

L 10 U 3298/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 12 U 3157/11
Datum
08.05.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 3298/13
Datum
27.10.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 08.05.2013 wird in Bezug auf die begehrte Verletztenrente zurückgewiesen, im Übrigen verworfen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist insbesondere die Gewährung einer Verletztenrente auf Grund des Unfalls vom 31.07.2007 nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 20 v.H. streitig.

Der 1966 geborene Kläger arbeitete nach seinem Zuzug aus dem K. ins Bundesgebiet als Krankenpfleger und war in dieser Beschäftigung bei der Beklagten versichert. Er war nach dem 31.07.2007 nahezu durchgehend arbeitsunfähig und bezieht seit dem 01.06.2008 eine Erwerbsminderungsrente. Er bezieht daneben Pflegeleistungen nach Pflegestufe I. Bei ihm ist die Schwerbehinderteneigenschaft anerkannt (Grad der Behinderung 90) und sind die Merkzeichen "B" und "G" zuerkannt.

Am 31.07.2007 befand sich der Kläger auf dem Weg zu seinem Arbeitsplatz, als, während er bei "Rot" an einer Kreuzung wartete, ein Linienbus von hinten auf sein Kraftfahrzeug auffuhr. Der erstversorgende H-Arzt Dr. M.-A. berichtete, der Kläger habe angegeben, er sei bei dem Auffahrunfall mit dem Kopf gegen den Rücksitz geprallt und habe sich wegen zunehmenden Kopfschmerzen und Brechreiz vorgestellt (Bl. 2 VA). Die Halswirbelsäulen(HWS)-Beweglichkeit habe sich endgradig schmerzhaft eingeschränkt gezeigt. Bei leichter Übelkeit, fehlender Amnesie und Bewusstlosigkeit blieb die grob neurologische Untersuchung ohne Befund. Die röntgenologische Untersuchung der HWS und des Schädels erbrachte keinen Anhalt für frische knöcherne Verletzungen. Dr. M.-A. stellte die Diagnose einer HWS-Distorsion. In einem Krankheitsbericht vom 24.10.2007 berichtete Oberarzt Dr. W. , Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik L. , über persistierende Beschwerden des Klägers bei weiterhin endgradig eingeschränkter Beweglichkeit der HWS (Bl. 5 VA). Unter Berücksichtigung des radiologischen Befundes vom September 2007 - dort konnte kein Nachweis traumaassoziierter Veränderungen im Bereich der Knochen- und Weichteilstrukturen der HWS erfolgen, es zeigten sich (nur) Bandscheibenvorwölbungen mit Einengung C6/C7 (Bl. 8 VA) - seien keine Traumafolgen objektivierbar und bestünden unfallabhängig degenerative Veränderungen. Nachdem auch im Rahmen eines neurologischen Konzils lediglich ein leichtes sensibles Wurzelreizsyndrom C6-C8 links bei Bandscheibenprotusion HWK 5/6 ohne elektrophysiologisches Defizit festgestellt wurde (Bl. 9 VA), wurde dem Kläger am 26.10.2007 der Abschluss des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens angekündigt und Arbeitsfähigkeit attestiert (vgl. Krankheitsbericht Oberarzt Dr. W. vom 29.10.2007, Bl. 10 VA). Daraufhin kündigte der Kläger an, es bliebe ihm jetzt nur noch, vom Balkon zu springen, eine Perspektive sehe er jetzt nicht mehr. Der Kläger wurde daraufhin in die Fachabteilung Psychiatrie der Klinik G. verbracht. Im dortigen Befundbericht wird von einem wachen und allseits orientierten Patienten, formal geordnet, mit regelrechter Konzentration und Mnestic, mit regelrechtem Antrieb, ohne Anhaltspunkte für Suizidalität bei vorhandenen Zukunftsplänen berichtet und eine psychiatrische Erkrankung zum aktuellen Zeitpunkt ausgeschlossen (Bl. 146 VA). In der Folgezeit stellte sich eine erhebliche und progrediente Verschlechterung in den Beschwerdeangaben des Klägers ein. So berichtete der behandelnde Neurologe Dr. S. im November 2007, die Halswirbelsäule sei quasi fixiert, der Kläger habe linksseitig wohl keine Möglichkeit mehr, den Arm anzuheben, den er einfach hängen lasse (Bl. 145 VA). Der Orthopäde Dr. F. berichtete - gleichfalls noch im November 2007 - von erheblichen Nackenverspannungen, der Kläger könne den linken Arm noch bis 20° anheben und spanne erheblich gegen (Bl. 171 VA). Auch im Entlassungsbericht über die stationäre Behandlung im Februar 2008 in der orthopädischen Universitätsklinik H. wurde berichtet, der linke Arm hänge schlaff herab und werde mit hoher Muskelspannung adduziert gehalten, er wirke wie gelähmt (Bl. 391 ff. VA). Nach

