

L 18 U 301/05

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

18

1. Instanz

SG Würzburg (FSB)

Aktenzeichen

S 5 U 280/01

Datum

28.07.2005

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 18 U 301/05

Datum

25.05.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 242/11 B

Datum

03.11.2011

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zur Frage der Gewährung einer Verletztenrente über einen bestimmten Zeitpunkt hinaus und Höhe der MdE.

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 28.07.2005 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe einer Verletztenrente sowie die Gewährung einer Verletztenrente über den 31.01.2000 hinaus.

Der 1950 geborene Kläger erlitt als Geschäftsführer eines Holzbetriebs/Bodenle-geretriebs am 25.01.1998 einen Arbeitsunfall, als er beim Beladen eines LKW im Hof des Betriebs über einen Karton stolperte und stürzte. Anschließend wurde er durch den Chirurgen Dr.W. untersucht, der eine Weber-C-Fraktur rechts diagnostizierte. Der Kläger begab sich sodann in stationäre Behandlung des Krankenhauses K. in der Zeit vom 25.01.1998 bis 07.02.1998, wo eine operative Versorgung durch Osteosynthese der Fibula durchgeführt wurde. Mit Abschluss der Behandlung durch den Chirurgen Dr.W. erfolgte am 31.08.1998 die Feststellung der Arbeitsfähigkeit zum 01.09.1998. Nach einer stationären Behandlung in der Psychosomatischen Klinik Bad N. Anfang Januar 1999 teilte der Kläger der Beklagten mit, dass er unter Angstzuständen in Fahrzeugen leide und deshalb nicht zu einer gutachterlichen Untersuchung in das J.Spital D-Stadt fahren könne. Nach Einholung eines Gutachtens des Chirurgen Dr.W. vom 03.08.1999 und einer beratungsärztlichen Stellungnahme des Chirurgen Dr.S. gewährte die Beklagte mit streitgegenständlichem Bescheid vom 24.11.1999 dem Kläger eine Verletztenrente als Gesamtvergütung nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 vH für den Zeitraum vom 01.09.1998 bis 31.01.2000. Als Unfallfolgen wurden festgestellt: "Endgradige Bewegungseinschränkung am rechten oberen Sprunggelenk und unteren Sprunggelenk sowie glaubhafte mit Schwellneigung verbundene, belastungsabhängige Beschwerden im Bereich des rechten Außenknöchels nach Sprunggelenksbruch rechts Typ Weber C bei noch teilweise einliegendem Osteosynthesematerial." Nicht als Unfallfolgen wurden festgestellt: "Folgen der Adipositas und die Folgen von Panikattacken". Mit Widerspruch vom 14.12.1999 machte der Kläger insbesondere geltend, dass er seit Oktober 1998 unter psychosomatischen Beschwerden, verursacht durch das Unfallereignis, leide und bei einer stationären Behandlung in der Psychosomatischen Klinik Bad N. die Einweisungsdiagnose einer Panikstörung gestellt worden sei. Daraufhin erstatteten im Auftrag der Beklagten der Chirurg Prof.Dr.G. am 23.08.2000 sowie der Neurochirurg und Diplom-Psychologe Dr. P. am 16.05.2001 - jeweils nach Untersuchung des Klägers - Gutachten. Gestützt auf eine Stellungnahme des beratenden Neurologen und Psychiaters Dr. R. vom 05.07.2001 lehnte die Beklagte mit weiterem streitgegenständlichen Bescheid vom 25.07.2001 die Gewährung einer Verletztenrente über den 31.01.2000 hinaus ab. Als Unfallfolgen wurden festgestellt: "Endgradige Bewegungseinschränkung am oberen und unteren Sprunggelenk und glaubhafte mit Schwellneigung verbundene belastungsabhängige Beschwerden im Bereich des oberen Sprunggelenks nach Sprunggelenksbruch rechts Typ Weber C bei noch teilweise einliegendem Osteosynthesematerial." Nicht als Unfallfolgen wurden bezeichnet: "Folgen der Adipositas und der Panikattacken."

Den Widerspruch gegen den Bescheid vom 14.12.1999 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 20.09.2001 und den Widerspruch gegen den Bescheid vom 24.11.1999 mit Widerspruchsbescheid vom 15.08.2001 zurück.

Die gegen die Widerspruchsbescheide vom 15.08.2001 und 20.09.2001 eingelegten Klagen zum Sozialgericht Nürnberg (SG) mit den Az [S 5 U 280/01](#) und S 5 U 321/01 hat das SG mit Beschluss vom 29.06.2005 gemäß [§ 113 Abs 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden und unter dem Az [S 5 U 280/01](#) fortgeführt.

