L 6 U 2439/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 7 U 3684/11
Datum
27.04.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 2439/16
Datum
23.03.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 27. April 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt unter Berufung auf zwei anerkannte Arbeitsunfälle aus den Jahren 2001 und 2008 von der beklagten BG (im Folgenden: Beklagte) eine Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung.

Der Kläger ist 1971 in P. geboren. Er besuchte dort sechs Jahre lang eine Gesamtschule, die er im Jahre 1985 bzw. mit 12 Jahren - die Angaben schwanken - verließ. Danach arbeitete er als Hilfskraft für seinen Vater, der als selbstständiger Maurer tätig war. Eine Berufsausbildung absolvierte er nicht. Im Jahre 1989 wanderte er nach Deutschland ein. In der Folge arbeitete er bei verschiedenen Bauunternehmen. 1992 heiratete er eine andere Einwanderin aus P ... Er ist Vater zweier - 1992 und 1995 geborener - Kinder.

Am 28. November 2001 erlitt der Kläger auf dem Heimweg von einer bei der Beklagten versicherten Beschäftigung als Maurer einen Verkehrsunfall. Er fuhr auf ein anderes Auto auf. Bei der Erstuntersuchung zwei Tage nach dem Unfall diagnostizierte der Arzt i.P. Sch., Krankenhaus B., eine starke Oberschenkelprellung links. Erst später wurde festgestellt, dass auch eine Kniegelenksprellung vorlag. Auf Grund des Verdachts eines Faserrisses in einem Oberschenkelmuskel wurde im April 2002 eine arthroskopische Operation an den Faszien durchgeführt. Nachdem der Kläger weiterhin über Beschwerden klagte und eine Belastungserprobung gescheitert war, wurde am 17. Februar 2003 eine weitere Operation durchgeführt. Die Beklagte erhob das unfallchirurgische Gutachten von Dr. D. vom 23. April 2003, der vom alsbaldigen Eintritt vollschichtiger Arbeitsfähigkeit als Maurer ausging und für drei Monate danach noch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 20 v.H. voraussah. Sodann absolvierte der Kläger eine stationäre Rehabilitation in der Klinik B. S ... In dem Entlassungsbericht vom 16. Juli 2003 wurde ausgeführt, die Ursache der vom Kläger weiterhin glaubhaft angegebenen starken Schmerzen bleibe ungeklärt. In dem Ersten Rentengutachten vom 27. November 2003 führte Prof. Dr. H. aus, es bestehe noch eine Faszienlücke mit Ausbildung einer Muskelhernie bei Belastung. Die MdE betrage nunmehr und weiterhin weniger als 10 v.H. Mit Bescheid vom 15. Januar 2004, bestätigt durch Widerspruchsbescheid vom 2. April 2004, lehnte die Beklagte die Gewährung einer Verletztenrente auf Grund des Arbeitsunfalls vom 28. November 2011 ab. In dem anschließenden Klageverfahren (S 6 U 1254/04) beim Sozialgericht Heilbronn (SG) wurde auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers das Gutachten vom 16. September 2004 bei Prof. Dr. B. und Dr. B., Sportklinik St. (B. C.), erhoben, das die diagnostischen Feststellungen der Beklagten bestätigte und ebenfalls eine MdE unter 10 v.H. vorschlug. Der Kläger lehnte den Wahlgutachter Prof. Dr. B. wegen Besorgnis der Befangenheit ab, dieses Gesuch lehnte das SG mit Beschluss vom 27. Januar 2005 ab. Mit Urteil vom 15. September 2005 wies das SG die Klage auf Verurteilung zur Gewährung einer Rente ab. Der Kläger erhob Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG), die mit Urteil vom 23. November 2006 (L 10 U 4318/05) zurückgewiesen wurde.

Während jenes Gerichtsverfahrens hatte der Kläger zu Lasten der Beklagten eine Umschulung zum Busfahrer absolviert. Er war dann in der Folge im Linienbusverkehr tätig, wobei er bei der damaligen Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen gesetzlich unfallversichert war.

Am 5. Mai 2008 erlitt er mit dem Motorrad auf dem Weg zur Arbeit einen Verkehrsunfall. Ein Lkw nahm ihm die Vorfahrt. Der Kläger stürzte und fiel auf das linke Knie.

Bei der Erstuntersuchung am Unfalltag stellte Dr. F., Krankenhaus B., Verletzungszeichen, darunter eine geringe Prellmarke, über dem lateralen Tibiakopf und Schmerzen an der beugeseitigen Oberschenkelmuskulatur fest und diagnostizierte eine Muskelverletzung am Oberschenkel. In der Folgezeit klagte der Kläger über fortbestehende und therapieresistente Schmerzen im Oberschenkel. Am 18. Juni 2008 erfolgte eine operative Versorgung der alten Faszienaht auf Grund eines "Rezidivs" der Faszienlücke am linken dorsalen Oberschenkel.

Die Heilbehandlung auf Grund dieses Unfalls und die Verletztengeldzahlungen wurden zu Lasten der BG durchgeführt. Ab September 2008 war der Kläger wieder in seinem alten Unternehmen als Busfahrer berufstätig.

Nachdem der Kläger ab dem 12. Februar 2009 wegen rezidivierender Schmerzen erneut arbeitsunfähig war, äußerte Prof. Dr. W., BG-Klinik T., in seinem Zwischenbericht vom 12. März 2009 den Verdacht auf einen depressiven Verstimmungszustand, nachdem sich für die geklagten Schmerzen und das deutlich versteifte Gangbild keine organischen Ursachen hätten finden lassen. Die BG Verkehr stellte den Kläger daraufhin bei Prof. Dr. St. vor. Dieser teilte in seinem Befundbericht vom 16. März 2009 mit, die Muskelverletzung sei ausgeheilt, neurologische Unfallfolgen bestünden nicht, auf psychiatrischem Gebiet ergäben sich keine Hinweise für eine Erkrankung wie z.B. eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die geklagten Schmerzen seien - nur - teilweise nachvollziehbar, es bestehe Arbeitsfähigkeit. Prof. Dr. St. hatte auch eine ergänzende psychologische Testung bei Dipl.-Psych. Sch. veranlasst. Diese gab in ihrem Befundbericht vom 17. März 2009 an, es hätten sich deutliche Einschränkungen der Merkfähigkeit und auch der Leistungsfähigkeit, vor allem der Reaktionsgeschwindigkeit, gezeigt, die Zweifel an der Fahreignung des Klägers begründeten. Objektive Verfahren zur Kontrolle der Anstrengungsbereitschaft wiesen auf eine ausreichende Leistungsmotivation hin.

Der Kläger blieb in der Folgezeit arbeitsunfähig erkrankt und klagte weiterhin über Schmerzen im Oberschenkel.

Nachdem Prof. Dr. W. nach einer erneuten Untersuchung des Klägers ausgeführt hatte, die persistierenden Beschwerden des Klägers beruhten nicht auf dem Unfall vom 5. Mai 2008, sondern auf jenem vom 28. November 2001 (Schreiben vom 17. Juni 2009), und nachdem der Kläger mit Anwaltsschriftsatz vom 23. September 2009 bei der Beklagten förmlich die Gewährung einer Verletztenrente deswegen beantragt hatte, gab die BG Verkehr das Verfahren Ende November 2009 an die Beklagte ab.

Nach einer stufenweisen Wiedereingliederung war der Kläger ab 1. Februar 2010 wieder vollschichtig als Linienbusfahrer berufstätig. Bis Ende Januar 2010 gewährte die Beklagte im Anschluss an die Zahlungen der BG Verletztengeld.

Der Kläger ließ am 18. Februar 2010 über seinen Anwalt mitteilen, sein Arbeitgeber könne ihn wegen der massiven Schmerzen im linken Bein nicht vollschichtig einsetzen, daher sei eine erneute Wiedereingliederung angezeigt. Die Beklagte verwies auf die ärztlicherseits bestätigte Arbeitsfähigkeit als Busfahrer, ggfs. mit einem Automatikgetriebe.

Im Auftrag der Beklagten erstatte Prof. Dr. A., Kliniken L., das unfallchirurgische Zusammenhangsgutachten vom 8. April 2010. Er führte aus, es bestehe als Folge des Unfalls aus dem Jahre 2001 noch eine "Rezidiv"-Hernie nach Faszienruptur am linken distalen Oberschenkel beugeseitig mit anhaltenden brennenden Schmerzen, einer Schwellneigung im Unterschenkel, Steifigkeit im linken Kniegelenk und Anlaufsteifigkeit. Folgen des Unfalls 2008 bestünden nicht, insbesondere sei das Kniegelenk frei beweglich. Die MdE nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit am 1.Februar 2010 liege unter 10 v.H.