neuerlichen Selbstmorddrohungen im Rahmen der dortigen Heilbehandlung kam es zu einer Verlegung in die Universitätsklinik H. , Zentrum für psychosoziale Medizin. Im Entlassungsbericht über den dortigen Aufenthalt von Mitte Februar bis Mitte April 2008 wurde eine schwere depressive Episode mit Suizidalität, differenzialdiagnostisch somatoforme Schmerzstörung, ein chronisches HWS-Distorsionssyndrom, eine degenerative Spondylose der HWS sowie eine funktionelle Armparese links diagnostiziert (Bl. 128 ff. VA). Der Kläger habe sich im Verlauf der Behandlung bei einem Suizidversuch oberflächliche Schürfverletzungen zugefügt. Ein Heilverfahren in der psychosomatischen Klinik am H. im Spätsommer 2008 blieb ohne spürbare Besserung (Entlassungsdiagnose: schwere depressive Episode, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen: funktionelle Paralyse des linken Armes, Spinalkanalstenose (Zervikalbereich), Zervikobrachial-Syndrom; Bl. 113 ff. VA). Es schlossen sich weitere Klinikaufenthalte mit im Wesentlichen unveränderten Befunden an. Zuletzt ist der Kläger im Frühjahr 2014 für ca. sechs Wochen zum siebten Mal in der Universitätsklinik H. , Zentrum für psychosoziale Medizin, stationär behandelt worden (Diagnosen im Entlassungsbericht: u.a. rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, dissoziative Bewegungsstörungen, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, degenerative Spondylose der HWS, chronisches HWS-Distorsions-Syndrom; vgl. Bl. 230 ff. LSG-Akte).

Im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung wurde der Kläger im Januar 2009 von Dr. M. auf nervenärztlichen Gebiet begutachtet (Bl. 222 ff. VA). Dr. M. diagnostizierte beim Kläger eine dissoziative schlaaffe Lähmung des linken Armes bei vorhandener massiver Aggravation, und den Verdacht auf depressive Herabgestimmtheit. Es finde sich testpsychologisch belegt eine eindeutige Simulation kognitiver Störungen. Angesichts einer normalen Muskulatur sei nicht davon auszugehen, dass der linke Arm durchgehend seit 2007 in auch nur annähernd ähnlicher Form wie in der aktuellen Untersuchung schlaff gehalten werde. Insgesamt sei eine Aggravation erheblichen Ausmaßes mit Sicherheit vorhanden. In einem internistischen Gutachten für das Sozialgericht Mannheim zur Feststellung des Pflegebedarfs (Az. S 2 P 3504/09) diagnostizierte Dr. B. im September 2010 eine posttraumatische Bewegungseinschränkung der HWS, eine schlaaffe posttraumatische Parese des linken Arms mit kompletter Einsteifung des linken Schultergelenks, mittelgradige Bewegungseinschränkung im rechten Schultergelenk, chronisches Schmerzsyndrom - somatoforme Schmerzstörung, chronische Depression und Harninkontinenz (Bl. 314 ff VA).

