

L 3 U 37/04

Land

Hamburg

Sozialgericht

LSG Hamburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen

36 U 631/97

Datum

26.04.2004

2. Instanz

LSG Hamburg

Aktenzeichen

L 3 U 37/04

Datum

09.12.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 26. April 2004 abgeändert. Die Beklagte wird unter Abänderung der Bescheide vom 24. Juli 1997 und 17. September 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. November 1997 verurteilt, dem Kläger Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 25 v. H. ab 8. Oktober 2001 und nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 40 v. H. ab 23. Oktober 2002 unter Anrechnung des bereits gezahlten Vorschusses zu gewähren. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten sind die Gewährung von Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. September 1992 und die Rechtmäßigkeit der Rückforderung eines gewährten Vorschusses streitig.

Der am XX.XXXXX 1969 geborene Kläger war im zweiten Lebensjahr an einer Kinderlähmung erkrankt mit ausgeprägten Lähmungserscheinungen der Beine, rechts mehr als links. Wegen der Folgen dieser Erkrankung und einer ebenfalls seit Kindesalter bestehenden Beckendysplasie beidseits mit Hüftgelenksdysplasie rechts und schwerer Hüftgelenksluxation links mit erheblicher Beinverkürzung links hat das Versorgungsamt bei ihm mit Bescheid vom 13. November 1987 mit Wirkung ab 1. Januar 1983 einen Grad der Behinderung von 100 sowie das Vorliegen der Voraussetzungen für die Merkzeichen "G", "B", "aG" und "H" festgestellt. Grundlage dieser Entscheidung war das versorgungsärztliche Gutachten der Ärztin S. vom 22. September 1987, in welchem unter anderem ausgeführt wird, dass es nur der persönlichen Energie des Klägers zuzuschreiben sei, dass er bislang auf einen Rollstuhl verzichten könne und sich stattdessen an zwei Unterarmgestützen mühsam fortbewege. Tatsächlich ist dem Kläger nach Angabe des behandelnden Hausarztes Dr. K. wegen der Folgen der Kinderlähmung zu keiner Zeit ein Rollstuhl verordnet worden. Auch die E.-Zentralverwaltung als Arbeitgeber des Klägers für den Zeitraum ab Dezember 1991 hat angegeben, dass der Kläger während der Beschäftigungsdauer niemals einen Rollstuhl benutzt habe. Am 14. September 1992 erlitt der Kläger auf dem Weg zu seiner Arbeit einen Autounfall, bei welchem er im Fahrzeug eingeklemmt war und von der Feuerwehr herausgeschnitten werden musste. Er zog sich linksseitig Brüche des Schlüsselbeins, des Oberschenkels, des Unterschenkels sowie des Sprunggelenks zu, wegen derer er bis 5. Oktober 1992 im Allgemeinen Krankenhaus (AK) B. und anschließend bis 11. November 1992 im AK E1 stationär behandelt wurde. Wegen des nicht verheilenden Bruchs des linken Unterschenkels erfolgten weitere stationäre Behandlungen im Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus (BUK) vom 30. August bis 12. Oktober 1993 und vom 10. Februar bis 22. Februar 1994, aus welchen der Kläger mit verbliebenem Osteosynthesematerial entlassen wurde. Nach einem weiteren stationären Aufenthalt vom 13. März bis 21. April 1995 teilte das BUK mit, dass der Kläger vorwiegend wegen der Folgen der Kinderlähmung, teilweise aber auch wegen der Folgen der Unfallverletzungen auf die Benutzung eines Rollstuhls angewiesen sei. Die Beklagte zog die Unterlagen des Versorgungsamtes bei und ließ den Kläger zur Frage der Gewährung beruflicher Rehabilitationsleistungen nervenärztlich und orthopädisch begutachten. Dres. H./ H1 führten in ihrem neurologischen Gutachten vom 5. Februar 1996 im Rahmen des psychischen Befundes unter anderem aus, es gebe keinen Hinweis auf das Vorliegen einer tiefergreifenden depressiven Antriebs- oder Affektstörung, und gelangten zu dem Ergebnis, Unfallfolgen auf nervenärztlichem Fachgebiet lägen nicht vor. Die Orthopäden Dres. N./ P. gelangten in ihrem Gutachten vom 7. August 1996 zu dem Ergebnis, als Unfallfolgen lägen die korrekt verheilten Brüche des Schlüsselbeins, des linken Oberschenkels und des linken oberen Sprunggelenks sowie die verheilte körferferne Schienbein-Falschgelenkbildung links mit noch liegendem Osteosynthesematerial, einhergehend mit geringer Belastungsbeschwerdesymptomatik, sowie eine geringe weitere Funktionsminderung am oberen Sprunggelenk vor, die eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 10 vom Hundert bedingten. Der Nervenarzt Dr. F. beschrieb in dem weiteren Gutachten vom 9. März 1997 den psychischen Befund dahingehend, dass die Beschwerdeschilderung adäquat sei, sich Hinweise für Aggravation oder Simulation nicht fänden, der Kläger durchweg freundlich, aber auch bestimmend gewesen sei, seine Stimmung ausgeglichen, der Antrieb im Mittelbereich gewesen sei. Im Ergebnis wird in dem

Gutachten ausgeführt, dass der Kläger sich bei dem Unfall keine Verletzung des zentralen oder peripheren Nervensystems zugezogen habe. Der Chirurg Dr. K1 ist in seinem Gutachten vom 25. Juni 1997 zu dem Ergebnis gelangt, es sei von stabil verheilten Frakturen und einer ohne Defizit verbliebenen Beweglichkeit der Gelenke auszugehen. Es bestehe lediglich noch eine Kapselreizung des linken Sprunggelenks nach Frakturen des Unterschenkels und des Sprunggelenks. Die MdE betrage 10 vom Hundert ab 25. Mai 1995.

Aufgrund des Ergebnisses der Begutachtungen lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 24. Juli 1997 die Gewährung einer Verletztenrente ab. Mit weiterem Bescheid vom 17. September 1997 forderte sie einen in Höhe von 8.898,12 DM gezahlten Vorschuss auf die zu erwartende Verletztenrente zurück. Zu diesem war es gekommen, weil der Kläger – dem mit Bescheid vom 5. Mai 1994 Hilfe zur Anschaffung eines Kraftfahrzeuges gewährt worden war – im November 1994 mitgeteilt hatte, dass das Fahrzeug bei einem weiteren Unfall beschädigt worden sei, und er um Vorschusszahlung zur Begleichung der Reparaturrechnung gebeten hatte.

Die gegen beide Bescheide vom Kläger eingelegten Widersprüche wurden durch Widerspruchsbescheid vom 13. November 1997 zurückgewiesen.