Nach Beiziehung ärztlicher Unterlagen haben im Auftrag des SG der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. B. am 11.05.2004 und der Chirurg Dr. H. am 19.05.2004 - jeweils nach ambulanter Untersuchung des Klägers - gemäß § 106 SGG Gutachten erstattet. Dr. B. ist zu der Beurteilung gelangt, dass beim Kläger eine Panikstörung sowie eine depressive Verstimmung im Zusammenhang mit der Panikstörung gegeben sei und diese nicht wesentlich durch das Unfallereignis verursacht worden sei. Der Chirurg Dr. H. hat die Auffassung vertreten, dass die Unfallfolgen nicht mit einer MdE von 20 vH über den 31.01.2000 zu bewerten seien. Auf Antrag des Klägers haben der Orthopäde Dr. B. am 30.11.2004 und der Neurochirurg und Dipl.-Psychologe, Psychotherapeut Dr. P. am 07.02.2005 - jeweils nach ambulanter Untersuchung des Klägers - gemäß § 109 SGG Gutachten erstattet. Dr. B. hat die unfallbedingte MdE ab 01.02.2000 mit 10 vH zu bewerten. Dr. P. ist in seinem Gutachten vom 07.02.2005 zu dem Ergebnis gelangt, dass die Panikerkrankung des Klägers wesentlich durch das Unfallereignis verursacht worden sei und die MdE mit 50 vH zu bewerten sei.

Mit Urteil vom 28.07.2005 hat das SG die Klage abgewiesen. Nach der übereinstimmenden Beurteilung der gerichtsärztlichen Sachverständigen Dr. H. und Dr. B. seien weder der im Rahmen der gerichtsärztlichen Untersuchungen erhobene Befund noch die Befunde aus den Vorgutachten des Chirurgen Dr. W. vom Oktober 1999 noch von Prof. Dr. G. vom August 2000 mit einer MdE von 20 vH zu bewerten. Dr. H. weise zutreffend darauf hin, dass auch die Befunde der Vorgutachten im Wesentlichen vergleichbar seien mit den Befunden, wie sie im Rahmen der gerichtsärztlichen Untersuchung durch ihn erhoben worden seien, wobei lediglich bei der Untersuchung im August 2000 eine deutlichere Einschränkung bei der Fußhebung festzustellen gewesen sei. Entsprechend den Feststellungen des gerichtsärztlichen Sachverständigen Dr. B. seien die beim Kläger festgestellten Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet im Sinne einer Panikstörung nicht wesentlich durch das Unfallereignis oder die hieraus resultierenden Folgen im Sinne einer Immobilität des Klägers verursacht worden. Für die Gesundheitsstörung des Klägers auf psychiatrischem Fachgebiet sei eine wesentliche Prädisposition im Sinne einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur wesentlich, die in ihrer Wertigkeit das Unfallereignis und dessen Folgen als Ursache der sodann bestehenden psychiatrischen Symptomatik völlig zurückdränge. Wie Dr. R. komme Dr. B. insbesondere zu dem Ergebnis, dass der Unfall eher im Sinne eines Anlasses und nicht im Sinne einer wesentlichen Verursachung der Symptomatik auf psychiatrischem Fachgebiet zu werten und dass die Schwere des Unfallereignisses zu gering sei, um eine wesentliche Verursachung durch das Unfallereignis anzunehmen. Auch die zeitliche Latenz zwischen Unfallereignis und Beginn der Panikstörung spreche gegen einen wesentlichen Unfallzusammenhang. Insbesondere könne der Auffassung nicht gefolgt werden, der Kläger könne aufgrund der Unfallfolgen nicht wieder in seinem Beruf als Parkettleger arbeiten. Diese subjektive Wertung finde in den objektiven Befunden der behandelnden Orthopäden und Chirurgen sowie den Befunden, wie sie auch in den gerichtsärztlichen Gutachten durch Dr. H. und Dr. B. beschrieben seien, keine Stütze. Demgemäß werde in beiden chirurgisch/orthopädischen gerichtsärztlichen Gutachten keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bestätigt.