Im Oktober 2010 wurde der Kläger im Auftrag der Beklagten auf unfallchirurgischem Gebiet begutachtet. Dr. S. kam zum Ergebnis, es stehe fest, dass der Kläger durch den Auffahrunfall eine HWS-Zerrung Grad II erlitten habe (Bl. 259 ff. VA). Röntgenologisch habe man am Unfalltag erhebliche degenerative Veränderungen der unteren HWS festgestellt. Die degenerativen Veränderungen seien mit Sicherheit nicht durch den Unfall verursacht worden. Nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme des Dr. O. , Arzt u.a. für Neurologie und Psychiatrie der das Vorliegen von Unfallfolgen auf psychischen und neurologischen Gebiet ausschloss (Bl. 282 ff. VA) anerkannte die Beklagte den Unfall vom 31.07.2007 als Arbeitsunfall und lehnte einen Anspruch auf Rente mit Bescheid vom 17.03.2011 ab. Der Kläger sei nicht in rentenberechtigenden Grad über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus in seiner Erwerbsfähigkeit gemindert. Ein Anspruch auf unfallbedingte Heilbehandlung habe bis zum 26.10.2007 bestanden. Als wesentliche Folgen des Arbeitsunfalls anerkenne man eine HWS-Distorsion Grad II. Im Widerspruchsverfahren veranlasste die Beklagte eine nervenärztliche Begutachtung durch Dr. E ... Diese diagnostizierte eine dissoziative Störung mit funktioneller Armparese links, eine qualifizierte Depression aktuell mittelschwer und ein chronisches Schmerzsyndrom der HWS nach HWS-Distorsion 07/2007. Angesichts der hochgradig auffälligen Testergebnisse beim Kläger sollten auch bewusstseinsnahe Momente mit in die Diskussion einbezogen werden. Auffällig sei, dass sich trotz der langen Bewegungseinschränkung keinerlei Atrophie der Muskulatur am linken Arm finden lasse. Aufgrund der Primärpersönlichkeit des Klägers sei jedes andere Ereignis des täglichen Lebens ebenfalls geeignet gewesen, die psychische Symptomatik hervorzurufen, weshalb sämtliche Gesundheitsschäden als unfallunabhängig einzustufen seien. Mit Widerspruchsbescheid vom 23.08.2011 wies die Beklagte daraufhin den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 13.09.2011 Klage zum Sozialgericht Mannheim erhoben. Das Sozialgericht hat zunächst die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen schriftlich vernommen. Bezüglich der Einzelheiten wird auf die Stellungnahme des Internisten Dr. B. (Bl. 20/45 SG-Akte), der Anästhesiologin Dr. Z. (Bl. 46/102 SG-Akte) sowie des Dr. S. (Bl. 104/189 SG-Akte) verwiesen. Das Sozialgericht hat weiterhin eine Begutachtung des Klägers durch Dr. M. , u.a. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, veranlasst. Dr. M. hat beim Kläger aufgrund der ambulanten Untersuchung vom August 2012 eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradig, eine somatoforme Schmerzstörung mit Bewegungseinschränkung der HWS und des Bewegungs-Halteapparats, eine dissoziative Bewegungsstörung des linken Arms und die bewusstseinsnahe Aggravation geschilderter Beschwerden, vor allem bezüglich Konzentrations- und Gedächtnisleistungen und bezüglich der Funktionalität des linken Arms auf dem Boden einer gereizt-impulsiv reagierenden Primärpersönlichkeit, diagnostiziert. Insgesamt würden Testpsychologie und körperlich-neurologische Untersuchung beim Kläger auf eine ausgeprägte negative Antwortverzerrung hinweisen. Zwar könne eine überwiegende Simulation der Beschwerden ausgeschlossen werden. Es fänden sich aber zweifelsfrei bedeutende aggravatorische Tendenzen. Es sei erst nach der Ankündigung der Beendigung der berufsgenossenschaftlichen Behandlung am 26.10.2007 zu einer Eskalation im Beschwerdebild gekommen. Überwiegende Bedeutung für das Auftreten bzw. Fortbestehen der Leiden beim Kläger habe dieser eigendynamischen Verlauf, weshalb dem Unfall lediglich die Bedeutung einer Gelegenheitsursache zukomme. Mit Urteil vom 08.05.2013 hat das Sozialgericht Mannheim die Klage, gestützt im Wesentlichen auf die Ausführungen des Dr. M. , abgewiesen.

Gegen das dem Kläger am 19.07.2013 zugestellte Urteil hat dieser am 09.08.2013 Berufung eingelegt und zunächst beantragt, die Beklagte zur Gewährung von Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung, insbesondere Unfallrente, unter Anerkennung einer MdE von mindestens 20 v.H. zu verurteilen. Im Erörterungstermin vom 28.09.2015 hat die damalige Prozessbevollmächtigte das Berufungsbegehren auf die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v.H. beschränkt. Der Kläger hat der Prozessbevollmächtigten später das Mandat entzogen und beantragt, den beschränkten Antrag als "ungültig zu erklären". Er hat zur weiteren Begründung seines Berufungsvorbringens im Wesentlichen auf die sehr umfangreichen medizinischen Behandlungen seit dem Unfall verwiesen und eine Vielzahl bereits aktenkundiger Arztberichte vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 08.05.2013 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 17.03.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.08.2011 zu verurteilen, ihm Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung, insbesondere Unfallrente, unter Anerkennung einer MdE von mindestens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers gemäß [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) den Nervenarzt Dr. Z. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Dieser hat beim Kläger auf Grund einer ambulanten Untersuchung im November 2014 u.a. Verhaltensauffälligkeiten mit Simulation einer Armlähmung links, mit pseudostuporösem Verhalten und dem Versuch der Simulation weitergehender, kognitiver Störungen, mit Verdacht auf eine funktionelle Harninkontinenz, um die eigene Pflegebedürftigkeit zu unterstreichen und mit der Angabe ex-tremer Schmerzen trotz fortgesetzter, langjähriger Opioidmedikation, den Verdacht auf eine passiv-aggressive, narzisstische Persönlichkeitsstörung, eine wiederholt vordiagnostizierte, in der Untersuchungssituation nicht klar herausarbeitbare, rezidivierende depressiver Störung und ein rezidivierendes Zervikalsyndrom diagnostiziert. Der Verlauf der Erkrankung bei planvollem Agieren des Klägers mit der Aktenlage eindeutig entnehmbarer Ausweitung vermeintlicher Beschwerden als Reaktion auf die anscheinend ungerechte Beendigung der Behandlung durch die Berufsgenossenschaft belege plausibel eine planvolle Simulation mit sukzessiver Ausweitung vermeintlicher Beschwerden. Ein wesentlicher Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfall und den nun bestehenden psychischen Gesundheitsstörungen des Klägers bestehe nicht.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

II.