Während des nachfolgenden Klageverfahrens hat der Orthopäde P1 das Gutachten vom 28. Oktober 1998 erstellt. Ihm gegenüber hat der Kläger von brennenden Schmerzen im linken Unterschenkel oberhalb des Knöchels und davon berichtet, dass er zwar noch mit Unterarmgehstützen gehen könne, sich aber im Rollstuhl sicherer fühle. Der Sachverständige ist nach Untersuchung des Klägers zu dem Ergebnis gelangt, dass die Brüche, die er sich beim Unfall zugezogen habe, knöchern ausgeheilt und Unfallfolgen in nennenswertem Umfang nicht verblieben seien. Der Kläger sei schon vor dem Unfall zeitweise auf einen Rollstuhl angewiesen gewesen. An dieser Situation habe sich nicht viel geändert. Der Krankheitsverlauf sei für die Kombination der in früher Kindheit erworbenen Krankheiten typisch. Soweit eine gewisse muskuläre Beeinträchtigung aufgrund der langen Immobilität verblieben sei, sei diese mit einer MdE von 10 vom Hundert ausreichend bewertet.

Der auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) gehörte Sachverständige Dr. N. hat in seinem orthopädischen Gutachten vom 6. Dezember 1999 darauf hingewiesen, dass der Kläger seit dem Unfall überwiegend auf den Rollstuhl angewiesen sei, während dies vor dem Unfall noch nicht der Fall gewesen sei. Im Vordergrund stünden Beschwerden im linken Unterschenkel im Bereich des jetzt knöchern durchbauten Falschgelenks bei Belastung. Zusammenfassend hat der Sachverständige ausgeführt, dass der Kläger schon vor dem Unfall ein "Grenzgänger" zur Rollstuhlpflichtigkeit gewesen sei. Die glaubhaften Belastungsbeschwerden im Schlüsselbein und linken Unterschenkel seien in diesem Fall ausreichend, seine Mobilität drastisch zu beschneiden. Die klinisch objektivierbaren Befunde würden aber trotzdem keine höhere MdE als 10 vom Hundert rechtfertigen. Im weiteren Verlauf des Klageverfahrens hat sich der Kläger am 10. April 2000 in Behandlung bei dem Orthopäden Dr. O. begeben, der eine Verschlechterung der Situation im Bereich des linken Unterschenkels und eine erneute Arbeitsunfähigkeit attestierte, wegen derer die Beklagte bis 7. Oktober 2001 Verletzengeld zahlte. In seinem auf Veranlassung der Beklagten erstellten Gutachten vom 21. Januar 2001 hat Dr. N. beschrieben, dass der Kläger jetzt im Gegensatz zur Voruntersuchung im Jahre 1999 seelisch deutlich belastet wirke. Unter den Füßen zeige sich jetzt eine deutlich geringere Beschwellung als noch 1999. Die belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich der Schienbeinfraktur hätten im Frühjahr 2000 deutlich zugenommen. Dadurch sei der Kläger in seiner Mobilität verstärkt beeinträchtigt. Es sei jetzt zu einer ausgeprägten Ausdünnung der innenseitigen Knochenröhre und einer hochgradigen Entmineralisierung insbesondere der unterhalb der Fraktur liegenden Skelettanteile gekommen. Die nachweisbare Befundverschlechterung sei eine Unfallfolge. Die MdE betrage jetzt 20 vom Hundert. Zwar sei die hochgradige Minderung der Knochendichte Folge der mangelnden Belastung des Beines, jedoch könne das Bein aufgrund der belastungsabhängigen Schmerzen nicht belastet werden.

In seinem weiteren, ebenfalls auf Veranlassung der Beklagten erstellten Gutachten vom 28. Oktober 2002 hat Dr. N. dann einen hochgradig verbittert und frustriert wirkenden Kläger mit auffallenden Emotionen beschrieben. Er könne sich nur noch im Rollstuhl fortbewegen. Insbesondere im Bereich des linken Unterschenkels sei es zu einer weiteren unfallbedingten Verschlechterung gekommen. Es bestehe eine Druckschmerzhaftigkeit und Berührungsempfindlichkeit im ehemaligen Bruchbereich und verstärkt am körperfernen Ende der liegenden Metallplatte. Dazu sei eine kontrakte Spitzfußstellung links eingetreten. 1999 sei noch eine aktive Fußstreckung möglich gewesen, während sich jetzt die Spitzfußstellung aktiv nicht mehr vollständig ausgleichen lasse. Die unfallbedingte MdE betrage 25 vom Hundert ab Oktober 2001. Dieser Einschätzung hat die Beklagte unter Einreichung der beratenden Stellungnahme des Chirurgen Dr. S1 vom 26. November 2002 widersprochen, nach welcher die jetzt eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Grunderkrankung und ihrem schicksalhaften Verlauf zuzurechnen sei. Zu dem gleichen Ergebnis ist der Orthopäde P1 in seiner Stellungnahme nach Aktenlage vom 2. Januar 2003 gekommen, in der er darauf hinweist, dass die Verschmächtigung der linken unteren Extremität sowie die kontrakte Spitzfußstellung Folgen eines Trainingsdefizits seien. Der Kläger bzw. seine behandelnden Ärzte hätten die wegen der Kinderlähmung dringend notwendige Krankengymnastik nicht mit der nötigen Konsequenz und zeitweise wohl überhaupt nicht durchgeführt. Zum Zeitpunkt der Untersuchung im Oktober 1998 seien die Verhältnisse so stabil gewesen, dass einer Krankengymnastik und einem Muskelaufbautraining nichts im Wege gestanden hätte. Die MdE betrage auch unter Berücksichtigung der durch das Metall verursachten Beschwerden weiterhin 10 vom Hundert. Auf der Grundlage dieser Beurteilung hat das Sozialgericht die Klage ohne mündliche Verhandlung mit Urteil vom 26. April 2004 abgewiesen. Zwar sei die Abgrenzung der verbliebenen Unfallfolgen vom schicksalhaften Verlauf der Kinderlähmungskrankung nicht einfach, jedoch entspreche das im Laufe der Zeit abnehmende Gehvermögen und die zunehmende Rollstuhlpflichtigkeit dem typischen Verlauf der Erkrankung des Klägers, wie er bereits vor dem Unfall seinen Anfang genommen habe. Der Sachverständige P1 habe nachvollziehbar dargestellt, dass der Kläger auf Grund seiner psychischen Situation, der Verzweiflung wegen seiner Erkrankung und der zunehmenden Resignation auf die notwendigen, den Verlauf der Kinderlähmung abmildernden Trainingsmaßnahmen und Krankengymnastik zunehmend verzichtet habe. Die festgestellten Befundverschlechterungen seien ausschließlich die Folge des fehlenden Trainings und nicht auf den Reizzustand wegen des verbliebenen Synthesematerials zurückzuführen. Im Übrigen sei auch das Verbleiben des Osteosynthesematerials eine Folge der resignativen Grundhaltung des Klägers.