Hiergegen richtet sich die beim Bayer. Landessozialgericht am 02.09.2005 eingegangene Berufung des Klägers. Unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung der Dipl.-Psychologin S. vom 25.09.2006 trägt der Kläger zur Berufungsbegründung insbesondere vor, dass entgegen der Auffassung des gerichtsärztlichen Sachverständigen Dr. B. die bei ihm festgestellten Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet im Sinne einer Panikstörung wesentlich durch das Unfallereignis und die daraus resultierenden Folgen im Sinne einer Immobilitätsstörung verursacht worden seien. Seit November 1998 bestehe eine unverminderte Angsterkrankung mit Panikattacken. Dies sei auch von Dr. B. bestätigt worden. Eine psychiatrische Vorerkrankung habe ausweislich der Feststellung des Prof. Dr. S. nicht vorgelegen. In der Vorgeschichte fänden sich lediglich Hinweise für eine Persönlichkeitsakzentuierung, wobei dies keine Diagnose, sondern die Beschreibung von Persönlichkeitseigenschaften darstelle, die innerhalb der normalen Variationsbreiten lägen. Das SG habe nicht berücksichtigt, dass auch nach vorausgegangenem chronischen oder akuten Stress, der zu psychischer oder physischer Erschöpfung geführt habe, der initiale Panikanfall auftreten könne (vgl. das Gutachten des Dr. P. vom 07.02.2005). Durch das Unfallgeschehen sei es zu einer starken Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit, insbesondere in Bezug auf seinen Beruf, gekommen. Die Panikerkrankung, wie sie bei ihm vorliege, sei im Sinne einer organspezifischen Funktionsstörung mit erheblicher Leistungseinschränkung und Therapieresistenz zu bewerten. Die Beeinträchtigung liege bei 50 bis 70 %.

Im Auftrag des Senats hat der , Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalytiker, Dr. C. nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 16.12.2006 gemäß § 106 SGG ein Gutachten erstattet und darin zusammenfassend die Auffassung vertreten, dass zum Unfallzeitpunkt eine latente (Angst-)Be-reitschaft vorgelegen, die unfallbedingt dekompenziert sei und sich wesentlich richtunggebend verschlimmert habe. Die Unfallfolgen seien nicht vollständig erfasst. Anzuerkennen seien im Sinne einer Richtung gebenden Verschlimmerung eine "schwere chronische Erlebnisstörung" mit ihren Ausprägungen und -wirkungen. Die MdE sei seit dem 01.09.1998 mit 40 vH einzuschätzen.

Zur Berufungserwidern trägt die Beklagte hingegen insbesondere vor, dass sich das Gutachten von Dr. C. vom 16.12.2006 unter Zugrundelegung des Unfalls auf eine reine "conditio sine qua non" stütze. Seiner Einschätzung, dass das Unfallereignis zu einer chronischen Erlebnisstörung durch Nichtbewältigung des Unfalls und dessen vielschichtigen Folgen geführt habe, seien auch die Ausführungen des Privatdozenten Dr. R. entgegenzuhalten, wonach gegen eine Anpassungsstörung als mittelbare Unfallfolge allein schon der zeitliche Zusammenhang spreche, ebenso wie das Nichtvorhandensein von zu fordernden psychosozialen Belastungen in einem außergewöhnlichen Ausmaß. In den Angaben des Klägers (S. 8 des Gutachtens Dr. C.) komme deutlich zum Ausdruck, dass nicht die Folgen des Unfalls kausal für die entwickelte Angststörung seien, sondern die in der Persönlichkeit des Klägers begründete, vorbestehende Anspruchshaltung, was die eigene Schaffenskraft anbelange, und seine persönliche Selbstwertregulation. In diesem Zusammenhang werde nochmals auf die Eigenangaben des Klägers anlässlich der Begutachtung bei Dr. B. verwiesen, wonach "etwas anderes hätte passieren können, was ihn aus der Bahn geworfen hätte, wenn nicht der Unfall eingetreten wäre".

Hierzu hat sich Dr. C. am 20.03.2007 ergänzend geäußert. Mit Schriftsatz vom 03.03.2008 hat der Kläger eine weitere ärztliche Bescheinigung der Frau Dr. S. vom 29.01.2008 übersandt.

Im Auftrag des Senats hat anschließend der Arzt für Neurologie, Psychiatrie-Psychotherapie Dr. E. gemäß § 106 SGG nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 25.05.2010 ein Gutachten erstattet und ist darin zusammenfassend zu dem Ergebnis gelangt, dass sich keine Unfallfolgen auf neurologisch-psychiatri-schem Fachgebiet, die zusätzlich anzuerkennen wären, gegeben seien. Die Vorerkrankung/Anlage (Disposition) auf psychiatrischem Gebiet sei zum Unfallzeitpunkt so leicht ansprechbar gewesen, dass der Unfall/die Unfallfolgen in ihrer Bedeutung als Ursache für die Gesundheitsstörung (Panikstörung, Dysthymie) durch die Vorschädigung völlig zurückgedrängt würden. Auf Veranlassung des Senats hat Dr. E. am 10.08.2010 nach Aktenlage ergänzend Stellung genommen.