Der Senat entscheidet über die Berufung nach Anhörung der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Soweit der Kläger mit seiner Berufung - abweichend von dem von der damaligen Prozessbevollmächtigten im Erörterungstermin am 28.09.2015 genehmigten Antrag, (nur noch) Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v.H. zu gewähren - entsprechend dem ursprünglichen Berufungsantrag (Schriftsatz vom 29.10.2013 - Bl. 11 LSG-Akte) wohl auch allgemein "Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung" geltend macht - dahingehend legt der Senat das Vorbringen des Klägers aus, den Berufungsantrag der Prozessbevollmächtigten "für ungültig zu erklären" - ist die Berufung bereits unzulässig. Denn soweit der Kläger die in seinem Beisein im Erörterungstermin vorgenommene Beschränkung des Berufungsantrags auf die Gewährung einer Verletztenrente nicht mehr gegen sich gelten lassen will, ist auf [§ 202 SGG](#) i.V.m. [§ 85 Abs. 1 Satz 1](#) Zivilprozessordnung (ZPO) zu verweisen. Danach sind die vom Bevollmächtigten vorgenommenen Prozesshandlungen für die Beteiligten in gleicher Art verpflichtend, als wenn sie vom Beteiligten selbst vorgenommen worden wären. Eine solche Zurechnungswirkung tritt selbst dann ein, wenn der Prozessbevollmächtigte mit seinem Verhalten gegen ausdrückliche Weisungen des von ihm Vertretenen verstößt (Weth in Musielak/Voit, ZPO, 12. Auflage 2015, § 85 Rdnr. 4), wofür hier allerdings keine Anhaltspunkte vorliegen. Der Kläger ist daher an die von der damaligen Bevollmächtigten vorgenommene teilweise Rücknahme der Berufung gebunden, mit der Folge, dass das Urteil des Sozialgericht insoweit in Rechtskraft erwachsen ist. Darüber hinaus hat die teilweise Rücknahme der Berufung gemäß [§ 156 Abs. 3 Satz 1 SGG](#) den Verlust des Rechtsmittels insoweit bewirkt. Soweit der Kläger daher seinen ursprünglichen Antrag erneut anbringt, ist die Berufung insoweit nicht (mehr) statthaft.

Im Übrigen ist die Berufung zulässig, jedoch unbegründet. Das Sozialgericht hat die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#)), gerichtet auf die Gewährung einer Verletztenrente, zu Recht abgewiesen, denn der Kläger ist in seiner Erwerbsfähigkeit nicht um wenigstens 20 v.H. gemindert.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vmhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nach [§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#) nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern. Versicherungsfälle sind nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) u.a. Arbeitsunfälle.

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 ([§ 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.

Dabei müssen nach ständiger Rechtsprechung im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit) und - hier von Bedeutung - 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 Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. 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](#)).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze rechtfertigen die beim Kläger auf Grund des am 31.07.2007 erlittenen und von der Beklagten mit Bescheid vom 17.03.2011 anerkannten Arbeitsunfalls verbliebenen Beeinträchtigungen keine MdE von wenigstens 20 v.H.

Der Kläger macht zunächst eine ganze Reihe von Beschwerden auf nervenärztlichem Gebiet geltend. Bezüglich dieser geklagten Beschwerden bzw. diskutierten Ursachen geht der Senat davon aus, dass diese mangels Voraussetzungen bzw. Symptomen schon nicht gegeben sind (dies gilt für eine diskutierte Anpassungsstörung und posttraumatische Belastungsstörung [PTBS]), die Symptome vollständig oder doch ganz überwiegend simuliert werden (dies gilt für die dissoziative Bewegungsstörung des linken Arms) bzw. die Gesundheitsstörungen, soweit sie trotz der massiven und umfassenden Aggravation bzw. Simulation einen "wahren Kern" enthalten, jedenfalls nicht mit Wahrscheinlichkeit ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 31.07.2007 zurückgeführt werden können.