Gegen das ihm am 18. Mai 2004 zugestellte Urteil hat der Kläger am 15. Juni 2004 Berufung eingelegt. In seiner Begründung weist er darauf hin, dass es auffalle, dass immer wieder eine bei ihm vorliegende psychische Beeinträchtigung beschrieben werde. Zuletzt habe Dr. N. in seinem Gutachten vom 26. Oktober 2002 ausdrücklich auf die hochgradige psychische Belastung hingewiesen. Die Anzeichen einer seelischen Erkrankung seien Folgen des Unfalls vom 14. September 1992, zumal sich durch den Unfall seine Lebensumstände gravierend verändert hätten. Im Übrigen beziehe sich die erstinstanzliche Entscheidung im Wesentlichen auf die Gutachten des Orthopäden P1, die unter dem Mangel leiden würden, dass der Sachverständige von falschen Voraussetzungen ausgehe, wenn er behaupte, dass er, der Kläger, sich bereits vor dem Unfall nur mühsam mit zwei Unterarmstützen habe fortbewegen können und zeitweise auf einen Rollstuhl angewiesen

gewesen sei. Dies treffe nach den Bescheinigungen des Hausarztes und des Arbeitgebers nicht zu. Aufgrund der falschen Annahme sei der Sachverständige P1 zu dem Schluss gelangt, dass es zu keiner Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch den Unfall gekommen sei. Soweit der Sachverständige die Gründe der Verschlechterung des Gesundheitszustandes in dem mangelnden Training sehe, beschreibe er damit die Auswirkungen einer Versagenshaltung. Da die Ursache der mangelnden Trainingsmaßnahmen in einer unfallbedingten seelischen Erkrankung läge, sei auch die Verschlechterung Folge des Unfalls. Im Übrigen habe bereits Dr. N. auf die belastungsabhängigen Schmerzen im Unterschenkel hingewiesen, die ihn, den Kläger, in den Rollstuhl zwingen würden. Die Schmerzen wie auch die festgestellte Spitzfußstellung seien nicht Folgen der Kinderlähmung, sondern Unfallfolgen, die mit einer MdE von 20 vom Hundert zu bewerten seien. Hinzu käme eine seelische Erkrankung mit einer MdE von 10 bis 20 vom Hundert.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 26. April 2004 sowie die Bescheide der Beklagten vom 24. Juli 1997 und 17. September 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. November 1997 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. September 1992 Verletztenrente unter Anrechnung des gezahlten Vorschusses zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 26. April 2004 zurückzuweisen, hilfsweise ein orthopädisches Sachverständigengutachten nach [§ 106 SGG](#) zur Bewertung der Unfallfolgen auf orthopädischem Fachgebiet einzuholen und hilfsweise der Beklagten die Möglichkeit einzuräumen, ein eigenes Sachverständigengutachten auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet analog zu [§ 200 SGB VII](#) durch die Ärzte Prof. Dr. S2, Prof. Dr. G. oder Dr. H2 vorzulegen und personenbezogene Daten dafür übermitteln zu dürfen.

Sie ist der Auffassung, hinsichtlich der Beschwerden auf orthopädischem Fachgebiet habe das Sozialgericht die Klage zu Recht und mit zutreffender Begründung abgewiesen. Die erstmals im Berufungsverfahren vorgetragene psychische Beeinträchtigung sei bisher nicht Gegenstand des Verfahrens gewesen. Sie müsse in der Tat durch die Einholung eines nervenärztlichen Gutachtens geklärt werden. Gegenwärtig bestehe keine Veranlassung, die erstmals von Dr. N. 2002 erhobenen psychiatrischen Befunde als unfallbedingt anzusehen.

Das Gericht hat ein Vorerkrankungsverzeichnis ab 1990 von der Kaufmännischen Krankenkasse beigezogen und den Kläger durch den Nervenarzt Dr. T. untersuchen und begutachten lassen. Dieser führt in seinem nach Untersuchungen am 23. und 28. März 2007 erstellten Gutachten vom 2. August 2007 aus, der Kläger habe berichtet, er sehe den Unfall von 1992 noch ebenso klar wie damals. Gleichfalls sehe er noch das Gesicht einer Frau mit Panik in den Augen, als er auf sie zugeschleudert sei. Nach dem Aufprall sei Qualm aus dem Motorraum aufgestiegen. Er habe sich nicht vom Gurt befreien können und gedacht, er werde jetzt verbrennen. Den hilflosen Gesichtsausdruck eines Mannes, der durch die Scheibe geschaut und den er gebeten habe, ihm zu helfen, erinnere er auch noch wie damals. Die Zeit der Erstversorgung im AK B. und die Verlegung zur Rehabilitation seien ihm nur schemenhaft in Erinnerung. Erst aus der Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus seien ihm Alpträume mit plötzlichem, schockartigem Erwachen und Herzrasen in Erinnerung. Solche Träume kämen heute noch gelegentlich vor. Außerdem sei es tagsüber zu innerer Unruhe und Angstzuständen gekommen. Gegen diese habe er versucht gegenzusteuern, indem er sich Beschäftigung und Ablenkung gesucht habe. Er habe versucht, hoffnungsvoll in die Zukunft zu blicken. Deshalb habe er lange Zeit nicht über Schlafstörungen und Ängste gesprochen. Erstmals habe er dies 1997/98 gegenüber seinem Hausarzt getan, nachdem er eine hochakute Attacke während des Urlaubs in der Türkei erlitten habe. Weiter führt Dr. T. aus, dass die Diskrepanz zwischen einer Grundhemmung, das Unfallgeschehen und sein Erleben dabei genauer zu beschreiben, und der beeindruckenden Klarheit der Details auffalle. Die Beschreibung des Unfallereignisses sei begleitet von vermehrter Unruhe, Umherrutschen auf dem Rollstuhl und aufsteigender Nervosität. Nach knapp zweistündiger Exploration sei der Kläger sichtlich belastet und erschöpft, dabei auch erheblich ängstlich verunsichert gewesen. Dr. T. beschreibt anschließend Hinweise auf psychische Belastungen in den Vorgutachten und stellt eine depressive Reaktion auf den gesamten frustrierenden Verlauf seit dem Unfall fest. Daneben bestehe eine posttraumatische Belastungsstörung und eine - vom Unfall unabhängige - psychoneurotische Fehlentwicklung. Durch die mit der posttraumatischen Belastungsstörung verbundenen Ängste, depressiven und Vermeidungstendenzen sei die psychische Anstrengungsfähigkeit und Widerstandskraft entscheidend ausgehöhlt worden. Dies habe zu einer zunehmenden Resignation geführt, so dass die Auffassung des orthopädischen Sachverständigen P1, der Durchführung der notwendigen Trainingsmaßnahmen und Krankengymnastik habe nichts im Wege gestanden, nicht haltbar sei. Die MdE auf orthopädischem und nervenärztlichem Fachgebiet sei insgesamt mit 40 vom Hundert anzunehmen.

