Dr. Sch. und Dr. T., die deutlich gemacht haben, dass diese Veränderung erst nach 2000 eingetreten ist und damit zu einem Zeitpunkt, als die Folgen des ThoraxR.mas längst ausgeheilt waren. Eine Veränderung der Restriktion im Sinne einer Zunahme, die durch eine mangelnde Thoraxwandbeweglichkeit bedingt wurde, ist bei insoweit unveränderten Thoraxverhältnissen nicht zu erwarten und zu erklären. Auch wenn - so Dr. Sch. - konkurrierende Ursachen nicht festzustellen gewesen sind (keine interstitielle Lungenkrankheit, die zu einer restriktiven Lungenkrankheit hätte führen können, keine andersartigen Erkrankungen aus dem parenchymatösen Formenkreis, keine muskuläre Erkrankungen, die eine restriktive Ventilationsstörung begründen könnten), bleibt festzuhalten, dass eine Ursache für die Zunahme der Ventilationsstörung nicht feststellbar war, zumal auch die vom Gutachter beschriebene leichte Verschlechterung der Atemmuskulatur als alleinige Begründung für die eingeschränkte Belastbarkeit nicht in Frage kommt. Maßgebend für die Beurteilung der Traumafolgen ist mit Dr. Sch. das Perfusionsverhältnis beider Lungen, welches als einziger Parameter objektiv ohne weitere Einflussfaktoren die Traumafolgen wiedergibt. Danach beträgt die Minderung der Lungendurchblutung links ca 10 % und ist insoweit gut vereinbar mit den radiologischen Veränderungen und der leichten Einschränkung der Zwerchfellbeweglichkeit links. Eine wesentliche Veränderung im Vergleich zu den Feststellungen im August 2000 ist damit jedoch nicht verbunden. Darüber hinaus erscheint dem Senat daher auch der Hinweis von Dr. T. nachvollziehbar, dass auch die unfallunabhängig zu wertende obstruktive Lungenfunktionsstörung mit einem Anstieg des Atemwegswiderstandes von 165 % im Jahr 2000 auf 329 % und die Zunahme des Körpergewichtes von damals 92 kg auf 100 kg Einfluss auf die Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit genommen haben. Eine MdE von 20 vH ist zwar allein für die von Dr. Sch. beschriebene mittelschwere Einschränkung der Belastbarkeit und der maximalen Sauerstoffaufnahme gerechtfertigt. Ist die Zunahme der Einschränkungen im Vergleich zu den Feststellungen vom August 2000 jedoch nicht auf Unfallfolgen zurückzuführen, verbleibt es bei der von Dr. G. für die Unfallfolgen veranschlagten MdE von 10 vH auf lungenfachärztlichem Gebiet, welche unter Berücksichtigung der Folgen des Rippenserienbruches und der damit verbundenen Beschwerden mit einer MdE von 20 vH angemessen bewertet ist, wie Dr. K. und auch Dr. C. schlüssig und überzeugend dargelegt haben.

2. Darüber hinaus liegen auch keine weiteren, bislang nicht berücksichtigten Unfallfolgen vor. Insbesondere können auf psychiatrischem Fachgebiet keine Folgen des Arbeitsunfalles festgestellt werden, was der Senat dem sorgfältig begründeten Gutachten des Dr. Sch. und dem psychologischen Zusatzgutachten der Dipl.-Psych. K. entnimmt. Der gerichtliche Sachverständige beschreibt angesichts der erhobenen Anamnese und der durchgeführten Untersuchungen nachvollziehbar eine Angststörung mit einer Höhen- und Flugangst, klaustro- bzw.