Bei der Bewertung der vielfältigen behaupteten bzw. von den Behandlern und Sachverständigen diskutierten Beschwerden auf nervenärztlichem Gebiet ist zunächst zu berücksichtigen, dass zwischen dem angeschuldigten Arbeitsunfall und dem Auftreten einer entsprechenden Symptomatik eine erhebliche Zeit verstrichen ist. Noch drei Monate nach dem Unfall lag keine psychiatrische Erkrankung vor und bestand auch keine funktionelle Lähmung des linken Armes. So beschrieben die Ärzte in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L., Psychiatrische Abteilung, in welcher der Kläger auf Grund seiner Suiziddrohung am 26.10.2007 vorgestellt wurde, einen in Antrieb und Stimmungslage unauffälligen Patienten, der sich in Konzentration, Mnestik regelrecht, im formalen Denken geordnet, ohne Suizidalität und mit Zukunftsplänen zeigte. Eine psychiatrische Erkrankung wurde explizit ausgeschlossen. Zu diesem Zeitpunkt wurden lediglich eine Bewegungseinschränkung der HWS und eine im Vordergrund stehende Schmerzsymptomatik im Bereich der HWS mit Ausstrahlung in den linken Arm beschrieben. Das für die dann erfolgte extreme Beschwerdeausweitung entscheidende Momentum war, so Dr. M., ebenso Dr. Z., dann die Ankündigung der Ärzte in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik vom 26.10.2007 gegenüber dem Kläger, das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren bei angenommener Arbeitsfähigkeit abzuschließen. Ob dieser von ihm so empfundenen Kränkung drohte der Kläger damit, "vom Balkon zu springen", weshalb er noch am selben Tag in der Psychiatrischen Abteilung der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik vorgestellt wurde - mit dem Ergebnis des oben genannten Befundes. Der Umstand, dass der Kläger nach Hinweis von ärztlicher Seite, das berufsgenossenschaftliche Verfahren sei abgeschlossen, mit Suizid drohte und sich dann wenig später davon klar distanzieren konnte, macht deutlich, so Dr. M., dass es sich hierbei um ein planvolles Agieren bzw. Appellieren seitens des Klägers handelte. Erst in der Folge kam es dann zu einer massiven Eskalation im Beschwerdebild, in deren Rahmen erstmalig im November 2007 eine dissoziative Lähmung des linken Arms und später eine depressive Symptomatik beschrieben wurde. Darin zeigt sich, so überzeugend die beiden genannten Sachverständigen, der eigendynamische Verlauf der Beschwerdezunahme. Auch auf den späteren Versuch in der orthopädischen Universitätsklinik H. im Februar 2008, die funktionelle Armparese durch forcierte Übungen zu überwinden, reagierte der Kläger dann neuerlich suizidal, verletzte sich mit einer Scherbe geringfügig - eine chirurgische Intervention war nicht notwendig - und er wurde neuerlich in stationäre psychiatrische Behandlung in die Psychiatrische Universitätsklinik H. verlegt, wo er ausweislich des dortigen Arztberichtes äußerte, dass es ihm um Gerechtigkeit gehe. Auch dieser anschließende Verlauf bestätigt, so Dr. M. und Dr. Z., dass es sich insgesamt um ein planvolles Agieren des Klägers mit sukzessiver, der Aktenlage eindeutig entnehmbarer Ausweitung vermeintlicher Beschwerden handelt, wobei diese Beschwerdeausweitung zwar reaktiv, aber nicht etwa auf den Unfall, sondern auf die vermeintlich ungerechte Beendigung der Behandlung durch die Berufsgenossenschaft hin erfolgte.

Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass die mit dem Kläger befassten Gutachter über ein ausgeprägt aggravatorisches bis deutlich simulatorisches Verhalten des Klägers berichtet haben. So stellte bereits Dr. M. in seinem Gutachten für die Deutsche Rentenversicherung mit Untersuchung im Januar 2009 bei dem Kläger anhand zweier sehr gut validierter Tests eine eindeutige Simulation kognitiver Störungen bei insgesamt sehr demonstrativem Verhalten fest. Insbesondere bezweifelte er, wie in der Folgezeit die weiteren Sachverständigen, dass der Kläger den linken Arm durchgängig, wie von diesem behauptet, seit Ende 2007 in auch nur annähernd ähnlicher Form wie in der Untersuchung präsentiert, schlaff hielt. Denn es zeigte sich eine normale Muskulatur und keine auffällige Oberarmumfangminderung. Auch Dr. E. stellte eine - trotz der seit zum damaligen Zeitpunkte seit nahezu zwei Jahren bestehenden Lähmung des linken Oberarms - regelrechte Muskulatur fest. Insbesondere ließen sich trotz der behaupteten langen Bewegungseinschränkung keinerlei Atrophien der Muskulatur, insbesondere der Kleinhandmuskeln finden, die zwingend zu erwarten wären. Parallel hierzu berichtete Dr. E. über hochgradig auffällige Testergebnisse, weshalb, so der Gutachter nachvollziehbar, auch bewusstseinsnahe Momente mit in die Diskussion einbezogen werden sollten. Dr. M. hat im Rahmen seiner Untersuchung eine Vielzahl an Hinweisen auf Aggravation bzw. sogar Simulation festgestellt. So ist zunächst eine inkonsistente Berührungs- und Klopfdolenz der linken Schulterpartie aufgefallen: Es hat sich bei Ablenkung ein auffällig inkonsistenter Befund gezeigt. Im Rahmen der durchgeführten Beschwerdevalidierungstests haben sich Ergebnisse eingestellt, die nur durch eine bewusste Fehlantwort und somit durch simulative Tendenzen des Klägers erklärbar sind. Damit hat sich wie bereits in den Vorgutachten eine Simulation des Klägers objektivieren lassen, so der Sachverständige. Im Rahmen der durchgeführten Beschwerdevalidierungstests sind ebenfalls klare Hinweise auf eine negative Antwortverzerrung im Hinblick auf die angegebene Symptomatik festgestellt worden. In den Schmerzfragebögen haben sich bemerkenswert extrem ausgeprägte Einschränkungen in der Selbsteinschätzung gezeigt; in einem Schmerzsimulationsbogen hat sich die Neigung des Klägers zu einer auch diesbezüglich negativen Antwortverzerrung bestätigt. In der klinischen Untersuchung hat der Kläger den linken Arm als paralytisch und damit völlig bewegungslos demonstriert, wobei auch Dr. M., wie bereits schon bei Dr. E. und Dr. M., eine deutliche Diskrepanz zwischen der Paralyse und der fehlenden Muskelatrophie als deren üblicherweise vorliegendes organisches Korrelat festgestellt hat. Die vom Kläger demonstrierte Hypästhesie des gesamten linken Armes und der Schultern und die Pallästhesie an der linken Hand entspricht keinem neurologischen Korrelat und widerspricht im Übrigen auch den bisherigen elektrophysiologischen Untersuchungen, so Dr. M. ... Auch das Danebengreifen der