Dieser Beurteilung hat die Beklagte widersprochen und die Ansicht vertreten, es liege keine posttraumatische Belastungsstörung vor. Es fehle schon an einem entsprechend bedrohlichen Ereignis. Es sei nach Aktenlage auch nicht von einem Unfall auszugehen, bei dem der Kläger das Gesicht einer Frau an einer Bushaltestelle mit Panik in den Augen erlebt haben könne. Ebenfalls gebe es im Nachgang zum Unfall keine Hinweise auf intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Im Übrigen spreche die Bereitschaft des Klägers, sich 1994 wieder mit einem PKW im Straßenverkehr zu bewegen, wobei es erneut zu einem Unfall gekommen sei, gegen das Vorliegen von Vermeidungstendenzen. Die diagnostizierte Depression sei ebenfalls nicht auf den Unfall zurückzuführen. Sie spiegele sich schon in den die kindliche Heimunterbringung 1976 betreffenden Unterlagen des Versorgungsamtes wider. Auch sei die Verbitterung und Frustration zeitlich weit nach dem Unfallgeschehen nicht dem Geschehen selbst, sondern dem Verlauf der Grunderkrankung anzulasten.

Auf Anregung der Beklagten hat das Gericht die handschriftlichen Behandlungsunterlagen des ehemaligen Hausarztes Dr. K. von dessen Nachfolger beigezogen. Diese enthalten unter dem Datum 7. September 1998 Hinweise auf einen an diesem Tag als angeschnallter Fahrer erlittenen Auffahrunfall.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 18. März 2008 hat Dr. T. aufgrund einer am 27. Februar 2008 durchgeführten Nachexploration zu den Kritikpunkten der Beklagten Stellung genommen. Zum Autofahren hat der Kläger dem Sachverständigen gegenüber angegeben, dabei regelmäßig Beklemmungsgefühle gehabt zu haben. Bei Tunnel- und Autobahnfahrten sowie in innerstädtischen Staus sei es zu richtigen Angstzuständen gekommen. Beim Besuch einer Waschstraße sei er derart in Panik geraten, dass er das Fahrzeug noch innerhalb der Waschstraße fluchtartig verlassen habe. Den Unfall 1994 habe nicht er, sondern seine Nachbarin verursacht, die den Wagen auf seinen Wunsch aus einem Parkverbot habe fahren wollen. Kurz nach diesem Unfall habe er den Wagen verkauft und sei dann etliche Jahre gar nicht mehr Auto gefahren. Er vermeide möglichst auch Fahrten als Beifahrer, die er nur bei geöffnetem Wagenfenster überstehe. Der Sachverständige, der in der Stellungnahme bei seiner Beurteilung bleibt, hat zusätzlich darauf hingewiesen, dass nach seiner Ortsbesichtigung in unmittelbarer Nähe der Unfallstelle sich tatsächlich eine Bushaltestelle befinde und aufgrund der Entfernung von nur 6

bis 7 Metern der Kläger beim Unfall ohne weiteres eine dort wartende Frau mit erkennbarer Schreckreaktion habe sehen können.

Nachdem die Beklagte dieser Beurteilung weiterhin unter Hinweis auf das Fehlen gesicherter Anknüpfungstatsachen und Brückensymptome widersprochen hat, ist zum Verhandlungstermin als weiterer Sachverständiger der Nervenarzt Dr. M. geladen worden, der den Kläger am 15. Oktober 2008 untersucht und das Gutachten vom 27. Oktober 2008 eingereicht hat. Darin führt er unter anderem aus, nach eigenen Angaben habe der Kläger früher nicht über psychische Probleme gesprochen, um nicht neben der körperlichen auch noch eine psychische Behinderung zu offenbaren. Er habe früher in der Schule Geistiggestörte und Behinderte gesehen und diese verachtet. Er sei schließlich ein Mann und müsse mit seinen Ängsten und Problemen selbst zu Recht kommen. Weiter habe der Kläger angegeben, auch jetzt noch unter Schmerzen im linken Bein bei Belastung zu leiden. Es treffe nicht zu, dass er nach dem Unfall keine Anstalten gemacht habe, die durch die Kinderlähmung geschädigten Beine zu trainieren. Er habe getan, was er habe tun können, ohne einen Erfolg zu sehen, da er durch die ständig bei Belastung auftretenden Schmerzen am Training gehindert worden sei. Darüber hinaus hat Dr. M. ausgeführt, dass nach seiner eigenen langjährigen klinischen Erfahrung mit Poliomyelitis-Patienten und in Übereinstimmung mit der neurologischen Literatur sich nur in seltenen Fällen im Laufe des Lebens bei einer Polioerkrankung eine Änderung der Muskelleistung in negativer Weise entwickle. Aufgrund der Art der Schädigung im Rückenmark gebe es keine wissenschaftliche Erklärung dafür, dass der Ist-Status im Jugendalter sich mit fortschreitendem Alter verschlechtere. Der Sachverständige schließt sich im Ergebnis der Beurteilung von Dr. T. mit einer unfallbedingten MdE von 40 vom Hundert an.

Im Verhandlungstermin am 9. Dezember 2008 hat die Beklagte die Stellungnahme ihres beratenden Chirurgen Dr. S1 vom 5. Dezember 2008 eingereicht, in welcher dieser die Auffassung vertritt, die insbesondere ab April 2000 geklagten Beschwerden seien nicht unfallbedingt, sondern es handele sich um die Ausprägung von unfallunabhängigen Beschwerden auf Grund der Kinderlähmung, die auf die fehlende Durchführung der notwendigen krankengymnastischen Übungsbehandlung zurückzuführen seien. Darüber hinaus ist in dem Termin der Nervenarzt Dr. M. zur Erläuterung seines Gutachtens angehört worden. Dabei hat dieser unter anderem ausgeführt, dass es nachvollziehbar sei, dass der Kläger die Situation, als Behinderter in einem brandgefährdeten Auto zu sitzen, als lebensbedrohlichen Zustand erlebt habe. Dementsprechend habe er den Unfall in der Befragung auch ganz massiv wieder erlebt. Nach der Schilderung des Unfallereignisses sei der Kläger dekompenziert. Diese Verhaltensweise könne man nicht schauspielern. Die lange Latenzzeit zwischen dem Unfall und den ersten psychischen Zeichen etwa 1999 sei zwar ungewöhnlich, vorliegend jedoch durch die persönlichkeitsbegründete massive Abdeckung vor dem Hintergrund bedingt, dass eine derartige Schwäche mit dem kulturellen Verständnis, das der Kläger von seiner Männerrolle habe, nicht vereinbar sei. Die Versuche des Klägers, weiter bzw. wieder Auto zu fahren, könnten zwar Zweifel an der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung aufkommen lassen, jedoch sei auch dieser Umstand im Falle des Klägers persönlichkeitsbedingt, da er es sehr stark vermeide, mehr behindert zu scheinen als unbedingt erforderlich. Die von ihm beschriebene Unruhe und nicht unbeachtliche Angstattacken mit frühzeitigem Aussteigen aus dem Auto oder sogar öffentlichen Verkehrsmitteln und anschließender Fortsetzung des Weges mit dem Rollstuhl würden die eigene Zerrissenheit deutlich aufzeigen.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten und des Sachverhalts im Übrigen wird auf den Inhalt der in der Sitzungsniederschrift vom 9. Dezember 2008 aufgeführten Akten und Unterlagen Bezug genommen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte, form- und fristgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige Berufung des Klägers (§§ 143, 144, 151 SGG) ist zum Teil begründet. Das Sozialgericht hat die auf Gewährung einer Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung wegen der Folgen des Ereignisses vom 14. September 1992 und Aufhebung des Rückforderungsbescheides der Beklagten vom 17. September 1997 gerichtete Klage zu Unrecht in vollem Umfang abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind hinsichtlich der Zeit ab Oktober 2001 nicht rechtmäßig. Der Kläger hat Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente für die Zeit ab 8. Oktober 2001, so dass auch die Rückforderung des von der Beklagten zwischenzeitlich gewährten Vorschusses auf die Verletztenrente einer Grundlage entbehrt.