Nachdem der Kläger auch auf psychische Folgen der Unfälle hatte hinweisen lassen, erhob die Beklagte auch das psychosomatische Gutachten vom 30. Juni 2010 von Dr. K., Krankenhaus B ... Dieser teilte mit, der Kläger habe ihm gegenüber angegeben, nach dem zweiten Unfall 2008 sei für ihn eine Welt zusammengebrochen, er träume häufig von dem Unfall und entwickle Panikattacken, sei angespannt und könne schlecht schlafen. Nach der Arbeit sei er erschöpft, seine Lebensfreude sei zurückgegangen. Dr. K. führte zwei psychometrische Testverfahren durch (SCL-90-R zur Feststellung psychischer Symptome, d2 zur Feststellung von Einschränkungen bei Arbeitstempo, Genauigkeit und Konzentration). Hieraus und auf Grund seiner Beobachtungen bei der psychischen Befunderhebung schloss er, bei dem Kläger handle es sich um ein lokales Schmerzsyndrom im linken Oberschenkel nach zweimaligem Unfalltrauma, um eine PTBS (F43.1 ICD-10 GM) und um eine depressive Episode (F32.1 ICD-10 GM, also mittelgradig). Alle Erkrankungen seien unfallbedingt, wobei die beiden psychiatrischen Diagnosen auf den zweiten Unfall zurückzuführen seien. Die nach dem ersten Unfall angenommene MdE von zuletzt unter 10 v.H. habe zugetroffen. Nunmehr liege allein auf psychiatrischem Gebiet eine MdE von 40 v.H. vor, die zusammen mit den somatischen Beeinträchtigungen auf Grund der Oberschenkelverletzung zu einer Gesamt-MdE von 50 v.H. führe.

Der Kläger schloss sich dem Vorschlag Dr. K.s an und setzte Frist zur Gewährung einer Rente bis 11. August 2010. Der Beklagte holte die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. M. vom 22. Juli 2010 ein, der ausführte, der Unfall sei nicht geeignet gewesen, eine PTBS auszulösen, nach Aktenlage liege auf psychiatrischem Gebiet keine MdE vor, es müsse ein psychiatrisches Gutachten eingeholt werden.

Im Auftrag der Beklagten und mit Zustimmung des Klägers erstattete Prof. Dr. H. unter dem 22. Dezember 2010 dieses Gutachten. Sie führte aus, es zeigten sich zwar psychische Einschränkungen, prinzipiell sei der Kläger jedoch zu sozialen Kontakten in der Lage, seine Berufstätigkeit als Busfahrer könne er zumeist 4 Stunden am Tag und gelegentlich auch vollschichtig ausüben. Er könne täglich an der Unfallstelle vorbeifahren, ohne dass Reaktionen einträten. Eine höhergradige depressive Episode oder eine PTBS seien nicht festzustellen, vielmehr seien die Auffälligkeiten als Zeichen einer Anpassungsstörung (F43.2 ICD-10 GM) zu interpretieren. Die beschriebene Schmerzsymptomatik im linken Bein sei prinzipiell nachvollziehbar, aber in ihrem Ausmaß und ihren behaupteten Auswirkungen mit den nachweisbaren somatischen Veränderungen nicht zu erklären, es sei eine somatoforme Komponente zu diskutieren, aber auch keine eigenständige somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren. Angesichts der nun mäßiggradig ausgeprägten psychischen Störungen, die auf den zweiten Unfall im Jahre 2008 zurückzuführen seien, betrage die MdE aktuell 20 v.H.

Beratungsarzt Dr. M. stimmte diesem Gutachten prinzipiell zu und verwies darauf, dass die Diagnose nach F43.2 ICD-10 GM zeitlich beschränkt sei, sodass die MdE von 20 v.H. nur für 18 Monate ab Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nach Wiedererkrankung bestehe.

Die Beklagte gewährte dem Kläger daraufhin mit Bescheid vom 8. Februar 2011 "wegen der Folgen des Unfalls vom 28. November 2001" für die Zeit vom 1. Februar 2010 bis 31. Juli 2011 eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. als vorläufige Entschädigung in Form einer Gesamtvergütung über EUR 6.931,62. Als Folgen jenes Arbeitsunfalls lägen ein Schmerzsyndrom am linken Oberschenkel und eine

Anpassungsstörung mit emotionaler Symptomatik nach Muskelfaserriss und Muskelfaszienruptur mit nachfolgender Hernie sowie eine folgenlos ausgeheilte Knieprellung links vor. Der Kläger erhob gegen den Bescheid vom 8. Februar 2011 Widerspruch und begehrte die Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE um - genau - 40 v.H.

In der Folgezeit fanden mehrere Gespräche zwischen dem Kläger, seinem Arbeitgeber und der Beklagten statt. Der Arbeitgeber teilte mit, angesichts des eingeschränkten Leistungsvermögens - der Betriebsarzt hatte arbeitstägliche Höchstarbeitszeiten zunächst von sechs und später von nur noch vier Stunden empfohlen - und der massiven Fehlzeiten des Klägers sei das Arbeitsverhältnis gefährdet. Der Kläger absolvierte daraufhin zu Lasten der Beklagten ab dem 14. Juni 2011 eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der A.-Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Dr. R. in H ... Die Klinik teilte am 29. Juni 2011 und am 18. Juli 2011 jeweils mit, es habe bislang keine wesentliche Verbesserung erreicht werden können, und bat um eine Verlängerung der Rehabilitation.

Von Amts wegen erließ die Beklagte daraufhin den "Bescheid über Rente auf unbestimmte Zeit" vom 26. Juli 2011. Darin änderte sie den Bescheid vom 8. Februar 2011 "gemäß § 44 SGB X" (Zehntes Buch Sozialgesetzbuch) ab und bewilligte "wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 28. November 2001" ab dem 1. Februar 2010 "bis auf Weiteres" eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. mit einer laufenden Höhe von EUR 388,90 monatlich. Statt einer Rechtsbehelfsbelehrung enthielt der Bescheid den Hinweis, er werde Gegenstand des laufenden Widerspruchsverfahrens.

Der Kläger wurde am 26. Juli 2011 aus der Rehabilitation entlassen. In dem Abschlussbericht vom 29. Juli 2011 teilte die Klinik Dr. R. mit, es bestehe - unfallabhängig - eine reaktive und somatisierte Depression mit Schmerzsymptomatik nach Muskelfaszienruptur 2001 und 2008 mit V.a. (Verdacht auf) psychosomatische Fehlverarbeitung. Der Kläger klage über erhebliche Schmerzen und eine Kraftminderung im linken Bein vor allem beim Treppensteigen und beim Gehen auf steilen Wegen. Im mittleren Drittel des linken Oberschenkels zeige sich ein diskreter Muskelschwund. Die Unfälle, insbesondere das Wiederholungstrauma 2008, müssten für den Kläger erhebliche Schockerlebnisse gewesen sein, anders könnten persistierenden psychischen Beschwerden nicht erklärt werden. Der Gesundheitszustand habe sich in der Rehabilitation verbessert, insbesondere seien die Reizbarkeit und die Nervosität des Klägers zurückgegengangen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 23. September 2011 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers "gegen den Bescheid vom 8. Februar 2011 und den diesen abändernden Bescheid vom 26. Juli 2011" zurück und erstattete ein Drittel der Kosten des Vorverfahrens. Es bestehe zwar Anspruch auf eine Dauerrente, jedoch betrage die unfallbedingte MdE wie zuerkannt 20 v.H.

Am 12. Oktober 2011 hat der Kläger Klage beim SG erhoben. In seiner Klagschrift hat er - zunächst - beantragt, die MdE über 20 v.H. hinaus zu erhöhen. Er hat sich vor allem auf das Gutachten von Dr. K. berufen.

Nachdem die Beklagte der Klage entgegengetreten war, hat das SG von Amts wegen Prof. Dr. Sch., Zentrum für Psychiatrie N., mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt.