Auf Antrag des Klägers hat der Nervenarzt Dr. D. am 03.03.2011 ein Gutachten gemäß [§ 109 SGG](#) erstattet und ist darin zusammenfassend zur Beurteilung gelangt, dass als Unfallfolgen auch eine Panikstörung und eine rezidivierende depressive Störung anzuerkennen seien. Als Vorerkrankung habe eine zwanghaft-narzisstische Persönlichkeitsstruktur bestanden. Für die Verursachung der Panikstörung habe zum Unfallzeitpunkt keine ausreichende Disposition vorgelegen. Dagegen sei für die Aufrechterhaltung und Therapieresistenz der psychischen Gesundheitsstörung von einer mitverursachenden Disposition auszugehen. In der Zeit vom 01.09.1998 bis zum 31.08.2000 betrage die MdE 50 vH, ab 01.09.2000 betrage die MdE 40 vH.

Auf Veranlassung des Senats hat der gerichtliche Sachverständige Dr. E. hierzu am 16.05.2011 ergänzend Stellung genommen.

Der Senat hat 2 Bd. Akten des SG, 3 Bd. Akten der Beklagten, 1 Bd. Akten des SG mit dem Az. S 12 R 4582/04, 1 Bd. SG-Akten mit dem Az. S [12 R 4151/05](#) beigezogen. Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten und der Gerichtsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist auch im Übrigen zulässig ([§§ 143, 144, 151 SGG](#)).

Die Berufung ist jedoch nicht begründet.

Zu Recht hat das SG die Klage gegen den Bescheid vom 24.11.1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.08.2001 (Streitgegenstand: Verletztenrente nach einer höheren MdE als 20 vH für den Zeitraum vom 01.09.1998 bis 31.01.2000) sowie gegen den Bescheid vom 25.07.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.09.2001 (Streitgegenstand: Verletztenrente über den 31.01.2000 hinaus) abgewiesen. Denn dem Kläger steht kein Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente über den 31.01.2000 hinaus bzw. nach einer höheren MdE als 20 vH ab Beginn der Zahlung, d.h. ab 01.09.1998, zu.

Gemäß [§ 56 Abs 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vH gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 vH mindern, Satz 3.

Gemäß [§ 56 Abs 2 Satz 1 SGB VII](#) richtet sich die MdE nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens.

Die Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge eines Arbeitsunfalls und ggf. die Entschädigung durch Zahlung einer Verletztenrente als Rente auf unbestimmte Zeit nach [§ 56 SGB VII](#) setzen voraus, dass die Gesundheitsstörung Folge eines Versicherungsfalles, d.h. eines Arbeitsunfalls, ist ([§§ 7, 8 SGB VII](#)). Der Arbeitsunfall muss also wesentlich an der Entstehung der Gesundheitsstörungen mitgewirkt haben. Davon ist auszugehen, wenn er neben anderen Bedingungen bei wertender Betrachtung diejenige ist, die wegen ihrer besonderen qualitativen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen hat (Theorie der wesentlichen Bedingung, st.Rspr. vgl. z.B. [BSGE 63, 277](#)). Dabei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, d.h. neben dem Arbeitsunfall auch die Gesundheitsstörungen, mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen sein (Vollbeweis). Ein vernünftiger, die Lebensverhältnisse klar überschauender Mensch darf keinen Zweifel mehr haben ([BSGE 7, 103](#), 106). Für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem schädigenden Ereignis und dem Gesundheitsschaden (haftungsbegründende Kausalität) sowie den Folgeschäden (haftungsausfüllende Kausalität) ist demgegenüber hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreichend. Es genügt, wenn bei Abwägung aller Umstände die für den Zusammenhang sprechenden Erwägungen so stark überwiegen, dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann ([BSGE 32, 203](#), 209; [45, 285](#), 286).

Dabei liegt eine nicht gleichwertige unwesentliche Teilursache (Gelegenheitsursache) dann vor, wenn eine Krankheitsanlage, konstitutionell bedingte Schwäche oder ein Vorschaden, die zum Zeitpunkt des Unfalls nachweisbar vorlagen, so stark oder so leicht ansprechbar waren, dass der durch den Unfall eingetretene Gesundheitsschaden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auch ohne das schädigende Ereignis ähnlich schwer zu annähernd gleicher Zeit durch ein anderes beliebig austauschbares Ereignis oder eine Belastung des täglichen Lebens oder auch ohne eine solche ausgelöst worden wäre ([BSGE 62, 220](#), 22 f = SozR 2200 § 589 Nr 10; BSG, Urteil vom 12.04.2005, [B 2 U 27/04 R](#), BSGE 94, 296 = [SozR 4-2700 § 8 Nr 25](#) jeweils Rn 11: ähnlich Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8.Aufl, 2003, Kap. 1.3.6.1. S 80 f). Dies setzt eine wertende Entscheidung bezüglich der Gewichtigkeit der verschiedenen Ursachen voraus.