Auf den Rechtsstreit sind noch die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO) anzuwenden, weil ein Versicherungsfall vor dem Inkrafttreten des Siebten Sozialgesetzbuches, Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) am 1. Januar 1997 geltend gemacht wird (vgl. Art. 36 Unfallversicherungs - Einordnungsgesetz, § 212 SGB VII).

Nach § 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO setzt die Gewährung einer Verletztenrente voraus, dass die Erwerbsfähigkeit des Verletzten infolge des Arbeitsunfalls um mindestens 20 vom Hundert gemindert ist. Entgegen der Auffassung des Klägers bedingen die Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. September 1992 diesen Grad der MdE erst ab dem 8. Oktober 2001, so dass seine Berufung hinsichtlich des davor liegenden Zeitraums keinen Erfolg haben konnte. Das steht zur Überzeugung des Senats nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens, insbesondere nach Auswertung der während der Klage- und des Berufungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten fest. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsschaden mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen muss, ohne dass eine völlige Gewissheit zu fordern ist. Demgegenüber genügt für den Ursachenzusammenhang zwischen der Gesundheitsstörung und dem Unfall eine hinreichende Wahrscheinlichkeit, d.h. es müssen mehr Gesichtspunkte dafür als dagegen sprechen. Allerdings ist die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs nicht ausreichend.

1. Unter Beachtung dieser Grundsätze steht dem Kläger Verletztenrente zu. Zur Überzeugung des Senats hat er bei dem Unfall am 14. September 1992 eine seelische Traumatisierung im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung erlitten. Die medizinische Bezeichnung einer Gesundheitsstörung als "posttraumatische Belastungsstörung" ist rechtlich insofern problematisch, als diese Krankheitsbezeichnung begrifflich bereits eine Kausalitätsverknüpfung mit einem vorausgegangenen Unfallereignis beinhaltet. Nichts anderes gilt für die früher gebräuchliche Bezeichnung der "abnormen Erlebnisreaktion" oder der hier ebenfalls in Betracht kommenden "Anpassungsstörung nach schwerem Lebensereignis". Dieser Umstand vermag bei der rechtlichen Beurteilung aber nicht dazu zu führen, dass im Falle einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht nur die Gesundheitsstörung, sondern auch deren Verursachung mit Sicherheit nachzuweisen und nicht nur wahrscheinlich zu machen wäre. Für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung ist es vielmehr ausreichend, dass das Erleiden einer seelischen Traumatisierung und das Vorliegen entsprechender psychischer Störungen nachgewiesen und deren Verursachung durch das Unfallereignis hinreichend wahrscheinlich ist. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist auf der Grundlage der von den Sachverständigen Dr. T. und Dr. M. erhobenen Befunde sowie deren übereinstimmenden Beurteilungen zu bejahen.

Die beiden im Berufungsverfahren gehörten nervenärztlichen Sachverständigen haben für den Senat überzeugend dargelegt, dass beim Kläger eine mit Wahrscheinlichkeit durch das angeschuldigte Ereignis vom 14. September 1992 wesentlich verursachte Belastungsstörung vorliegt. Sie haben in Übereinstimmung mit der Aktenlage auf Grund der von ihnen anlässlich ihrer jeweiligen Untersuchungen erhobenen Befunde und erfragten Anamnese zutreffend festgestellt, dass vor dem Unfall psychische Gesundheitsstörungen beim Kläger nicht bestanden haben. Zwar lag und liegt bei dem Kläger nach der auch insoweit übereinstimmenden Beurteilung der Sachverständigen eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur vor, die im Zusammenhang mit der frühen Schwerbehinderung im Bereich beider Beine und entsprechend tief sitzenden Selbstwertdefiziten zu sehen ist und zu deren Ausgleich sich ein eher überkompensatorisch starkes Streben nach Unabhängigkeit und Leistungsfähigkeit mit zum Teil psychischen Überlegenheitsphantasien entwickelt hat. Diese Persönlichkeitsstruktur mag zwar entsprechend den Ausführungen des Sachverständigen Dr. T. in der Jugend- und insbesondere Schulzeit des Klägers zu einer relevanten Störungssymptomatik in Form von Leistungsverweigerung und Schulversagen geführt haben. Sie ist aber nachfolgend wenig und zumindest seit Aufnahme der Tätigkeit in der E.-Zentrale überhaupt nicht mehr in Erscheinung getreten, so dass ihr zumindest in den letzten Jahren vor dem Unfall Krankheitswert nicht beizumessen ist. Entgegen der Auffassung der Beklagten lassen sich konkrete Anhaltspunkte für das Vorliegen einer bereits vor dem Unfall bestehenden Depression den Akten nicht entnehmen. Zutreffend weist Dr. T. in seiner Stellungnahme vom 18. März 2008 nach Auswertung der beigezogenen Originalunterlagen des den Kläger früher behandelnden Hausarztes Dr. K. und unter Berücksichtigung des Ergebnisses einer am 27. Februar 2008 durchgeführten Nachexploration darauf hin, dass weder aus den Anmerkungen in den Unterlagen über die frühkindliche Heimunterbringung (körperbehindertes Kind mit geringer geistiger Retardierung, nur wenig Motivation, geringe Toleranz gegenüber gestellten Aufgaben) noch aus denjenigen in den Unterlagen des Versorgungsamtes (Schlaf: durch Schmerzen in der linken Hüfte häufig gestört, er wüsste dann gar nicht, wie er liegen solle) ohne Angabe von depressionsspezifischen Merkmalen auf eine (vor-)bestehende Depression geschlossen werden kann. Auch für eine gravierende seelische Beeindruckung des Klägers durch den Unfalltod seines 20jährigen Bruders etwa einen Monat vor dem eigenen Unfall gibt es keine konkreten Hinweise. Den Aufzeichnungen des Hausarztes Dr. K. lassen sich insoweit allenfalls Anhaltspunkte für eine nicht näher bezeichnete, eher psychosomatisch imponierende Reaktion auf den Todesfall, keineswegs aber Hinweise auf eine tiefer gehende psychische Reaktion, insbesondere nicht auf eine behandlungsbedürftige Depression entnehmen. Dies steht im Einklang mit den Angaben des Klägers gegenüber den nervenärztlichen Sachverständigen, wonach er nach dem Tod des Bruders erstaunlich beteiligungslos geblieben ist und Mitgefühl hauptsächlich mit den Eltern, nicht aber mit dem Bruder hatte, zu dem damals ein äußerst angespanntes Verhältnis bestand, nachdem dieser ihm etwa ein Jahr zuvor eine Frau ausgespannt hatte. Mangels hinreichender Anhaltspunkte kann somit nicht von einer vorbestehenden psychischen Gesundheitsstörung des Klägers ausgegangen werden. Selbst wenn eine vorhandene Krankheitsanlage in Gestalt einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur unterstellt wird, ist dies rechtlich irrelevant, da sogar eine "abnormale seelische Bereitschaft" die Bewertung einer psychischen Reaktion als Unfallfolge nicht ausschließt (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 40/05 R](#) - m.w.N., in juris)