Der Sachverständige hat in seinem Gutachten vom 31. August 2012 ausgeführt, der Kläger habe angegeben, nach der Rehabilitation in H. sei er im Urlaub in P. gewesen, die Zeit dort habe er genossen. Er sei mit Vorfreude auf die Arbeit zurückgekehrt. Dann habe es jedoch eine Auseinandersetzung mit dem Arbeitgeber gegeben, der keine Arbeit mehr für ihn gehabt habe. Er habe dann - statt zuvor 40 % - zu 50 % gearbeitet, jedoch habe der Arbeitgeber im Oktober 2011 gekündigt. Seitdem sei er arbeitslos. Er stehe gegen 9.00 Uhr auf, frühstücke allein, verbringe den Vormittag im Garten, wobei er Gras schneide, sich um Pflanzen und die Koi-Karpfen im Teich kümmere, den er auch säubere, mittags esse er mit den Kindern, nachmittags gehe er mit der berufstätigen Ehefrau einkaufen, abends sehe er fern. Er lese regelmäßig eine deutsche Tages- und eine portugiesische Wochenzeitung. Wegen der Beeinträchtigungen im linken Bein habe er Schwierigkeiten beim Fahrradfahren und längeren Gehen oder Stehen. Das Autofahren mit einem Automatikwagen sei kein Problem. Gelegentlich spiele er Federball. Probleme mit dem Sexualleben auf Grund der psychischen Einbußen gebe es nicht. Er leide an Durchschlafstörungen. Er trinke täglich zum Essen ein Glas Wein oder Bier, rauche nicht. Er nehme Insidon als Tropfen und verschiedene Schmerzmittel, zuletzt Diclofenac, bei Bedarf.

Zum psychischen Befund hat Prof. Dr. Sch. ausgeführt, alle relevanten Symptome seien zu verneinen, lediglich die Stimmung sei etwas gedrückt und die Schwingungsfähigkeit sei leicht - auf den Unfall 2008 - eingeengt. Die psychometrischen Testverfahren (Fremdbeurteilungen, hier FPI-R, BDI und HAMD) hätten keine bzw. eine leichtgradige depressive Symptomatik ergeben. In den Selbstbeurteilungsverfahren (wegen der Schmerzen, SEB und Funktionsfragebogen Hannover) habe der Kläger stärkere Beeinträchtigungen angegeben. Die beiden eingesetzten Validierungsverfahren hätten auf Verdeutlichungstendenzen bei affektiven, neurologischen und amnestischen Symptomen hingewiesen (SFSS, 27 von 75 Wertungspunkten bei einem cut-off von 16) bzw. hätten hinsichtlich der Anstrengungsbereitschaft massiv auffällige Werte ergeben (WMT: 57,5 bis 60,0 %). Prof. Dr. Sch. hat weiter darauf hingewiesen, dass der Kläger zwar erhebliche Schmerzen an der linken Kniekehle angebe, jedoch keinerlei Schmerzverhalten (wie Ausweichbewegungen, Vorsicht, Reiben, Entlasten, Mimik/Ges¬tik) festzustellen sei. Die Ergebnisse des WMT würden dadurch bestätigt, dass bei dem Kläger während der mehrstündigen Exploration keinerlei Anzeichen für Ermüdung oder Konzen¬trationsschwächen hätten gefunden werden können. Es lägen demnach zwar auch objektivierbare Beeinträchtigungen vor, jedoch nicht in dem geklagten Ausmaß. Zu diagnostizieren sei "Angst und Depression gemischt" (F41.2 nach der ICD-10 GM). Diese Diagnose entspreche im Wesentlichen jener, die Dr. H. gestellt habe. Anzeichen für eine gravierende depressive Störung oder gar eine PTBS, wie sie Dr. K. angegeben habe, gebe es nicht. Hinsichtlich der PTBS sei - nur - das "B-Kriterium" formal erfüllt, allerdings nur nach den Angaben des Klägers, die übrigen Kriterien seien weder objektiv noch subjektiv gegeben.

Im Bereich des Ursachenzusammenhangs hat Prof. Dr. Sch. ausgeführt, die Befundlage zu psychischen Folgen des Unfalls vom 5. Mai 2008 sei uneinheitlich. Erstmals seien psychische Folgen dieses Unfalls bei der durchgangsärztlichen Untersuchung am 5. März 2009 diskutiert worden. Auch in der Folgezeit habe das Beschwerdebild geschwankt. Wie schon nach dem Gutachten Dr. H. könne für diese Zeit eine unfallbedingte Anpassungsstörung (F43.2 ICD-10 GM) diagnostiziert werden. Jedoch seien diese Symptome dann abgeklungen. Vor allem die Behandlung in H. und der Urlaub hätten offenkundig positive Effekte gehabt. Auch gehörten Unfälle wie jener vom 5. Mai 2008 nicht zu den Ereignissen, die nach allgemeiner medizinischer Erfahrung dauerhafte psychische Erkrankungen auslösten. Sofern die Befunde nunmehr - wieder - verschlechtert dargestellt würden und diagnostisch nach F41.2 ICD-10 GM einzuordnen seien, beruhe dies trotz ähnlicher Symptomatik mit Wahrscheinlichkeit auf dem Konflikt mit dem Arbeitgeber und dem Verlust der Arbeit Mitte/Ende 2011. Unmittelbar nach

einem Streit mit dem Arbeitgeber sei auch das Ohrgeräusch aufgetreten, das der Kläger angebe. Der Kläger selbst habe mitgeteilt, wie sehr ihn der Konflikt belastet und gekränkt habe.

Auf dieser Basis hat Prof. Dr. Sch. vorgeschlagen, Unfallfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet nur bis zum Beginn der Rehabilitationsbehandlung in H. anzuerkennen. Für diese Zeit könne die MdE von 20 v.H., wie sie Dr. H. vorgeschlagen habe, zu Grunde gelegt werden, auch wenn sie im oberen Bereich des Vertretbaren liege. Aktuell bestehe keine unfallbedingte MdE.

Nach Eingang dieses Gutachtens erließ die Beklagte nach vorangegangener Anhörung den Bescheid vom 18. Oktober 2012, mit dem sie unter Bezugnahme auf den Unfall vom 28. November 2001 den Bescheid vom 26. Juli 2011 "abänderte" und des Klägers Rente auf unbestimmte Zeit mit Ablauf des Oktober 2012 entzog. Eine Anpassungsstörung nach F43.2 ICD-10 GM liege nicht mehr vor. Statt einer Rechtsbehelfsbelehrung enthielt der Bescheid den Hinweis, er werde Gegenstand des zurzeit vor dem SG anhängigen Rechtsstreits.

Der Kläger hat sodann die Erhebung eines Gutachtens auf seine Kosten beantragt. Nachdem die Beauftragung dreier vom Kläger benannter Ärzte aus unterschiedlichen Gründen nicht zu Stande gekommen war, hat er zuletzt Prof. Dr. C. vom DRK Schmerzzentrum M. benannt. Diesen hat das SG beauftragt. In der Folgezeit gingen bei dem SG das von Dr. W. unterschriebene orthopädisch-schmerztherapeutische Hauptgutachten vom 15. Januar 2014 sowie das neurologische Zusatzgutachten von Dr. S. vom 8. November 2013 und später auch das psychologische Zusatzgutachten von Dipl.-Psych. M. vom 12. September 2013 ein. In dem Hauptgutachten ist ausgeführt, es sei entgegen der Annahme einiger früherer Behandler bei dem zweiten Unfall erneut zu einer Verletzungen der Oberschenkelmuskulatur links gekommen. Auch die persistierenden Kniebeschwerden links könnten dem zweiten Unfall zugeordnet werden. Die MdE auf orthopädischem Fachgebiet sei jedoch unter 10 v.H. anzusetzen. Auf neurologischem Fachgebiet beständen keine unfallbedingten Gesundheitsschäden. Die Wertung der vorhandenen psychischen Befunde sei schwierig. Zwar beruhten diese auch auf den Auseinandersetzungen mit dem Arbeitgeber. Diese Differenzen mit dem Vorgesetzten seien aber auf Grund der unfallabhängig eingeschränkten Belastbarkeit des Klägers aufgetreten, die zu Insuffizienzgefühlen geführt hätten. In der Folge seien dann die rezidivierenden depressiven Episoden aufgetreten. Zwar habe eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Reaktionen vorgelegen, jedoch hätte sich diese ohne den zweiten Unfall nicht manifestiert. Daher sei der zweite Unfall entscheidend. Auf dieser Basis habe der Zusatzgutachter M. als unfallbedingte psychische Störungen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig, und eine sonstige Reaktion auf schwere Belastung (F45.41, F33.0 und F48.8 ICD-10 GM) diagnostiziert. Auf Grund der aktuellen Symptomatik seien die psychischen Unfallfolgen mit einer MdE von 20 v.H. zu bewerten, woraus sich auch in der Gesamtbewertung "ab Untersuchung zur Gutachtenerstellung am 12. September 2013" eine MdE von 20 v.H. ergebe. Zur Frage der Validität der Angaben des Klägers hat Dipl.-Psych. M. in dem Zusatzgutachten ausgeführt (S. 57 f.), unter Berücksichtigung selbst- und fremdanamnestischer Testungen hätten die Angaben des Klägers insgesamt glaubwürdig gewirkt, er habe motiviert mitgearbeitet. Die "Lügenskala" des ADS (Allgemeine Depressionsskala nach Hautzinger) sowie die Subskala "Offenheit" des FPI-R (Freiburger Persönlichkeitsinventar nach Fahrenberg und Hampel/Selg, hier 4 Punkte) hätten sich unauffällig dargestellt. In der Testsituation sei keine Aggravation deutlich geworden. Insbesondere habe sich kein auffälliges Schmerzverhalten gezeigt.