rechten Hand im Finger-Nase-Versuch sowie das diffuse Schwanken im Rombergschen Versuch hat mangels neurologischem Korrelat ausschließlich verdeutlichenden Charakter. Insgesamt haben damit auch im Zuge der Begutachtung durch Dr. M. die Testpsychologie wie auch die körperlich neurologische Untersuchung wenigstens eine ausgeprägte bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenz beim Kläger belegt. Wenngleich Dr. M. vor dem Hintergrund der jährlichen mehrwöchigen stationär-psychiatrischen Krankenhausaufenthalte eine überwiegende Simulation der Beschwerden ausgeschlossen hat, liegt als Ergebnis auch seiner Begutachtung eine zweifelsfrei belegte, bedeutende aggravorische Tendenz des Klägers vor. Diese Beurteilung hat letztendlich auch der auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG tätig gewordene Sachverständige Dr. Z. wenigstens bestätigt. Dr. Z. ist dabei weitergehend von einer reinen Simulation der Armlähmung links, eines pseudostuporösen Verhaltens und dem Versuch der Simulation weitergehender kognitiver Störungen auf den Boden einer passiv-aggressiven, narzisstischen Persönlichkeitsstörung ausgegangen. Diese Beurteilung hat er auf den Verlauf der Beschwerdeausweitung, welche plausibel und nachvollziehbar, so der Sachverständige eine planvolle Simulation und sukzessive Ausweitung vermeintlicher Beschwerden belegt sowie auf den klinischen Untersuchungsbefund gestützt. Zwar hat sich der Kläger bei ihm in der Untersuchung nun als affektstarr und unbeteiligt - als Ausdruck von Unvermögen - demonstriert. Dabei hat der Kläger indes lediglich unbeteiligt gewirkt, tatsächlich aber, wie der intermittierende Tremor verraten hat, hoch angespannt an der Untersuchung teilgenommen und recht genau mitbekommen, was zwischen dem Sachverständigen und seiner Ehefrau im Rahmen der Untersuchung besprochen worden ist. Andererseits hat der Kläger auf simpelste Fragen falsche Antworten gegeben oder vorgegeben, sich nicht erinnern zu können; dies steht aber - so Dr. Z. auf S. 18 und 27 seines Gutachtens - in deutlichem Widerspruch zu seiner sehr differenzierten Wahrnehmung der Frage von Bewusstlosigkeit zum Unfallzeitpunkt.

Vor diesem Hintergrund kann der Senat sich bereits nicht davon überzeugen, dass beim Kläger eine dissoziative Bewegungsstörung am linken Arm vorliegt. Angesichts der nachgewiesenen umfangreichen Aggravation und Simulation von Beschwerden, des planvollen Agierens des Klägers und insbesondere auch des Fehlens jedweden neurologischen oder organischen Korrelats (letzteres wäre zumindest in Gestalt einer Muskelatrophie zwingend zu erwarten) geht der Senat vielmehr, Dr. Z. folgend, nicht von einer bloßen Aggravation der diesbezüglich behaupteten Beschwerden, sondern von einer Simulation einer Armparese links aus. Aber auch wenn - mit Dr. M. - die Diagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung angenommen würde, wäre diese - so Dr. M. - auf die Ankündigung des Behandlungsendes durch die Ärzte der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik am 26.10.2007 und nicht auf den Arbeitsunfall zurückzuführen.