Das Ereignis vom 14. September 1992 war von seiner Schwere her auch geeignet, zu einer posttraumatischen Belastungsstörung zu führen. Dies gilt unabhängig davon, ob man der Diagnose die Kriterien des ICD 10 (Zehnte Revision der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme aus dem Jahre 1989) oder diejenigen des DSM-IV (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen der Amerikanischen psychiatrischen Vereinigung aus dem Jahre 1994) zu Grunde legt. Zwar ist in der gesetzlichen Unfallversicherung jeder Versicherte mit den ihm eigenen Empfindlichkeiten und in dem Zustand versichert ist, in dem er sich vor dem Ereignis befindet, jedoch bedeutet dies nicht, dass die Schwere des Unfallereignisses ohne Bedeutung wäre. Voraussetzung für die Anerkennung psychischer Gesundheitsstörungen als Unfallfolge ist nämlich zunächst die Feststellung der konkreten Gesundheitsstörungen. Angesichts der zahlreichen in Betracht kommenden Erkrankungen und möglicher Schulenstreite sollte die Feststellung nicht nur begründet sein, sondern aufgrund eines der üblichen Diagnosesysteme und unter Verwendung der dortigen Schlüssel und Bezeichnungen erfolgen, damit die Feststellung nachvollziehbar ist. Bestimmte Diagnosen setzen dabei ein entsprechend schweres Ereignis voraus (Vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - m.w.N., in juris). So liegt der Fall auch hier. Die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung ist sowohl nach dem ICD 10 als auch dem DSM-IV möglich. Beide Diagnosesysteme stellen bezüglich der posttraumatischen Belastungsstörung unter anderem auf die Schwere des ihr zu Grunde liegenden Ereignisses ab. Zutreffend weist das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen in seiner Entscheidung vom 16. Mai 2007 ([L 17 U 127/06](#) - in juris) darauf hin, dass die Kriterien der beiden Diagnosesysteme Unterschiede insoweit aufweisen, als das DSM-IV den Nachweis eines Ereignisses fordert, welches unabhängig vom Erleben des Betroffenen objektiv schwer bedrohlich ist, während der ICD 10 nicht so deutlich zwischen dem subjektiven und objektiven Aspekt der Bedrohungssituation unterscheidet, wenn er eine Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß verlangt, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Allerdings relativiert sich dieser Unterschied wieder dadurch, dass das DSM-IV neben dem objektiv bedrohlichen Ereignis auch eine Reaktion der betroffenen Person in Form von intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen fordert und damit nicht allein dem funktionellen Unfallmechanismus bei physikalischer Betrachtung, sondern auch dem subjektiven Erleben als Reaktion des Betroffenen auf ein Unfallgeschehen entscheidende Bedeutung beimisst. Unabhängig davon erscheint fraglich, ob tatsächlich entsprechend den Ausführungen des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen Vergleichsmaßstab für die Forderung des ICD 10 nach einem Ereignis, dass "nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen" würde, psychisch robuste Menschen mit überdurchschnittlich starkem Nervenkostüm sind. Zum Einen wird insoweit verkannt, dass der ICD 10 nach seinem Wortlaut die Verzweiflung nicht unmittelbar aufgrund des Ereignisses oder der bedrohlichen Situation fordert, sondern als Folge der - wohl subjektiv sehr unterschiedlichen - Reaktion auf das Ereignis ("die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde"). Zum Anderen erscheint es wenig plausibel, die Diagnose der psychischen Gesundheitsstörung davon abhängig machen zu wollen, ob auch jemand mit überdurchschnittlich starkem Nervensystem eine tiefgreifende Verzweiflung erlitten hätte. Soll die Formulierung der Objektivierung dienen, erlaubt die Logik nur die Heranziehung eines durchschnittlichen Menschen mit durchschnittlichem Nervenkostüm zum Vergleich. Ansonsten würde auch die verwendete Formulierung "nahezu" keinen rechten Sinn machen. Demnach spricht das von der Beklagten in Bezug genommene Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen nicht gegen die Annahme einer posttraumatischen Belastungsstörung. Zur Überzeugung des Senats ist ein Autounfall mit der Folge, dass der Fahrer in seinem aus dem Motorraum qualmenden Fahrzeug eingeklemmt ist, sich nicht aus dem Sicherheitsgurt lösen, geschweige das Fahrzeug verlassen kann und darauf angewiesen ist, dass professionelle Hilfe in Form der Feuerwehr kommt, um das Fahrzeug aufzuschneiden und ihn zu befreien, auch objektiv geeignet, auf den Betroffenen lebensbedrohlich zu wirken und auch einen besonders nervenstarken Menschen in Panik und Verzweiflung verfallen zu lassen. Die entgegenstehende Auffassung der Beklagten, die sich allein auf die tatsächlich erlittenen nicht lebensbedrohlichen Verletzungen in Form der Brüche des linken Schlüsselbeines und des linken Beines gründet, verkennt, dass es auch aus objektiver Sicht durchaus zu einem Fahrzeugbrand hätte kommen können und insofern sehr wohl Lebensgefahr bestanden hat. Dies gilt umso mehr unter Berücksichtigung des letztlich auch objektiven Umstandes, dass es sich bei dem Kläger um einen schwer körperbehinderten Menschen handelt, der aufgrund seiner eingeschränkten Beweglichkeit weniger als andere die Möglichkeit oder Fähigkeit