Die Beklagte ist den Wahlgutachten mit der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. M. vom 11. Juni 2014 entgegen getreten. Dieser hat ausgeführt, die chronische Schmerzstörung werde von sämtlichen Behandlern und Gutachtern angenommen. Strittig seien jedoch ihr Ausmaß und außerdem die hieraus stattgefundene psychische Reaktion. Hierzu sei darauf hinzuweisen, dass das Zusatzgutachten von des Dipl.-Psych. M. zwar einen umfassenden Ansatz von Exploration, klinischem Interview und Testpsychologie gewählt habe, aber keine Diagnostik zur Überprüfung der Anstrengungsbereitschaft und zur Antwortverzerrung enthalte, es verwende hierzu lediglich die jeweiligen Kontrollskalen aus älteren Testmodellen. Dagegen habe das Gutachten von Prof. Dr. Sch. eindeutige Antwortverzerrungen und Diskrepanzen in der Schmerzschilderung nachgewiesen. Hiermit habe sich der Sachverständige M. nicht auseinandergesetzt. Ferner überzeuge die Annahme einer unfallbedingten rezidivierenden Depression nicht. Diese widerspreche dem aktuellen multifaktoriellen Krankheitsbild, wonach allenfalls eine einzelne depressive Episode monokausal erklärt werden könne. Dies habe vermutlich auch der orthopädische Hauptgutachter gesehen, wenn er seine Aussage dahin eingeschränkt habe, dass die chronische Schmerzerkrankung und die rezidivierende depressive Episode im Zusammenhang mit dem Unfall stehen "könnten".

Mit Schriftsatz vom 11. März 2016 hat der Kläger den "ausführlichen ärztlichen Bericht" von Dr. Sch. vom 20. Oktober 2015 zur Akte gereicht, der in dem Verfahren auf einen am 12. September 2011 gestellten Rentenantrag des Klägers erhoben worden war. Hierin hat Dr. Sch. ausgeführt, es beständen deutliche Simulationstendenzen. Die vorgebrachten Einschränkungen könnten nur sehr eingeschränkt mit den objektivierbaren Befunden in Übereinstimmung gebracht werden.

In der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 27. April 2016 hat der Kläger seinen ursprünglichen Klageantrag dahin verändert, dass er nunmehr unter Abänderung des Bescheids vom 8. Februar 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. September 2011 und des Bescheids vom 18. Oktober 2012 eine Verurteilung zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von - genau - 20 v.H. seit dem 12. September 2013 begehrt.

Mit Urteil vom selben Tage hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat ausgeführt, die Klage betreffe alle Bescheide (vom 8. Februar 2011, vom 26. Juli 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. September 2011 und vom 18. Oktober 2012). Jedoch seien diese allesamt rechtmäßig. Wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 5. Mai 2008 habe der Kläger keinen Anspruch auf Verletztenrente, da die unfallbedingt MdE bis zum 31. Oktober 2012 bei nicht mehr als 20 v.H. gelegen habe und seitdem unter 20 v.H. liege. Die beim Kläger festzustellende Angst und depressive Störung gemischt sei nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf jenen Unfall zurückzuführen. Zur Begründung hierfür hat das SG vor allem auf die deutliche Befundverbesserung während der Rehabilitation und des Urlaubs 2011 und die Ausführungen des Gutachters Prof. Dr. Sch. abgestellt, wonach die später aufgetretenen Symptome auf einem anderen Belastungsmoment beruhten. Den Ausführungen des Dipl.-Psych. M. sei nicht zu folgen. Dieser habe sich unter anderem nicht ausreichend mit der beim Kläger vorhandenen sensitiven Grundveranlagung auseinandergesetzt. Auch sei auf den offenen Simulationsvorwurf aus dem Bericht von Dr. Sch. hinzuweisen.

Gegen dieses Urteil, das seinem Prozessbevollmächtigten am 1. Juni 2016 zugestellt worden ist, hat der Kläger am 30. Juni 2016 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Er hat vorgetragen, er bestreite den Vorwurf deutlicher Simulationstendenzen. Trotz dieses Vorwurfs in dem ärztlichen Bericht von Dr. Sch. habe ihm die D. R. eine Rente gewährt.

Er beantragt weiterhin,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 27. April 2016 aufzuheben, die Bescheide vom 8. Februar 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids von 23. September 2011 und vom 18. Oktober 2012 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab dem 12. September 2013 eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 20 vom Hundert zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Der Berichterstatter des Senats hat den Kläger unter dem 9. August 2016 unter anderem aufgefordert, Stellung zu den Ergebnissen der beiden von Prof. Dr. Sch. durchgeführten Validierungstests zu nehmen, insbesondere konkret vorzutragen, ob die dort jeweils festgestellte Zahl auffälliger Antworten bestritten werde. Hierzu ist keine inhaltliche Stellungnahme erfolgt.

Der Kläger hat den Entlassungsbericht der Klinik Dr. R. vom 27. September 2016 vorgelegt. Hiernach hat er dort vom 8. August bis 27. September 2016 eine stationäre Rehabilitation absolviert. Als Diagnosen nennt der Bericht rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2 ICD-10 GM), eine andauernde Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80) und organische Erkrankungen. Der Kläger hatte in der Klinik berichtet, dass es ihm seit etwa drei Monaten wieder schlechter gehe. Ein Gutachter in dem laufende Gerichtsverfahren habe ihn als Simulanten eingestuft. Seine Arbeit (als Busfahrer mit nunmehr 65 % der normalen Arbeitszeit) mache ihm eigentlich Freude, mit einem Kollegen verstehe er sich gut. In der Anamnese des Berichts ist verzeichnet, dass der Kläger 2008 einen Suizidversuch unternommen habe. Zu möglichen Ursachen führt der Bericht aus, die depressive Episode hänge mit einer chronischen Schmerzsymptomatik im linken Bein in Folge des Unfalls 2008 und mit dem laufenden Gerichtsverfahren zusammen, generell sei bei dem Kläger eine hohe emotionale Labilität und Somatisierungsneigung festzustellen, es scheine generell eine große Kränkbarkeit vorhanden zu sein.

Der Berichterstatter des Senats hat den Kläger persönlich angehört und die Sach- und Rechtslage mit den Beteiligten erörtert. Wegen der Einzelheiten wird auf das Protokoll der nichtöffentlichen Sitzung vom 29. November 2016 verwiesen.

In diesem Erörterungstermin hat der Berichterstatter auch eine Entscheidung des Senats durch Beschluss ohne Hinzuziehung der ehrenamtlichen Richter angekündigt. Beide Seiten haben hierzu Stellung nehmen können.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

II.

Der Senat konnte über die Berufung nach § 153 Abs. 4 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss entscheiden. Er hält die Berufung einstimmig für unbegründet. Der Rechtsstreit weist nach Einschätzung des Senats auch keine besonderen Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Die Beteiligten sind zu dieser Verfahrensweise gehört worden.

Die Berufung des Klägers ist nach § 143 SGG statthaft, insbesondere nicht nach § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG ausgeschlossen, weil der Kläger laufende Sozialleistungen für mehr als ein Jahr begehrt (§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG). Sie ist auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht erhoben (§ 151 Abs. 1 SGG).

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Zu Recht hat das SG Klage abgewiesen.

Allerdings wäre der Antrag des Klägers, so wie er ausdrücklich gestellt ist, bereits unzulässig und nicht nur unbegründet, wie es das SG ausgeführt hat.