Soweit Dr. M. bei dem Kläger eine depressive Störung in mittelgradiger Ausprägung diagnostiziert hat, vermag der Senat dieser Beurteilung nicht uneingeschränkt zu folgen. Vielmehr hat Dr. Z. - angesichts des von ihm erhobenen klinischen Befundes überzeugend - im Hinblick auf den Schweregrad ausgeführt, die Einschätzung als depressive Störung beachtlichen Ausmaßes sei im Wesentlichen in der auch die Fachleute beeindruckenden Affektstarrheit und der Unvermögen demonstrierenden Unbeteiligung begründet. Hierbei handelt es sich indes lediglich, wie bereits ausgeführt, um eine Fassade. So hat der Kläger tatsächlich hoch angespannt an der Untersuchung teilgenommen und durchaus der Unterhaltung zwischen dem Sachverständigen und seiner Ehefrau folgen können. Andererseits lassen sich den therapeutischen Ansätzen der Behandler durchaus Indizien bezüglich der Schwere der Depression entnehmen, worauf Dr. Z. zutreffend verweist. So wurde der Kläger z.B. in der Universitätsklinik H. nur noch teilstationär aufgenommen, weil eine vollstationäre Behandlung angesichts des kontratherapeutischen Verhaltens des Klägers nicht zielführend sei. Jedenfalls bei der wiederholt diagnostizierten schweren depressiven Episode würden indes Behandler, so Dr. Z., den Kläger niemals nur teilstationär behandeln. Letztlich kann die Klärung des konkreten Ausmaßes dahingestellt bleiben. Denn die depressive Erkrankung - gleich welcher Ausprägung - kann nach schlüssiger und nachvollziehbarer Einschätzung sämtlicher mit dem Kläger befassten Sachverständigen nicht ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückgeführt werden. Vielmehr beruht diese auf der vom Kläger als Kränkung empfundene Beendigung der berufsgenossenschaftlichen Behandlung und den anschließenden, bereits dargelegten Weiterungen. Es handelt sich um eine Reaktion im Sinne eines - in Teilen auch rein simulatorischen - Agierens bzw. Appellierens auf die als Kränkung empfundene Beendigung der berufsgenossenschaftlichen Behandlung. Ursache der depressiven Störung ist damit nicht der Arbeitsunfall vom 31.07.2007 sondern die am 26.10.2007 erfolgte diesbezügliche Ankündigung.

Eine posttraumatische Belastungsstörung, die, soweit ersichtlich, von Behandlerseite zu keiner Zeit diskutiert wurde, liegt nicht vor, so übereinstimmend sämtliche Sachverständigen. Es sind zum einen die Traumakriterien schon nicht erfüllt und fehlt es zum anderen an weiteren typischen Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung; insbesondere traten beim Kläger zu keiner Zeit Intrusionen auf oder wurde nie ein typisches Vermeidungsverhalten manifest, so übereinstimmend Dr. M. und Dr. Z. ... Mangels psychischen Verhaltensauffälligkeiten im zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis liegt auch keine Anpassungsstörung vor (Dr. M.).

Unstreitig lag beim Kläger als Unfallfolge zunächst eine HWS-Distorsion vor. Eine dementsprechende Diagnose stellte bereits Dr. M.-A. am Unfalltag, wobei er eine endgradig schmerzhaft eingeschränkte HWS-Beweglichkeit befandete und grob neurologisch keinen auffälligen Befund feststellte. Die am selben Tag durchgeführte Röntgenuntersuchung der HWS in drei Ebenen und des Schädels in zwei Ebenen ergab keinen Anhalt für frische knöcherne Verletzungen. Im Rahmen einer kernspintomographischen Untersuchung im September 2007 konnte der Radiologe Dr. Eckert keine traumaassoziierten Veränderungen im Bereich der Knochen- und Weichteilstrukturen der HWS feststellen. Es zeigten sich dagegen bisegmental dorsale Bandscheibenvorwölbungen mit Einengung des ventralen Epiduralraumes und reaktiver Spondylose mit konsekutiv relativer Einengung der Neuroforamina C 6/C 7. Während weder die Röntgenuntersuchungen vom Unfalltag noch die im Rahmen der Begutachtung durch Dr. S. im Oktober 2010 gefertigten Röntgenaufnahmen traumatische Veränderungen erkennen ließen, zeigten sich bereits bei den Röntgenuntersuchungen vom Unfalltag wie auch im späteren Verlauf erhebliche degenerative, nicht unfallbedingte (so Dr. S.) Veränderungen der unteren HWS. Eine strukturelle Verletzung des Klägers im Bereich der HWS scheidet im Übrigen auch deshalb aus, weil eine solche schon an der Unfallstelle sehr rasch zu einer lokalen Symptomentwicklung geführt hätte, so zutreffend Dr. M. ... Beim Kläger lagen indes lediglich leichtgradige unspezifische Symptome wie Kopfschmerzen, Brechreiz und eine leichte endgradige Bewegungseinschränkung vor. Solche funktionellen, also ohne eine Strukturschädigung einhergehenden Verletzungen im Sinne einer Distorsion - in der Regel Zerrung der Hals- und Nackenmuskulatur - folgen den physiologischen Gesetzmäßigkeiten der Heilung und klingen in der Regel mit ihrer Symptomatik rasch und folgenlos ab (Dr. M.). Von diesem regelhaften Heilungsprozess weicht aber der Beschwerdeverlauf beim Kläger ganz erheblich ab: Die Beschwerden im Hals-Wirbelsäulen-Bereich nahmen bei ihm nicht ab, sondern steigerten sich ganz im Gegenteil massiv; insbesondere nach drei Monaten kam es, wie der Kläger selbst vorträgt, zu einer ganz erheblichen Verschlechterung. Das entscheidende Datum stellt auch hier der 26.10.2007 dar: Der Kläger demonstrierte zu diesem Zeitpunkt eine zwar eingeschränkte, aber noch vorhandene Wirbelsäulenbeweglichkeit; so betrug die Beugung/Streckung noch 50-0-10-Grad, während sie aktuell bei 15-0-0-Grad liegt (Dr. M.). War damals noch mit 20-0-20-Grad eine Rechts-/Links-drehung möglich, war die HWS später nahezu unbeweglich (5-0-5-Grad). Damit zeigt sich auch im Hinblick auf die HWS-Distorsion der eigendynamische Verlauf der Beschwerdezunahme und -ausweitung bei auch insoweit erheblicher aggravorischer bzw. simulatorischer Überlagerung. Unter Berücksichtigung des