besitzt, sich aus dem Kraftfahrzeug zu befreien. Die Einschätzung der Sachverständigen Dr. T. und Dr. M., den Autounfall des Klägers vom 14. September 1992 als schweres, für die Verursachung einer posttraumatischen Belastungsstörung ausreichendes Ereignis zu klassifizieren, steht deshalb nicht im Widerspruch zu den Vorgaben in beiden in Betracht kommenden Diagnosesystemen und auch nicht im Widerspruch zu der einschlägigen Rechtsprechung. Durch den grundsätzlich zur Verursachung einer posttraumatischen Belastungsstörung geeigneten Unfall und die dabei nach seinen glaubhaften Angaben erlebte Furcht, Panik und Hilflosigkeit hat der Kläger tatsächlich auch eine seelische Traumatisierung erfahren. Dies steht zur Überzeugung des Senats aufgrund der von den nervenärztlichen Sachverständigen Dr. T. und Dr. M. erhobenen Befunde fest. Besondere Bedeutung kommt insoweit dem von beiden Sachverständigen unabhängig voneinander festgestellten Umstand zu, dass der Kläger sich im Untersuchungsgespräch bei allgemeinen Problemen befriedigend öffnen konnte und keine Verdeutlichungstendenzen zeigte, sondern eher zur Dissimulation neigte, während ihm diese Öffnung beim Thema Unfallgeschehen und seine Folgen emotional sichtlich schwerer fiel. Es bestand eine Grundhemmung, das Unfallgeschehen und sein Erleben genauer zu beschreiben. Nachdem sich der Kläger dann zu einer Öffnung gegenüber den Sachverständigen durchgerungen hatte, vermochte er die Details des Unfallgeschehens in einer angesichts des zwischenzeitlich vergangenen Zeitraumes beeindruckenden Klarheit wiederzugeben. Die Beschreibung war begleitet von körperlicher Unruhe in Form von Umherrutschen im Rollstuhl, aufsteigender Nervosität, Verkrampfung der Finger, Zittern und Beben der Beine und Arme, Tränenausbrüchen und massiven Schweißausbrüchen. Erst nach Wechsel des Themas und Ansprache des Alltagsgeschehens vermochte der Kläger sich bei beiden Sachverständigen wieder zu beruhigen. Dieses Verhalten mit deutlichen körperlichen Veränderungen, welches nach übereinstimmender Einschätzung beider Sachverständigen nicht geschauspielert oder vorgespiegelt werden kann, belegt einerseits die tiefe, andauernde seelische Betroffenheit des Klägers durch das circa 15 Jahre zurückliegende Unfallereignis andererseits aber auch das für eine posttraumatische Belastungsstörung typische Symptom einer Vermeidenshaltung, wenn der Kläger dazu angehalten werden muss, überhaupt seine Hemmungen gegenüber einer Schilderung des Unfallgeschehens zu überwinden. Dieser Vermeidenshaltung steht auch nicht die zwischen den Beteiligten unstreitige Tatsache entgegen, dass der Kläger nach dem Unfallereignis mehrfach wieder Auto gefahren ist. Zwar weist Dr. M. in seinen Erläuterungen anlässlich seiner Anhörung in der mündlichen Verhandlung zutreffend darauf hin, dass dieser Umstand grundsätzlich Zweifel an der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung aufkommen lassen kann. Ebenso zutreffend führt der Sachverständige darüber hinaus aber aus, dass derartige Zweifel unter Berücksichtigung einerseits der Tatsache, dass der Kläger persönlichkeitsbedingt alles vermeidet, was ihn noch mehr behindert scheinen lässt, als er aufgrund der Folgen seiner Kinderlähmung ohnehin ist, und andererseits der von ihm beim Autofahren beschriebenen Unruhe und aufkommenden Angstattacken bis zum frühzeitigen Aussteigen aus dem Fahrzeug oder sogar öffentlichen Verkehrsmitteln mit anschließender Fortsetzung der Wegstrecke mittels des Rollstuhls letztlich nicht durchgreifen. Dieser Einschätzung schließt sich der erkennende Senat an. Er hält die Angaben des Klägers zu seinen Versuchen, wieder Auto zu fahren, wie er sie gegenüber Dr. T. und in der mündlichen Verhandlung gemacht hat, für nachvollziehbar und glaubhaft. Danach hat der Kläger seit dem Unfallereignis im Jahre 1992 immer wieder durchgehend bis etwa 2004 versucht, das Autofahren selbst wieder aufzunehmen oder zumindest als Beifahrer mitzufahren. Zumindest die Selbstfahrversuche sind allesamt innerhalb relativ kurzer Zeit, längstens innerhalb von etwa einem halben Jahr wieder gescheitert. Dies beruhte darauf, dass sich beim Fahren Beklemmungen im Brustbereich mit Atemnot einstellten, so dass der Kläger nur mit geöffnetem Fenster fahren konnte. Auf Tunnel- und Autobahnstrecken steigerten sich diese Beschwerden genauso wie bei innerstädtischen Verkehrsstaus zu richtigen Angstzuständen. Selbst im Jahr 2003 oder 2004 sind die Beschwerden, wenn auch nicht ganz so stark wie vorher, immer noch aufgetreten, so dass er dann das selbständige Autofahren ganz aufgegeben hat und möglichst auch Fahrten als Beifahrer vermeidet. Insbesondere die Darstellungen des Klägers gegenüber Dr. T. zu dem Besuch einer Waschstraße, bei welchem er so in Panik geraten ist, dass er das Fahrzeug noch während des Waschvorganges fluchtartig verlassen hat, sowie seine Schilderungen zu den Umständen seiner Fahrt als Beifahrer im Fahrzeug seines Freundes zum Gerichtstermin, während der er vorzeitig ausgestiegen ist und den Rest des Weges mittels seines Rollstuhls zurückgelegt hat, sind derart speziell, dass sich Zweifel an ihrer Richtigkeit nicht aufdrängen. Sieht man deshalb wie das Gericht die Gesamtangaben des Klägers als glaubhaft an, stellt sich der Sachverhalt letztlich so dar, dass er insbesondere wegen seiner aufgrund der narzisstischen Persönlichkeitsstruktur bestehenden Bemühungen, sich möglichst wenig behindert und besonders leistungsfähig darzustellen, zwar immer wieder versucht hat, Auto zu fahren und die dem entgegenstehende Vermeidenshaltung zu überwinden, dass ihm dies aber immer nur kurzzeitig und niemals auf Dauer gelungen ist. Neben dieser Vermeidenshaltung liegt bei dem Kläger auch das weitere typische Merkmal einer posttraumatischen Belastungsstörung in Form des wiederholten Erlebens des Traumas in sich aufdrängenden Nachhallerinnerungen, Träumen bzw. Alpträumen vor. Überzeugend hat insbesondere Dr. T. bei seinen drei Untersuchungen des Klägers herausgearbeitet, dass dieser nach der Entlassung aus dem im AK E1 durchgeführten Rehabilitationsverfahren unter Alpträumen im Rahmen von Schlafstörungen mit plötzlichem schockartigem, schweißgebadetem Erwachen und Herzrasen gelitten hat, die bis heute, wenn auch seltener und in dahingehend abgewandelter Form auftreten, dass er träumt, mit seiner Familie im Auto zu sitzen, irgendwie Gefahr droht und er vergeblich versucht, seinen Sohn aus dem Kindersitz zu befreien, bis er schließlich schweißgebadet aufwacht. Ebenfalls bis heute durchzieht ihn danach bei jedem dumpfen Geräusch in der Umgebung ein schockartiges Gefühl; er verbindet mit diesem Geräusch nach wie vor das Gefühl von Gefahr. In sich aufdrängenden Erinnerungen sieht der Kläger nach den Feststellungen des Sachverständigen bis heute insbesondere das Gesicht einer an einer Bushaltestelle stehenden Frau mit Panik in den Augen, als er mit dem Wagen auf diese zuschleudert. Gleichermaßen drängen sich Erinnerungen an den hilflosen Gesichtsausdruck eines Mannes auf, der ihn nach dem Unfall durch die Wagenscheibe angesehen und den er vergeblich gebeten hat, ihn dort herauszuholen. Derartige Alpträume und Nachhallerinnerungen stellen typische Merkmale einer posttraumatischen Belastungsstörung sowohl nach dem ICD 10 als auch nach dem DSM-IV dar. Soweit die Beklagte dem entgegenhält, dass die vom Kläger beschriebenen, sich aufdrängenden Erinnerungen nicht mit dem der Aktenlage zu entnehmenden Unfallgeschehen übereinstimmen, und insoweit insbesondere auf die Erinnerung an eine an einer Bushaltestelle stehenden Frau mit Panik in den Augen verweist, für deren Anwesenheit nach Aktenlage keine Anhaltspunkte bestünden, ist dieser Einwand durch die vom Sachverständigen Dr. T. erfolgte Besichtigung der Unfallstelle widerlegt. Danach befindet sich in unmittelbarer Nähe der Unfallstelle eine Bushaltestelle, so dass der Kläger aufgrund der Entfernung von nur 6 bis 7 Metern ohne Weiteres eine dort wartende Frau mit erkennbarer Schreckreaktion gesehen haben kann.