Nach der in erster Instanz erfolgten Änderung seines Antrags (vgl. § 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG) begehrt er in der Sache nur noch die Gewährung einer Verletztenrente auf unbestimmte Zeit ab dem 12. September 2013 nach einer MdE um - genau - 20 v.H. Eine solche Rente hatte ihm die Beklagte bereits bewilligt, allerdings nicht mit dem Bescheid vom 8. Februar 2011, den der Kläger in seinem Antrag noch nennt, der aber nur eine Rente als vorläufige Entschädigung betraf, sondern erst mit dem Bescheid vom 26. Juli 2011 (ebenfalls in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. September 2011). In der Folge hatte ihm die Beklagte diese Rente mit Bescheid vom 18. Oktober 2012 ab November 2012 "entzogen", also die vorangegangene Bewilligung wieder aufgehoben. Wenn ein Kläger in einer solchen Situation nur die weitere Gewährung der Leistung begehrt, die er zuvor erhalten hatte, aber keine höhere Leistung, dann reicht eine isolierte Anfechtungsklage (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Var. 1 SGG) gegen den Aufhebungsbescheid aus. Für eine unechte Leistungsklage auf Verurteilung zur Gewährung der entzogenen Leistung (§ 54 Abs. 4 SGG), wie sie der Kläger hier ebenfalls geltend macht, besteht dann kein Rechtsschutzbedürfnis mehr (vgl. Keller, in Meyer-Lade¬wig/Keller/Lei¬the¬rer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 54 Rz. 38a). Allerdings macht der Kläger die Verletztenrente erst ab dem 12. September 2013 geltend und nicht schon ab dem Entziehungszeitpunkt, dem 31. Oktober 2012. Vermutlich hat er sich bei diesem Antrag an dem Datum orientiert, das der Wahlgutachter als Beginn der MdE von 20 v.H. angegeben hat. Sofern dies heißen soll, dass es der Kläger akzeptiert, dass die MdE ab November 2012 unter 20 v.H. gesunken war und erst später wieder angestiegen ist, so hätte er allerdings seine Anfechtungsklage gegen den Aufhebungsbescheid für erledigt erklären und einen Neugewährungsantrag stellen müssen. Und diesen hätte er vermutlich nicht - mit Erfolg - bei der Beklagten stellen können, die - wie im Folgenden noch ausgeführt werden wird - nur für den Unfall aus dem Jahre 2001 zuständig ist, sondern bei der BG Verkehr, in deren Zuständigkeitsbereich der Unfall aus dem Jahre 2008 fällt. Aus diesen Gründen geht der Senat letztlich zu Gunsten des Klägers davon aus, dass er sich nur mit einer isolierten Anfechtungsklage gegen den Bescheid vom 18. Oktober 2012 wendet und in der Sache die weitere Gewährung der einstmals bewilligten Dauerrente über den 31. Oktober 2012 hinaus begehrt.

In diesem Rahmen hat das SG zu Recht angenommen, dass der Aufhebungsbescheid vom 18. Oktober 2012 nach § 96 Abs. 1 SGG in das bereits anhängige Klageverfahren eingegangen ist und daher kein Widerspruchsverfahren nach § 78 Abs. 1 SGG mehr durchgeführt werden musste. Eine "Abänderung oder Ersetzung" durch einen neuen Verwaltungsakt im Sinne dieser Norm liegt auch dann vor, wenn der ursprünglich angefochtene Bescheid vollständig aufgehoben wird (vgl. Leitherer, a.a.O., § 96 Rz. 5). Nachdem allerdings der Kläger seinen Rentenanspruch in der mündlichen Verhandlung in der Höhe auf jene 20 v.H. beschränkt hatte, die ihm bewilligt gewesen waren, hätte das SG über den ursprünglichen Bewilligungsbescheid nicht mehr entscheiden dürfen (vgl. Leitherer, a.a.O.).

Wenn hiernach nur eine isolierte Anfechtungsklage gegen den Bescheid vom 18. Oktober 2012 auf der Basis des klägerischen Begehrens zulässig ist, wirkt sich dies auf den Zeitpunkt aus, der für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit des Bescheids maßgeblich ist. Die Rechtmäßigkeit eines belastenden Verwaltungsakts, zu dem auch die Aufhebung einer Bewilligung gehört, bestimmt sich nach der Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung, in der Regel also (§ 95 SGG) bei Erlass des Widerspruchsbescheids. Dies ist ein allgemeiner Rechtsgrundsatz für isolierte Anfechtungsklagen, während bei Verpflichtungs- und anderen Leistungsklagen grundsätzlich auf den Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in einer Tatsacheninstanz abzustellen ist (Keller, a.a.O., § 54 Rz. 34). Auf diesen Zeitpunkt ist ausnahmsweise auch bei einer isolierten Anfechtungsklage abzustellen, wenn sie einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung betrifft (vgl. Urteil des Senats vom 17. Dezember 2015 – L 6 SB 3978/14 –, juris Rz. 31). Die Aufhebung eine Dauerverwaltungsakts, hier einer Bewilligung, ist jedoch selbst kein Dauerverwaltungsakt, ihre Rechtswirkung erschöpft sich in einem einmaligen Akt zu einem bestimmten Zeitpunkt. Im vorliegenden Falle bestimmt sich daher die Prüfung der Rechtmäßigkeit, da kein Widerspruchsbescheid ergangen ist, nach der Sach- und Rechtslage bei Erlass des Bescheids vom 18. Oktober 2012. Maßgeblich ist, ob bei dem Kläger über diesen Zeitpunkt hinaus unfallbedingte Gesundheitsschäden vorlagen, die (weiterhin) eine MdE von 20 v.H. bedingten. Sofern die MdE zu jenem Zeitpunkt abgesunken war, sich aber später womöglich wieder erhöht hätte, kann dies nicht in diesem Gerichtsverfahren berücksichtigt werden. Vielmehr müsste der Kläger in diesem Fall einen Neubewilligungsantrag (Verschlimmerungsantrag) stellen.

Auf dieser Basis ist die Klage nicht begründet. Zu Recht hat die Beklagte die bewilligte Dauerrente nach einer MdE um 20 v.H. ab November 2012 entzogen und den Bescheid vom 26. Juli 2011 für die Zukunft aufgehoben, weil sie davon ausging, dass sich die Unfallfolgen soweit zurückgebildet hatten, dass keine rentenberechtigende MdE mehr vorlag.

Die verfahrensrechtliche Grundlage für die Aufhebung eines Bescheids über eine Rentengewährung, der einen Dauerverwaltungsakt darstellt, wegen einer späteren Änderung der Sach- oder Rechtslage ist § 48 Abs. 1 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Materiell-rechtlich bemisst sich der Anspruch auf eine Verletztenrente und ihre Höhe nach einer bestimmten MdE nach den Vorgaben bei § 56 Abs. 1 Satz 1 (oder ggfs. Satz 2) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Bei einer solchen Aufhebung ist ferner die Sondervorschrift des § 73 Abs. 3 SGB VII zu beachten, wonach eine wesentliche Änderung der Sachlage nur dann vorliegt, wenn sich die MdE des Versicherten um mehr als 5 v.H. (Prozentpunkte) geändert und diese Änderung länger als drei Monate angedauert hat bzw. bei prognostischer Beurteilung länger als drei Monate andauern wird. Vorgelagert vor dieser Bewertung mit einer MdE ist - wie immer bei § 48 Abs. 1 SGB X - festzustellen, dass sich nach der ursprünglichen Bewilligung auch die tatsächlichen Umstände verändert haben, die der MdE zu Grunde liegen. Zu vergleichen sind dabei die jetzt vorliegenden tatsächlichen Umstände mit jenen, die bei Erlass des bindenden Bescheids tatsächlich vorgelegen haben (vgl. Schütze, in: v. Wulffen/Schütze, SGB X, 8. Aufl. 2014, § 48 Rn. 6). Sofern die damals vorliegenden Umstände dem Bescheid nicht zutreffend zu Grunde gelegt worden sind, liegt kein Fall des § 48 Abs. 1 SGB X vor. Vielmehr war dann der anfängliche Bescheid von Anfang an rechtswidrig und kann grundsätzlich nur nach § 44 Abs. 1, Abs. 2 oder § 45 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 SGB X abgeändert oder aufgehoben werden. Allenfalls dann, wenn sowohl die tatsächlichen Umstände anfangs falsch bewertet worden sind als auch - zusätzlich - eine wesentliche Änderung der Sachlage eingetreten ist, ist Raum für die Anwendung des § 48 Abs. 1 SGB X (vgl. Urteil des Senats vom 20. Oktober 2016 – L 6 U 34/16 –, juris Rz. 44).

Die Beklagte konnte hier die Rentenbewilligung nach § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X aufheben, auch wenn der Bewilligungsbescheid nach der Überzeugung des Senats bereits von Anfang an rechtswidrig gewesen war. Nach den dargestellten Voraussetzungen war sie nicht auf eine Zurücknahme nach § 45 Abs. 1 SGB X beschränkt. Neben der anfänglichen Rechtswidrigkeit lag hier auch eine wesentliche Änderung der Sachlage vor.