agoraphobischen Symptomen bei prädisponierender Persönlichkeitsstruktur, für die er keinen rechtlich wesentlichen Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall 1997 feststellen konnte. Dabei äußerte der Kläger neben der Angst vor Arbeiten auf Dächern und Gerüsten, auch eine vermehrte Platzangst bis hin zu Erstickungsängsten, Ängste, einen Fahrstuhl zu benützen und eine Flugangst. Der Sachverständige beschrieb insoweit eine erhöhte individuelle Vulnerabilität, nachdem Ängste hinsichtlich der körperlichen Unversehrtheit schon nach einem Autounfall im Jahre 1987 angegeben worden sind und ein erster Flug 1989 ganz schlimm gewesen sei. Es lag damit – wie der Sachverständige überzeugend darzulegen vermochte – bereits vor dem Unfall 1997 eine Reiz-Reaktionskonfiguration "Höhe – Angstverhalten" vor. Dass man Situationen, die mit einer Gefahr einhergegangen sind, mit einer erhöhten Vorsicht und Respekt begegnet, stellt per se kein dysfunktionales Verhaltensmuster dar. Darüber hinaus lässt sich ein durchgehendes und konsequentes Vermeidungsverhalten nicht feststellen, wie der Sachverständige anhand der Aktenlage anschaulich machen konnte. Zunächst hatte der Kläger bei der ambulanten Untersuchung in der BG Klinik Ludwigshafen noch angegeben, dass er sich seit dem Unfall nicht mehr so sicher auf dem Dach oder Gerüst fühle, vermeiden würde er es aber nicht. Im Februar 2008 gab er gegenüber der Dipl.-Psych. B. an, in den ersten Jahren nach dem zweiten Sturz (der Kläger war bereits einmal 1972 gestürzt, wobei er sich einen Bruch des rechten Handgelenkes zuzog) zunächst keine Probleme gehabt zu haben, auf Gerüste zu steigen, nur Dächer habe er ganz gemieden. Im Laufe der Zeit sei es ihm zunehmend schwerer gefallen, auf Gerüste zu steigen. Ein solcher Crescendo-Effekt spricht gegen einen Unfallzusammenhang, denn bei einer immerwährenden Konfrontation kommt es, wie der Sachverständige erläuterte, zu einer Habituation mit einer Abschwächung der psychischen Symptomatik. Aufgrund dieser überzeugenden Ausführungen kann sich der Senat auch nicht den Schlussfolgerungen von Prof. Dr. Sch. anschließen, der als Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie fachfremd von einer ausgeprägten Höhenangst und einem adäquaten Krankheitsverlauf ausgegangen war. Zu Recht weist Dr. Sch. in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Prof. Dr. Sch. die erhöhte individuelle Vulnerabilität nicht berücksichtigt hat, zu der er als Facharzt für Orthopädie auch keine entsprechende Anamnese erhoben hat. Insoweit ist durch die Befunderhebung bei Dr. Sch. auch der Ansatz im Gutachten des Prof. Dr. Sch. widerlegt, ein hinreichender Zusammenhang zwischen Unfall und Höhenangst sei schon deshalb mit hinreichender Wahrscheinlichkeit gesichert, weil eine entsprechende Beschwerdesymptomatik vor dem Unfall nicht vorgelegen habe. Darüber hinaus verkennt Prof. Dr. Sch., dass der Kläger 13 Jahre lang weiter seiner beruflichen Tätigkeit mit täglicher Konfrontation von Leitern, Gerüsten und Dächern nachgehen konnte und er trotz der geschilderten Ängste vor engen Räumen, Höhen und Menschenmengen, diese nicht vermeidet. So ist beispielsweise darauf hinzuweisen, dass der Kläger trotz seiner Flugangst 2-3mal pro Jahr Flugreisen nach Spanien unternimmt und in seiner Freizeit Fußballspiele und Ringerwettkämpfe besucht. Die beschriebene Vielschichtigkeit der Angstsymptomatik ist darüber hinaus ein weiteres Argument gegen eine Verursachung der Angsterkrankung durch den Unfall. Der Senat kann es dahingestellt sein lassen, ob statt oder neben den von Dr. Sch. genannten Diagnosen, die von der Dipl. Psych. K. genannten weiteren Diagnosen zu berücksichtigen sind. Der Sachverständige hat selbst darauf hingewiesen, dass sich diese weitgehend überschneiden. Die Schmerzsymptomatik ist jedenfalls bereits – soweit sie auf Unfallfolgen zurückzuführen ist – bei der von der Beklagten veranschlagten MdE von 20 vH berücksichtigt. Ein ursächlicher Unfallzusammenhang wurde im Übrigen auch im psychologischen Zusatzgutachten weder für die anhaltende somatoforme Schmerzstörung noch für die mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom angenommen.

II. Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Form der von ihm begehrten stationären Schmerztherapie. Insoweit verweist der Senat auf die Ausführungen im Urteil des SG (dort unter II.). Dort hat es die maßgeblichen Vorschriften genannt und den Sachverhalt schlüssig und überzeugend gewürdigt. Um unnötige Wiederholungen zu vermeiden, macht sich der Senat diese Ausführungen in vollem Umfang zu Eigen und sieht insoweit von einer Darstellung der Entscheidungsgründe ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend ist allenfalls daR.f hinzuweisen, dass die im gerichtlichen Verfahren gehörten Sachverständigen (Prof. Dr. Sch., Dr. Sch.) lediglich über eine bedarfsabhängige Schmerzmedikation berichtet haben. Eine – wie insbesondere Dr. Sch. beschriebene – Applikation einer Voltaren-Salbe bei Schmerzen am linken Brustkorb und die Notwendigkeit von regelmäßig nur einer Schmerztablette im Monat lässt eine derzeitige Notwendigkeit einer stationären Schmerztherapie wegen der Folgen des Arbeitsunfalles nicht erkennen, zumal eine entsprechende fachärztliche ambulante Behandlung offensichtlich ebenfalls nicht in Anspruch genommen wird.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-03-02