Maßgebend für die Festsetzung der Erwerbsminderung sind die durch den Unfall bedingten krankhaften Befunde bzw. ihre Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit im allgemeinen Erwerbsleben. Maßstab für die Bewertung sind insoweit die nach den medizinischen Erfahrungen gebildeten, durch die Rechtsprechung bestätigten allgemeinen Bewertungsgrundsätze (z.B. in Mehrhoff/Meindl/Muhr, Unfallbegutachtung, 12.Aufl; Schönberger/Mehrtens/Valentin, aaO):

Ausgehend von diesen rechtlichen Grundsätzen steht zur Überzeugung des Senat in Übereinstimmung mit dem SG fest, dass Verletztenrente nicht über den 31.01.2000 hinaus zu gewähren ist und die Beklagte die MdE im Zeitraum vom 01.09.1998 bis 31.01.2000 zu Recht mit 20 vH bewertet hat. Dabei stützt sich der Senat auf eine Gesamtwürdigung der in den Akten enthaltenen medizinischen Befunde und gutachterlichen Stellungnahmen, insbesondere auf die schlüssigen und überzeugenden gutachterlichen Ausführungen des vom Senat gemäß [§ 106 SGG](#) gehörten Arzt für Neurologie, Psychiatrie - Psychotherapie Dr. E. in seinem Gutachten vom 25.05.2010. Hingegen vermag der Senat den Beurteilungen des vom SG gemäß [§ 109 SGG](#) gehörten Neurochirurgen und Dipl.-Psych. Dr. P. und dem vom Senat gemäß [§ 106 SGG](#) gehörten Nervenarzt Dr. C. sowie dem auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) gehörten Nervenarzt Dr. D. nicht zu folgen. Das Ergebnis der vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme bestätigt das vom SG gefundene Beweisergebnis.

In Übereinstimmung mit Dr. E. steht zur Überzeugung des Senats fest, dass beim Kläger als Vorschaden eine erhebliche neurotische Störung und eine zwanghafte narzisstische Persönlichkeitsstörung vorlagen und dieser Vorschaden überragende Bedeutung für das Entstehen der Panikstörung und der Dysthymie hat. Hingegen ist das Unfallereignis selbst nicht rechtlich wesentlich für das Entstehen der Panikstörung und der Dysthymie. Somit hätte auch jedes andere Ereignis, das den Kläger mittelbar mit der Situation eines möglichen Versagens im beruflichen Bereich konfrontiert hätte, eine ähnliche massive Reaktion auslösen können.

Bei dem zur Frage stehenden Unfallereignis vom 25.01.1998 mit den Folgen auf orthopädischem Fachgebiet handelt es sich dem Wesen nach um ein rein körperliches Ereignis, das nach Art und Schwere nicht geeignet war - worauf Dr. E. zu Recht hinweist - eine solch massive psychoreaktive Fehlentwicklung in Gang zu setzen, wie dies beim Kläger eingetreten ist. Vielmehr drängt die Vorschädigung des Klägers auf psychiatrischem Fachgebiet, die nach der zutreffenden Auffassung von Dr. E. in Übereinstimmung mit Dr. B. nachgewiesen ist, die Bedeutung des Ereignisses bzw. der Unfallfolgen für die beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen (Panikstörung/rezidivierende depressive Störung) völlig zurück.

Bei der Untersuchung durch Dr. E. anlässlich der Gutachtenserstellung legte der Kläger dar, dass bei ihm neben Panikattacken auch Depressionen bestünden, letztere verbunden mit Antriebsstörungen, Rückzugsverhalten, Lustlosigkeit, erstere verbunden mit psychovegetativen Symptomen, die er durch die Einnahme von Diazepam überbrückte. Der Kläger machte eine erhebliche Beeinträchtigung seiner Lebensqualität und der Teilhabe am sozialen Leben durch die genannten Gesundheitsstörungen geltend. Demgegenüber sei er vor dem Unfallereignis lebensbejahend, erfolgreich und initiativ gewesen. Die Ereignisse aus den Jahren 1997 (Bergwanderung), 1992 und 1994 ("Flugangst" bei Turbulenzen) hätten ihn in seiner Lebensführung nicht beeinträchtigt und zu keinerlei nervenärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen geführt. Zur Entwicklung der Panikattacken trägt der Kläger vor, dass die erste Attacke Mitte September 1998 auf einer Fahrt zu einer Firmenfiliale in D-Stadt auftrat, als ein mit Holzstämmen beladener LKW entgegen kam. Die zweite Attacke sei dann Ende September bei einer Urlaubsfahrt nach Italien aufgetreten vor einer Brücke. Nach der Rückkehr aus dem Urlaub und Wiederaufnahme der Arbeit sei drei Tage später die nächste Attacke aufgetreten. Der Kläger selbst sieht den entscheidenden Anlass für das Auftreten der Panikattacken in der Mitteilung von Prof. B. (BG-Unfallklinik F.), dass er den Beruf als Parkettleger nicht mehr ausüben könne.