Die Beklagte war bei der Bewilligung der Rente an den Kläger unzutreffenderweise davon ausgegangen, die geklagten psychischen Gesundheitsschäden seien auf den Unfall vom 28. November 2001 zurückzuführen. Tatsächlich waren sie jedoch allenfalls durch den Unfall 2008 bedingt. Für die Regulierung dieses Unfalls war die Beklagte aber nicht zuständig, ihr fehlte insoweit die Verbandskompetenz.

Die Zuständigkeit für die Regulierung eines Arbeitsunfalls nach § 8 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB VII, also die Zuständigkeit für den einzelnen Versicherten, folgt nach § 133 Abs. 1 SGB VII der Zuständigkeit für das Unternehmen, für das der Versicherte tätig ist (vgl. die grundsätzlich entsprechende Regelung für die Regulierung von Berufskrankheiten in § 134 Abs. 1 SGB VII). Sofern ein Versicherter mehrere Arbeitsunfälle in der Zuständigkeit verschiedener Träger der Unfallversicherung erleidet, bleibt jeder Träger für den jeweiligen Unfall zuständig. Allenfalls dann, wenn die bleibenden gesundheitlichen Folgen eines früheren Unfalls eine wesentliche Ursache auch für das "Zustandekommen" des späteren Unfalls darstellen, sind die Folgen des zweiten Unfalls als mittelbare Folgen dem ersten Unfall zuzurechnen und daher von dem Unfallversicherungsträger zu entschädigen, der für den ersten Unfall zuständig ist (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 13. Juli 1978 – 8 RU 84/77 –, juris Rz. 21). Dagegen bleibt der für den zweiten Unfall zuständige Träger zuständig, wenn die durch den früheren Arbeitsunfall eingetretenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zwar für das Ausmaß der Folgen des späteren Arbeitsunfalls, jedoch nicht für sein Zustandekommen ursächlich sind (BSG, Urteil vom 24. Februar 1988 – 2 RU 11/87 –, juris Rz. 19).

Hiernach war die beklagte BG nur für die Folgen des Unfalls vom 28. November 2011 zuständig, den der Kläger auf dem Arbeitsweg zu einer bei ihr versicherten Tätigkeit erlitten hat. Für die Folgen des Unfalls vom 5. Mai 2008 ist dagegen grundsätzlich die BG zuständig, weil sich der Kläger dabei auf dem Weg zu seiner Tätigkeit als Busfahrer befand. Dies hat die Beklagte auch regelmäßig deutlich gemacht, denn in allen ihren Bescheiden hat sie jeweils ausdrücklich - nur - auf den Unfall vom 28. November 2001 abgestellt.

Es ist bereits zweifelhaft, dass die in den Jahren 2009 und 2010 diagnostizierten Beschwerden am linken Oberschenkel auf den Unfall 2001 zurückgeführt werden können. Zwar hatte Prof. Dr. W. in seinem Schreiben vom 17. Juni 2009 allein die persistierenden Schmerzen am linken Oberschenkel als langwierige Folge des Unfalls 2001 angeschuldigt. Diesen Kausalzusammenhang zu dem ersten Unfall hat dann

auch Prof. Dr. A. in seinem Gutachten vom 8. April 2010 angenommen, wenngleich bereits seine diagnostische Einordnung, es liege eine "Rezidiv"-Hernie vor, darauf hindeutet, dass der zweite Unfall zumindest der Auslöser der Beschwerden am linken Oberschenkel war, sodass die Frage der Verursachung eher offen war. Zweifel bleiben aber vor allem auf Grund des vom SG erhobenen Gutachtens von Dr. W. vom 15. Januar 2014, in dem ausgeführt ist, dass es - entgegen der Annahme einiger früherer Behandler - bei dem zweiten Unfall erneut zu einer Verletzung der Oberschenkelmuskulatur links gekommen ist, also die 2009 aufgetretenen Schäden dort nicht auf den ersten Unfall im Jahre 2001 zurückgeführt werden können.

Allerdings kann offen bleiben, ob 2009 wirklich noch gesundheitliche Folgen des Unfalls 2001 am linken Oberschenkel vorhanden waren. Sofern dies der Fall war, waren diese Folgen jedenfalls nicht rentenberechtigend. Die MdE von 20 v.H., die die Beklagte bei den Bewilligungen angenommen hat, beruhte ganz überwiegend auf Einbußen des Klägers auf psychiatrischem Fachgebiet, die aber sicherlich nicht Folge des ersten Unfalls im Jahre 2001 waren. Prof. Dr. A. hatte die körperlichen Beeinträchtigungen des Klägers in seinem Gutachten vom 8. April 2010 mit einer MdE von weniger als 10 v.H. bewertet. Eine höhere MdE - von sogar 40 v.H. - war dann erstmals von Dr. K. in seinem Gutachten vom 30. Juni 2010 vorgeschlagen worden. Bereits er hatte aber als Ursache dieser MdE die psychischen Folgen des Unfalls 2008 angeschuldigt. "In Bezug auf den ersten Unfall" hatte er dagegen ausgeführt, dieser begründe aus psychosomatischer Sicht keine zusätzliche MdE, die MdE auf Grund des früheren Unfalls betrage weiterhin nur 10 v.H. oder unter 10 v.H. Auch Dr. H. in ihrem Gutachten vom 22. Dezember 2010, auf das sich die Beklagte bei der Rentenbewilligung letztlich gestützt hat, hatte die von ihr vorgeschlagene MdE von 20 v.H. ausdrücklich als Folge des zweiten Unfalls eingestuft (S. 31 ihres Gutachtens).

Vor diesem Hintergrund wäre die Beklagte nach der zitierten Rechtsprechung des BSG nur dann für eine Rentengewährung auch wegen der psychischen Beeinträchtigungen zuständig gewesen, wenn die Folgen des ersten Unfalls eine relevante Mitursache für das "Zustandekommen" des zweiten Unfalls waren. Wenn dagegen z.B. die früheren Schäden nur dazu beigetragen hätten, dass die Folgen des zweiten Unfalls erheblicher ausgefallen sind als zu erwarten war, zum Beispiel im Sinne einer gesteigerten Vulnerabilität des Klägers auf Grund des ersten Unfalls, dann wäre im Gegenteil die BG für die Regulierung aller Folgen zuständig gewesen, sie hätte dann bei einer Rentengewährung durch sie auch die "Rezidiv"-Hernie am Oberschenkel mitberücksichtigen müssen.

Dass hiernach die Folgen des ersten Unfalls eine Mitursache für den zweiten Unfall waren, ist nicht nachgewiesen. Die etwaigen verbliebenen Folgen der Oberschenkelverletzung aus dem Jahre 2001 waren keine Ursache dafür, dass der Kläger am 5. Mai 2008 einen Verkehrsunfall erlitt und dabei von seinem Motorrad auf das linke Knie stürzte. Vielmehr hatte ein Lkw dem Kläger die Vorfahrt genommen.

Unabhängig von dieser Frage, ob die Beklagte für die Rentengewährung im Anschluss an den Unfall des Jahres 2008 zuständig war, hat sich jedoch bis Oktober 2012 auch die Sachlage insoweit verändert, dass die Bewilligung aufgehoben werden konnte. Auch wenn die psychischen Folgen des zweiten Unfalls 2008 anfangs womöglich eine rentenberechtigende MdE zur Folge hatten, hat sich der Gesundheitszustand des Klägers bis Oktober 2012 soweit verbessert, dass keine rentenberechtigende MdE mehr vorlag.

Als Erstschaden erlitt bei der Kläger bei dem Unfall 2008 eine Prellung des linken Knies und eine Muskelverletzung am Oberschenkel. Dies entnimmt der Senat dem zeitnah erstellten Bericht von Dr. F., Krankenhaus B ... Die Verletzung am Oberschenkel wurde am 18. Juni 2008 operativ versorgt, wobei offen bleibt, ob diese Operation die Verletzungsfolgen des ersten oder zweiten Unfalls betraf. Diese körperlichen Schäden sind zeitnah ausgeheilt, jedenfalls bedingen etwa verbliebene Folgen keine relevante MdE. Bei der Untersuchung bei Dr. St. am 16. März 2009 lagen keine Zeichen der Muskelverletzung mehr vor, auch neurologische Unfallfolgen bestanden nicht. Diese Einschätzung des Senats wird auch durch die sehr viel später erhobenen Wahlgutachten bestätigt. Dr. S. hat in ihrem Zusatzgutachten vom 8. November 2013 nach umfangreichen Untersuchungen neurologische Schäden ausgeschlossen. Und zu den chirurgischen Schäden hat Dr. W. in dem Hauptgutachten vom 15. Januar 2014 ausgeführt, es seien zwar nach wie vor Schmerzen am Oberschenkel bzw. am linken Knie zu verzeichnen, die aber auf den zweiten Unfall zurückzuführen seien, die MdE auf orthopädischem Fachgebiet sei jedenfalls unter 10 v.H. anzusetzen.