ungewöhnlichen Beschwerdeverlaufes mit einer Eskalation im Beschwerdebild nach dem 26.10.2007 und dem sich hierin zeigenden eigendynamischen Beschwerdeverlauf, einer fehlenden traumatischen strukturellen Schädigung und einer sicher festgestellten konkurrierenden Ursache in Gestalt der degenerativen Bandscheibenveränderungen C 6/C 7 vermag sich der Senat schon nicht davon zu überzeugen, dass die über den Oktober 2007 hinaus bestehenden Beschwerden im Bereich der HWS mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall vom 31.07.2007 zurückgeführt werden können. Darüber hinaus schließt die ausgeprägte Aggravation bzw. Simulation von Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen beim Kläger auch im Bereich der HWS, so zutreffend Dr. M. , es aus, das tatsächliche Ausmaß an Funktionseinbuße im Bereich der HWS mit der notwendigen Sicherheit zu bestimmen. Dies geht wiederum zu Lasten des Klägers.

Auch eine Somatisierungsstörung ist nicht Folge des Unfalls. So hat Dr. Z. die Diagnose einer Somatisierungsstörung abgelehnt, weil eine solche einen bewusstseinsferneren intrapsychischen Konflikt voraussetzt, der indes bei der beim Kläger gegebenen bewusstseinsnahen Simulation nicht vorliegt. Selbst wenn man aber Dr. M. folgend eine Somatisierungsstörung bejaht, schließt die vorstehend dargelegte eigendynamische Entwicklung der Beschwerden auf nervenärztlichem Fachgebiet im Gefolge der Beendigung der berufsgenossenschaftlichen Behandlung am 26.10.2007 eine Ursächlichkeit des Arbeitsunfalles am 31.07.2007 für die Beschwerdesymptomatik nach diesem Zeitpunkt aus. Soweit bereits in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall Beschwerden im Bereich der HWS mit Ausstrahlung in den linken Arm beschrieben wurden, sind diese nach übereinstimmendem Urteil von Dr. M. wie auch Dr. Z. wesentlich auf die unfallunabhängig vorbestehenden degenerativen Wirbelsäulenveränderungen zurückzuführen. Im Übrigen kann auch in Bezug auf eine Somatisierungsstörung das Ausmaß der hierdurch bedingten Funktionsbeeinträchtigungen als Voraussetzung für eine Beurteilung der hierdurch verursachten MdE nicht mit der notwendigen Sicherheit festgestellt werden. Denn auch soweit Dr. M. eine somatoforme Schmerzstörung bejaht, betont auch er, dass diese jedenfalls in ihrer Beschwerdeausprägung bewusstseinsnah aggravierend dargestellt wird. Dies belegen insbesondere die inkonsistente Berührungs- und Klopfdolenz im Schulter-Hals-Bereich sowie die anhand der Beschwerdevalidierungstests belegte Schmerzsimulation. Angesichts der sich durch sämtliche Gutachten ziehenden Feststellungen von ausgeprägter Aggravation (bzw. Simulation) gerade auch hinsichtlich von Beschwerden kann ein konkretes Ausmaß der infolge der Schmerzstörung verursachten Funktionseinbuße nicht nachgewiesen werden. Dies wirkt sich zu Lasten des Klägers aus.

Nicht zu folgen vermag der Senat den Einschätzungen des Dr. B ... Dieser urteilte - in krassem Widerspruch zu den Einschätzungen aller anderen Sachverständigen -, für eine bewusste Aggravation oder gar Simulation hätten sich keine Anhaltspunkte gefunden. Es ist indes nicht ersichtlich, inwiefern Dr. B. sich bemüht hat, die Beschwerdeangaben des Klägers zu verifizieren. Seinem Gutachten lässt sich diesbezüglich nichts entnehmen. So setzt sich Dr. B. noch nicht einmal mit dem Umstand auseinander, dass - wie von den übrigen Sachverständigen übereinstimmend festgestellt - die Bemuskulung im Bereich der Armparese keinerlei Atrophie aufweist.

Nachdem somit sämtliche Gesundheitsstörungen (zumindest in ihrem konkreten Ausmaß) nicht erwiesen sind oder aber ursächlich nicht auf den Arbeitsunfall zurückgeführt werden können, fehlt es an einer durch den Arbeitsunfall vermittelten MdE. Die Berufung des Klägers kann nach alledem insgesamt keinen Erfolg haben.

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

Für die Zulassung der Revision besteht keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-10-30