Zu Recht weist Dr. E. darauf hin, dass diese Situation den Kläger mit der Tatsache konfrontierte, dass er seinen selbstgesetzten Leistungsstandard durch eine Verwaltungstätigkeit, die er nicht in gleicher Weise bewältigt, nicht einhalten konnte und die bei ihm vorliegende prämorbid durch sehr hohe Leistungsbereitschaft überkompensierte Selbstwertproblematik reaktualisiert wurde. Diese biografisch motivierte Kompensation in übererfüllendem Leistungsstreben wird vom Kläger in der Exploration beschrieben und kommt auch in den vorgängigen Gutachten immer wieder zum Ausdruck.

In seinem beruflichen Werdegang hat der Kläger Entwicklungen, in denen er keine Perspektiven für sich sah, dahingehend gelöst, dass er die Arbeitsstelle wechselte und sich damit ein Fortkommen sicherte. Dies war bei dem jetzt vorliegenden Ereignis nicht mehr möglich und konfrontierte den Kläger mit erheblichen Insuffizienz- und Versagensgefühlen. Auch wenn die prämorbid berichteten Situationen, in denen erheblichere Angstzustände auftraten, nicht dazu führten, dass eine nervenärztliche oder psychotherapeutische Behandlung eingeleitet werden musste, sondern im Rahmen der dem Kläger zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien überdeckt werden konnten, auch unter Einsatz von Vermeidungsstrategien, so ergeben sich hieraus dennoch deutliche Hinweise auf prädisponierende Einschlussfaktoren.

Seitens der Psychosomatischen Klinik in Bad N. wurde im Befundbericht vom 19.03.1999 dargelegt, dass die Entwicklung der Panikstörung auf dem Boden einer neurotischen Grundstruktur entstanden ist. Auch wird von den Kollegen der Psychosomatischen Klinik Bad N. auf narzisstische Persönlichkeitszüge beim Kläger hingewiesen. Genauso wird von Frau Dipl.-Psych.S. S. (Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) die Diagnose "V.a. narzisstisch-zwanghafte Persönlichkeitsstörung / F61" gestellt. Ebenso spricht Dr.H. (Nervenarzt, Krankenhaus für Psychiatrie W.) in seinem Gutachten vom 03.05.2006 für das SG vom Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften und narzisstischen Zügen, die im Berufsleben zu einer hohen Genauigkeit seiner Arbeitsleistung führte, jedoch seit 1998 insbesondere Züge der Selbstentwertung wegen nicht mehr vorhandener Leistungsfähigkeit aufweist. Dr. B. legt in seinem Gutachten für das SG vom 11.05.2004 sehr nachvollziehbar biografisch die Herausbildung einer zwanghaft-narzisstischen Persönlichkeit in ihrer übernachhaltigen Wesensart als Disposition beim Kläger dar auf dem Hintergrund eines instabilen Selbstwertgefühls.

Zu Recht führt Dr. B. weiterhin aus, dass es "nur durch die Annahme einer narzisstischen Persönlichkeit als Disposition ..." zu verstehen ist, dass es zu einer solchen Ausweitung der relativ geringen Unfallfolgen kommen konnte. Die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung sieht Dr. B. hingegen als nicht erfüllt an. Auch er geht zutreffend davon aus, dass der Unfall "eher im Sinne eines Anlasses und nicht im Sinne einer Verursachung" zu verstehen ist.

Zwar wird - worauf Dr. E. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 16.05.2011 hinweist - die Frage einer beim Kläger vorliegenden Persönlichkeitsstörung in den bisherigen Gutachten, Krankenhausberichten und Heilverfahren/Entlassungsberichten kontrovers beurteilt. Übereinstimmung besteht jedoch zumindest dahingehend, dass eine erhebliche zwanghaft-narzisstische Persönlichkeitsstruktur beim Kläger anzunehmen ist oder zumindest eine erhebliche Persönlichkeitsakzentuierung (s. hierzu auch Arztbrief der Psychiatrischen Universitätsklinik D-Stadt vom 13.03.2001). Die neurotische Störung wurde auch gut-achtensunabhängig anlässlich des Heilverfahrens (HV-Bericht vom 19.03.1999) in der Psychosomatischen Klinik Bad N. herausgearbeitet.