Auf psychiatrischem Gebiet lag dagegen bei dem Kläger zunächst eine unfallbedingte Erkrankung vor, und zwar eine Anpassungsstörung (F43.2 ICD-10 GM), die aber definitionsgemäß spätestens Mitte 2011 ausgeheilt war. Dies entnimmt der Senat im Wesentlichen dem Gutachten von Prof. Dr. Sch. und dem zuvor erhobenen Behördengutachten von Dr. H., hinsichtlich der tatsächlichen Feststellungen auch dem psychosomatischen Gutachten von Dr. K ... Alle Gutachter haben überzeugend dargelegt, dass der Kläger nach dem zweiten Unfall - erneut - ein merkliches Schmerzsyndrom entwickelte und aufgrunddessen eine depressiv gefärbte Symptomatik im Sinn einer Anpassungsstörung entstand. Bei Dr. K. hatte der Kläger hierzu ausgeführt, für ihn sei nach dem zweiten Unfall, der ihn stark an den ersten erinnert habe, "eine Welt zusammengebrochen". Die Symptome, die der Kläger bei Dr. K. und bei Dr. H. als aktuelle Beeinträchtigungen geschildert hatte und die Prof. Dr. Sch. dann später den ärztlichen Unterlagen entnahm, bestätigen diese Anpassungsstörung. Der Kläger litt vor allem an Schlafstörungen und grübelte viel über die Folgen des Unfalls, insbesondere in Bezug auf seinen Beruf, über den im Wesentlichen sich der Kläger definiert zu haben scheint.

Zu dem hier relevanten Zeitpunkt im Oktober 2012 lag bei dem Kläger dagegen keine psychische Erkrankung mehr vor, und sofern eine solche vorlag, war sie nicht mehr mit Wahrscheinlichkeit unfallbedingt. Die - unfallbedingte - MdE war daher von 20 v.H. auf Null abgesunken. Insofern hatte sich die Sachlage seit der Rentenbewilligung durch die Beklagte wesentlich verändert, auch nach den Maßstäben des § 73 Abs. 3 SGB VII.

Ein unfallversicherungsrechtlicher relevanter Gesundheitsfolgeschaden muss sicher feststehen, also im Vollbeweis gesichert sein. Hierbei ist eine exakte Diagnose der Krankheit nach einem der international anerkannten Diagnosesysteme zu stellen (BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - B 2 U 31/11 R -, juris Rz. 18). Bei der diagnostischen Einordnung orientiert sich der Senat an der Internationalen statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in ihrer 10. deutschen Revision (ICD-10 GM) und ggfs. an dem Diagnostischen und Statistische Manual psychischer Störungen - 4. Textrevision - (DSM-IV-TR) in deutscher Übersetzung (vgl. im Einzelnen Urteil des Senats vom 27. März 2014 – L 6 U 3992/13 –, juris Rz. 44). Bei der Feststellung einer psychischen Erkrankung im Vollbeweis (vgl. § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG) wird in der Rechtsprechung der Sozialgerichte wegen der "Simulationsnähe" von Erkrankungen mit neurotischem Einschlag ein strenger Maßstab gefordert. Für das tatsächliche Vorliegen von seelisch bedingten Störungen, ihre Unüberwindbarkeit aus eigener Kraft und ihre Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit trifft den Rentenbewerber die (objektive) Beweislast (zuletzt BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 – B 5 RJ 48/03 R –, juris Rz. 30 m.w.N.). Sofern Anhaltspunkte für Simulation oder eine erhebliche Aggravation vorliegen, muss

nicht etwa der Sozialleistungsträger diese beweisen. Vor diesem Hintergrund entspricht es ständiger Rechtsprechung auch des Senats, dass ein psychiatrisch tätiger Sachverständiger die von ihm festgestellten Symptome, insbesondere die eigenanamnestischen Schilderungen des Probanden, hinterfragt und ihre Validität überprüft. Hierzu kann er sich eines psychischen Validierungstests bedienen, z.B. des Strukturierten Fragebogens Simulierter Symptome (SFSS), des Word Memory Tests (WMT) oder des sogenannten TOMM-Tests, des Tests of Memory Malingering (vgl. Urteile des Senats vom 22. Januar 2015 – L 6 U 5221/12 –, juris Rz. 64, und vom 27 März 2014 – L 6 U 3992/13 –, juris Rz. 50). Diese genannten Testungen gelten als valide (vgl. zum SFSS Cima et al., "Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome", in: Der Nervenarzt 11/2003, S. 977 ff.). Dass in der Begutachtung geltend gemachter psychischer Erkrankungen eine besonders genaue Validierung vonnöten ist, entspricht auch dem medizinischen Schrifttum (vgl. jüngst Hausotter, Aggravation und Simulation in der Begutachtung, VersMed 2016, 126 ff.).

Bei dem Kläger verbleiben nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme erhebliche Zweifel am tatsächlichen Vorliegen der von ihm geschilderten Symptome. Der Verdacht auf Simulation bzw. wesentliche Aggravation, der im Lauf des Verfahrens entstanden ist, konnte nicht ausgeräumt werden. Daher ist der Senat auch nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon überzeugt, dass die von Prof. Dr. Sch. gestellte Diagnose, der Kläger habe bei der Untersuchung bei ihm an einer Erkrankung nach F41.2 ICD-10 GM gelitten, zutrifft.

Bereits Prof. Dr. Sch. hatte in seinem Gutachten nennenswerte Anzeichen für Simulation bzw. erhebliche Aggravation beschrieben. Die von ihm durchgeführten Testungen haben auffällige Werte ergeben. So hat Prof. Dr. Sch. angesichts des Ergebnisses des SFSS von 27 von 75 Wertungspunkten bei einem cut-off von 16 (noch unauffälliges Ergebnis) Verdeutlichungstendenzen bei affektiven, neurologischen und amnestischen Symptomen festgestellt. Auch die Testung der Anstrengungsbereitschaft durch den WMT ergab mit Ergebnissen von 57,5 bis 60,0 % auffällige Werte. Diese Ergebnisse decken sich mit den Beobachtungen des Sachverständigen. So hat Prof. Dr. Sch. darauf hingewiesen, dass der Kläger zwar erhebliche Schmerzen an der linken Kniekehle angegeben habe, jedoch keinerlei Schmerzverhalten (wie Ausweichbewegungen, Vorsicht, Reiben, Entlasten, Mimik/Ges¬tik) festzustellen gewesen sei und dass trotz behaupteter Konzentrationsmängel bei der mehrstündigen Exploration keinerlei Anzeichen für Ermüdung oder Konzen¬trationsschwächen aufgetreten seien.

Gestützt wird dieser Verdacht durch das vom Kläger zur Akte gereichte rentenrechtliche Kurzgutachten von Dr. Sch. vom 20. Oktober 2015, der ebenfalls deutliche Simulationszeichen festgestellt hatte, auch wenn er sich dabei auf einen sehr viel späteren Zeitpunkt bezog als auf jenen, der für die Entscheidung in diesem Verfahren relevant ist.

Die im Auftrag des Kläger erhobenen Wahlgutachten konnten diesen Verdacht nicht ausräumen. Insbesondere das psychologische Zusatzgutachten von Dipl.-Psych. M. überzeugt den Senat nicht. Dieser Sachverständige hat die Schilderungen des Klägers, es lägen massive Einschränkungen vor, hingenommen und auf dieser Basis erhebliche Diagnosen gestellt, darunter eine rezidivierende depressive Episode nach F33.0 ICD-10 GM. Er hat jedoch die Eigenanamnese nicht ausreichend überprüft. Zur Validität findet sich in seinem gesamten Gutachten lediglich die kurze Ausführung, die Angaben des Klägers hätten "insgesamt" glaubwürdig gewirkt, er habe motiviert mitgearbeitet. Diese Behauptung hat Dipl.-Psych. M. nicht durch eigenständige, validitätsorientierte Testungen unterlegt. Insoweit hat er lediglich auf Teilbereiche der selbst- und fremdanamnestischen Untersuchungen hingewiesen, wie z.B. auf eine Subskala ("Lügenskala") des ADS. Dies genügt nicht den Anforderungen, worauf Versorgungsarzt Dr. M. in seiner Stellungnahme vom 11. Juni 2014 zutreffend hingewiesen hat. Hinzu kommt, dass Dipl.-Psych. M. z.B. selbst festgestellt hat, dass der Kläger während der gesamten Exploration kein auffälliges Schmerzverhalten gezeigt hatte. Wie dies mit den vom ihm geklagten erheblichen Schmerzen in Übereinstimmung zu bringen sei, hat der Sachverständige nicht nachvollziehbar dargelegt.