Entgegen der Auffassung des Klägers ist es letztlich ohne rechtliche Relevanz, ob die Panikattacken erstmals 1988 aufgetreten sind - wie im Befundbericht des Dr.W. vom 22.06.2006 bescheinigt - oder erst ab September 1998 aufgetreten sind - wie im Attest des Dr.W. vom 26.07.2010 angegeben. Denn für die Beurteilung der streitentscheidenden Frage, ob das Ereignis vom 25.01.1998 rechtlich wesentlich ursächlich für das Auftreten von Panikattacken war, kommt es hierauf nicht an. Eine Einvernahme des Dr. W. als sachverständigen Zeugen zum Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens von Panikattacken ist daher entbehrlich. Die Beurteilung der Kausalität wird vielmehr durch die wesentliche Herausarbeitung einer akzentuierten Persönlichkeit des Klägers als Disposition sowie durch die dadurch bedingte leichte Ansprechbarkeit dieser Disposition durch den Unfall bedingt. In diesem Zusammenhang sind auch die eigenanamnestischen Angaben des Klägers anlässlich der Gutachtenserstellung durch Dr. B. vom 11.05.2004 zu berücksichtigen, als dieser selbst den Unfall als "vom Schicksal bestimmt" ansieht und nach seiner Meinung auch "irgendein anderes Ereignis geeignet" gewesen wäre, ihn aus der Bahn zu werfen. Diese Auffassung des Klägers zu seiner Lebenssituation bringt auch zum Ausdruck, dass vorgängig zu dem Unfallereignis eine belastende biografische und persönlichkeitsstrukturelle Entwicklung eingetreten war, die eine anhaltende neurotische Konfliktkonstellation mit sich brachte. Der pauschale Einwand des Klägers im Schriftsatz vom 15.07.2010, er könne sich sechs Jahre nach der Begutachtung bei Dr. B. vom 11.05.2004 im Hinblick auf die erheblichen Nebenwirkungen wie starke Müdigkeit, Benommenheit, Verwirrtheit usw., die sich bereits bei normaler Dosierung einstellen könnten, auch im Hinblick auf die mit 30 mg vorliegende Überdosierung nicht mehr daran erinnern, ob und ggf. in welchem Zusammenhang er eine entsprechende Äußerung tatsächlich gemacht habe, vermag die zeitnahen detaillierten Aufzeichnungen von Dr. B. nicht zu widerlegen.

Auf einen weiteren Gesichtspunkt, der gegen die Annahme spricht, dass das Ereignis vom 25.01.1998 zumindest eine rechtlich wesentliche (Teil-)Ursache darstellt, weist die Dipl.-Psych. S. S., Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hin. Nach ihrer zutreffenden Auffassung ist die Erfolglosigkeit der therapeutischen Bemühungen in der Persönlichkeitsstörung des Klägers begründet. Auch Dr.D. geht in seinem Gutachten vom 03.03.2011 davon aus, dass für die Aufrechterhaltung und Therapieresistenz der psychischen Gesundheitsstörung von einer mitverursachenden Disposition auszugehen ist, wobei er als Disposition die zwanghaft - narzisstische Persönlichkeitsstruktur des Klägers ansieht. Ferner weist er insoweit zu Recht darauf hin, dass in einem Zeitraum von zwei Jahren bei einem Großteil der Patienten mit Panikstörung und Depression eine Besserung unter einer Behandlung zu erwarten ist. Auch im Arztbrief vom 13.03.2001 (Privatdozent Dr. F./Prof. Dr. S.) wird aufgrund der stationären verhaltenstherapeutischen Behandlung des Klägers von einem bei ihm vorliegenden "Beschwerdebild aus auffälliger Persönlichkeitsstruktur mit dysfunktionalen Kognitionen und deutlicher Selbstwertproblematik sowie zusätzlicher Paniksymptomatik" gesprochen und eine "übernachhaltige Wesensart" diagnostiziert entsprechend F 60.8 ("sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung") TMR ICD-10 Kap V (F) der internationalen Klassifikation der psychischen Störungen.

Auf diese vorgängigen Beurteilungen geht Dr. C. in seiner Begutachtung nicht ein, wobei insbesondere das von ihm postulierte unfallbedingte Auftreten einer "Persönlichkeitsstörung" und der "neurotischen Entwicklung" unerklärt bleibt. Eine Begründung für seine Beurteilung bleibt Dr. C. schuldig. Unbeachtet bleibt dabei auch, dass der Kläger in seiner biografischen Entwicklung Kompensationsstrategien für Defizite auf psychischem Gebiet entwickelte, in Richtung Definition des Selbstwerts über eine extreme Leistungsorientierung und nach eigenen Angaben einen extremen Lebensstil, wie sie auch durch die Psychosomatische Klinik Bad N. am 20.10.2004 beschrieben und von Dr. C. zitiert werden. Daraus ergibt sich ein erhebliches Ausmaß einer neurotischen Entwicklung mit persönlichkeitsstrukturellen Defiziten "prämorbid" zum Unfallereignis. Auch daraus wird ersichtlich, dass das Unfallereignis weder als unmittelbar haftungsbegründende Ursache noch mittelbar als relevanter Auslöser dieser Dekompensation des Klägers in Panikattacken und Depression zu bewerten ist. Die mit diesen psychischen Störungen einhergehende Suchtentwicklung (Benzodiazepine) zeigt mehr Bezüge zur prätraumatischen Persönlichkeitsstruktur des Klägers und dem von ihm als exzessiv charakterisierten Lebensstil als zum Unfallereignis.

Aus den dargelegten Gründen vermag der Senat auch den Ausführungen von Dr. P. nicht zu folgen, der nicht erklärt, warum die persönlichkeitsstrukturellen Defizite des Klägers nicht als prämorbid psychiatrisch relevante Defizite erfasst und beschrieben werden, sondern ungeachtet dessen postuliert, dass prämorbid zum Unfallzeitpunkt keine relevante psychische Vorerkrankung vorgelegen habe. Diese psychoreaktive Fehlentwicklung in der haftungsbegründenden Kausalität allein auf den Unfall zurückzuführen, wie dies von Dr. med. Dipl.-Psych. P. als Gutachter im Klageverfahren gemäß [§ 109 SGG](#) geschehen ist, ist in Kenntnis der biografischen Belastung des Klägers, der Selbstwertproblematik und des Konflikts zwischen Leistung und Versagen sowie einer im Handeln "extremen" Persönlichkeit als nicht hinreichend begründet und nachvollziehbar anzusehen. Diese biografischen Faktoren und Dispositionen hat Frau Dr. B. in ihrem nervenärztlichen Gutachten vom 31.10.2005 klar und nachvollziehbar herausgearbeitet.

Der Senat vermag den gutachterlichen Ausführungen des Nervenarztes Dr.C. auch insofern nicht zu folgen, als dieser die beim Kläger vorliegende Adipositas auf das Ereignis vom 25.01.1998 rechtlich wesentlich zurückführt. Auch hinsichtlich der Adipositas äußert der Kläger selbst, dass diese nicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis steht, lediglich die Zunahme der Adipositas mit der Phase der Rollstuhlbenutzung einher. Zu Recht hat die Beklagte in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, dass das Körpergewicht des Klägers im April 1998 über 100 kg, im Jahr 1999 131,6 kg betragen hat, während es im März 2000 wieder ca. 120 kg betragen hat. Im Februar 2002 hat der Kläger von einer Gewichtszunahme seit Weihnachten 2001 von 8 kg bei einem zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Gewicht von 127 kg berichtet. Im Mai 2004 hat der Kläger selbst anlässlich einer Begutachtung ausgeführt, dass er seit seiner Eheschließung kontinuierlich zugenommen hat.

Soweit der Kläger vorträgt, die Gesamtdauer der Untersuchung durch Dr. E. habe nur etwa eine Stunde betragen, ist ihm entgegenzuhalten, dass sich der Kläger am 12.10.2009 von 10.00 bis 16.30 Uhr in der Praxis befunden hat und im Zeitraum von 14.00 bis 16.30 Uhr von Dr. E. exploriert und untersucht worden ist, also 2,5 Stunden. Entgegen der Auffassung des Klägers sind auch nicht nur 4, sondern 6 testpsychologische Untersuchungen durchgeführt worden, darüber hinaus eine elektroencephalografische Untersuchung sowie ein AEP, was auch Zeit erfordert.

Die Unfallfolgen auf orthopädischem Fachgebiet (s. Gutachten von Dr. B. vom 30.11.2004) sind in den Bescheiden vom 24.11.1999 und 25.07.2001 vollständig erfasst. Als Unfallfolge liegt eine komplexe Weber-C-Fraktur rechtes OSG, operativ versorgt am 25.01.1998 mit daraus resultierender Verschleißerscheinung vor. Die Unfallfolgen sind mit 10 vH auch angemessen bewertet. Neben der vollständigen Erfassung der orthopädisch bedingten Verletzungen ergeben sich keine Unfallfolgen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet, die zusätzlich anzuerkennen wären. Hierfür ergibt sich keine hinreichende Wahrscheinlichkeit im Sinne einer haftungsbegründenden Kausalität, wie dies oben bereits dargelegt wurde.

Aufgrund der dargelegten prädisponierenden Faktoren mit der langfristigen Selbstüberforderung ist abzuleiten, dass mit zunehmendem Alter und wenig zur Verfügung stehenden Kompensationsmechanismen Dekompensationen in Form dieser Panikstörungen aufgetreten sind, durchaus etwa zur selben Zeit wie der Unfall.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die beim Kläger zum Zeitpunkt des Ereignisses vorliegende Krankheitsanlage einer neurotischen Persönlichkeitsstörung bereits so stark entwickelt und so leicht ansprechbar war, dass ein Unfalltrauma ohne kausalen Zusammenhang als Auslöser dieser Dekompensation ausreichte.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 183, 193 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, sind nicht ersichtlich, [§ 160 Abs 2 Nrn 1 und 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2011-11-25