Diese Einschätzung konnte auch der im Berufungsverfahren vorgelegte Entlassungsbericht aus der Klinik Dr. R. nicht erschüttern. Zwar werden darin bei dem Kläger sogar noch erheblichere Erkrankungen diagnostiziert, insbesondere nun eine schwere depressive Episode. Auf welchen objektiven Testungen diese Diagnose jedoch beruht, geht aus dem Bericht nicht hervor. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass es auch nicht Aufgabe eines medizinischen Behandlers ist, die Angaben seines Patienten in Zweifel zu ziehen, während einem medizinischen Gutachter in jedem Fall obliegt, die Validität der Probandenangaben zu überprüfen.

Sofern allerdings bei dem Kläger zu dem hier relevanten Zeitpunkt im Oktober 2012 gleichwohl eine psychische Erkrankung vorgelegen haben sollte, war diese nicht (mehr) unfallbedingt.

Dies hat Prof. Dr. Sch. überzeugend dargelegt. Die etwaige Anpassungsstörung nach dem Unfall 2008 war nach einigen Monaten bzw. bis zu einem Jahr ausgeheilt, wie es auch den Vorgaben der Diagnose aus F43.2 ICD-10 GM entspricht. In dieses Bild passt bereits, dass der Kläger nach dem Unfall von September 2008 bis Februar 2009 wieder in seinem Beruf gearbeitet hatte und erst danach - am 5. März 2009 - erstmals psychische Symptome ärztlich festgestellt wurden. Jedenfalls endeten etwaige unfallbedingte psychische Störungen spätestens Anfang oder Mitte 2011. Aus der Rehabilitation in der Klinik Dr. R. in H. war der Kläger in deutlich gebessertem Zustand entlassen worden. Dies entnimmt der Senat dem Entlassungsbericht vom 29. Juli 2011. Hiernach konnten zum Ende der Maßnahme hin bei dem Kläger eine Stimmungsaufhellung und ein "Nachlassen der Reizbarkeit und Nervosität" erzielt werden. Der Kläger war erleichtert, nachdem feststand, dass sein Arbeitsplatz - bei einer Arbeitszeit von 4 Stunden täglich - gesichert war. Diese Einschätzung bestätigt sich durch den weiteren Ablauf. Der Kläger ist nach der Rehabilitation für mehrere Wochen nach P. in Urlaub gefahren. Nach seinen Angaben bei Prof. Dr. Sch. hat er sich dort weitergehend gut erholt und war mit Vorfreude auf die Wiedereingliederung auf seinem Arbeitsplatz zurückgekehrt. Angesichts dieses Ablaufs ist es überzeugend, wenn Prof. Dr. Sch. die ab Ende 2011 erneut aufgetretenen Symptome - so sie denn, wie ausgeführt, vorgelegen haben - nicht mehr auf den Unfall 2008 zurückgeführt hat, sondern auf die Auseinandersetzung mit dem Arbeitgeber im Herbst 2011, die den anscheinend für Kränkungsgefühle empfänglichen Kläger auch nach seiner eigenen Schilderung sehr getroffen hat.

Auch zu diesem Punkt kann der Senat nicht der anderslautenden Einschätzung des Wahlgutachtens von Dipl.-Psych. M. folgen. Nach medizinischer Lehrmeinung kann bereits die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode (F33.- ICD-10 GM), die der Sachverständige gestellt hatte, nicht monokausal auf ein einzelnes Ereignis wie hier einen Autounfall zurückgeführt werden. Diese Erkrankung ist vielmehr multifaktoriell bedingt. Dies ergibt sich bereits aus den Vorgaben der ICD-10 GM selbst. Dieses Klassifikationssystem führt in dem Vorspann zu allen affektiven Störungen (F30 bis F39) aus, dass bei den rezidivierenden Erkrankungen - nur - der Beginn der einzelnen Episoden "oft" mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen sei. Auch der erkennende Senat hat bereits in mehreren - anderen - Verfahren den dort erhobenen Sachverständigengutachten entnommen, dass

Erkrankungen dieses Formenkreises nicht monokausal verursacht sein können (vgl. Urteil des Senats vom 12. Januar 2017 – L 6 VH 2746/15 –, juris Rz. 23 zu einer "subsyndromalen posttraumatischen Belastungsstörung" nach F43.8 ICD-10 GM; sowie Urteile des Senats vom 20. Oktober 2016 – L 6 U 34/16 –, juris Rz. 31, und vom 22. September 2016 – L 6 VG 381/15 –, juris Rz. 9 zu depressiven Erkrankungen). Auch im Einzelfall tragen die Erwägungen des Sachverständigen M. zu dem angenommenen Ursachenzusammenhang nicht. Vor allem kann ihm der Senat nicht darin folgen, die Auseinandersetzung mit dem Arbeitgeber Ende 2011 sei nur ein "Stressor" gewesen, der jedoch nicht geeignet gewesen sei, eine Symptomatik hervorzurufen, die typisch für traumatische Ereignisse sei (S. 60 seines Gutachtens). Anders als eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1 ICD-10 GM) verlangt z.B. eine Anpassungsstörung kein traumatisches Ereignis von besonderem Gewicht. Und vor allem ergibt sich aus dem Gutachten nicht, warum andererseits der in Ablauf und körperlichen Folgen geringfügige Verkehrsunfall von 2008 ein geeigneter Hergang gewesen sei. Ferner weist Dipl.-Psych. M. zwar auch auf die vorbestehende, entweder persönlichkeitsbedingte oder durch den Unfall 2001 verursachte erhöhte Vulnerabilität des Klägers hin, geht aber nicht auf die daraus folgende Frage ein, ob dann nicht diese unfallunabhängigen "Stressoren" die rechtlich wesentlichen Ursachen für das angenommene erneute Ausbrechen einer depressiven Symptomatik nach dem Unfall 2008 waren. Bei seiner Einschätzung hat der Sachverständige ferner nicht die jeweils mehrmonatigen Zeiträume ohne nennenswerte Symptome Ende 2008/Anfang 2009 und während des Jahres 2011 berücksichtigt.

Auch an dieser Einschätzung kann der aktuelle Entlassungsbericht der Klinik Dr. R. vom 27. September 2016 nichts ändern. Er bezieht sich auf den aktuellen Zeitpunkt, wohingegen für die Entscheidung in diesem Gerichtsverfahren der Gesundheitszustand des Klägers im Oktober 2012 relevant ist. Außerdem weist der Entlassungsbericht selbst darauf hin, dass die aktuelle depressive Episode des Klägers erst "vor drei Monaten" begonnen habe, also nicht unmittelbar durch den Unfall des Jahres 2008 ausgelöst worden sein kann. Es kann daher offen bleiben, ob die wesentliche Ursache für die anscheinend immer wieder auftretenden depressiven Episoden des Klägers die anscheinend vorbestehende emotionale Labilität mit Somatisierungsneigung und erhöhter Kränkbarkeit ist, die auch der Entlassungsbericht nennt.

Wenn demnach bei dem Kläger spätestens ab Mitte 2011 keine psychische Erkrankung mehr vorlag oder zumindest eine Ende 2011 erneut aufgetretene psychische Symptomatik nicht mehr unfallbedingt war, sondern andere Ursachen hatte, dann lagen die Voraussetzungen für eine Aufhebung der Rentenbewilligung nach § 48 Abs. 1 SGB X vor. Hierbei hat die Beklagte auch die besondere Verfahrensvorschrift aus § 73 SGB VII berücksichtigt, dass Renten bis zum Monatsende zu gewähren sind. Nachdem die Beklagte die Bewilligung erst ab November 2012, also nur für die Zukunft, aufgehoben hat (§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X), muss der Senat nicht mehr klären, ob auch die Voraussetzungen für eine rückwirkende Aufhebung ab dem Ende des Monats (vgl. hierzu § 73 Abs. 2 Satz 1 SGB VII) vorgelegen hätten, in dem der Zeitpunkt der wesentlichen Veränderung lag (§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nrn. 2 bis 4 SGB X).

Die Entscheidung über die Kosten des Berufungsverfahrens beruht auf § 193 SGG.

Gründe für eine Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2017-07-26