Die Vermeidenshaltung und insbesondere die mit ihr einhergehende Grundhemmung, über das Unfallereignis und die dabei empfundenen (Todes-)Ängste von sich aus zu reden oder gar Einzelheiten des Empfindens preiszugeben, erklärt zu einem gewissen Teil auch den Umstand, dass psychische Folgen des Ereignisses vom 14. September 1992 trotz zweier zwischenzeitlich erfolgter nervenärztlicher Begutachtungen nicht vor Januar 2001 (Untersuchung Dr. N.) offenbar wurden und insoweit von einer ungewöhnlich langen Latenzzeit auszugehen ist. Wenn der Kläger wegen der Vermeidenshaltung bemüht ist, möglichst wenig seiner bei dem Unfall und in der nachfolgenden Zeit der Behandlung empfundenen Gefühle preiszugeben, fällt es sowohl den behandelnden als auch den begutachtenden Ärzten umso schwerer, eine entsprechende Gesundheitsstörung auf psychiatrischem Fachgebiet festzustellen. Entscheidend für die Tatsache, dass beim Kläger erstmals anlässlich der Begutachtung durch Dr. N. im Januar 2001 und noch erheblich deutlicher im Oktober

2002 massive psychische Auffälligkeiten offensichtlich wurden, ist jedoch nach den auch insoweit überzeugenden Ausführungen der nervenärztlichen Sachverständigen Dr. T. und Dr. M. die persönlichkeitsbegründete massive Abdeckung durch den Kläger. Bei ihm handelt es sich danach um einen primär auf psychische Stabilität und eine problemlose Fassade der Stärke und Leistungsfähigkeit bedachten Menschen, der ausgeprägte Gefühle der – wohl durch seine körperlichen Behinderungen begründeten – Minderwertigkeit und Unterlegenheit im sozialen Konkurrenzkampf mit hohem Willens- und Energieaufwand überspielt und zur emotionalen Verdrängung daraus resultierender Konflikte tendiert. Gerade weil er nach eigenen Angaben in der Jugendzeit geistig und körperlich Behinderte kennen gelernt und dabei Gefühle der Verachtung entwickelt hat, neigt er – wie Dr. T. zutreffend darlegt – zu einer geradezu panischen Abwehr jeden Verdachts auf psychische Unzulänglichkeiten. Darüber hinaus ist eine Schwäche im Sinne einer psychischen Erkrankung nach den Ausführungen von Dr. M. mit dem kulturellen Verständnis, das der Kläger von seiner Männerrolle hat, nicht vereinbar. Dies wird besonders deutlich in seiner Aussage, dass er schließlich ein Mann sei und mit seinen Ängsten und Problemen selbst zu Recht kommen müsse. Die narzisstische Persönlichkeitsstruktur verbunden mit einer großen Willenskraft hatte schon in der Vergangenheit dazu geführt, dass der Kläger trotz erheblich beeinträchtigter Gehfähigkeit und Zuerkennung einer "außergewöhnlichen Gehbehinderung" durch das zuständige Versorgungsamt durchgehend auf einen Rollstuhl verzichteten und sich noch mit zwei Unterarmgehstützen fortbewegen konnte. Unter Berücksichtigung dieser Vorgeschichte hält der Senat es für schlüssig und nachvollziehbar, wenn der Kläger angibt, nach dem Unfall vom 14. September 1992 gegen die im Laufe der Zeit aufkommende Tendenz, sich in erstmals deutlich nach den Krankenhausaufenthalten auftretende Angstzustände hineinzusteigern, sofort vehement gegengesteuert, sich eine Beschäftigung und damit Ablenkung gesucht und sich das Denken an das Unfallgeschehen verboten habe. Nach diesen Angaben hat er versucht, betont hoffnungsvoll in die Zukunft zu blicken und große Erwartungen in eine erfolgreiche Umschulung gesetzt, auf einen Neuanfang hingearbeitet und deshalb über einen langen Zeitraum bis etwa 1997/98 nicht über bestehende Ängste und Schlafstörungen mit Alpträumen gesprochen. In Anbetracht dieser Einstellung und der hohen Energie, mit der die Abdeckung der aus der seelischen Erkrankung herrührenden Symptome betrieben wurde, verwundert es nicht, dass Anzeichen einer psychischen Gesundheitsstörung bis in das Jahr 2001 nicht augenfällig wurden. Dem stehen auch nicht die Ergebnisse der beiden nervenärztlichen Begutachtungen durch Dres. H./ H1 im Februar 1996 und Dr. F. im März 1997 entgegen. Zutreffend weist Dr. T. in seiner Stellungnahme vom 18. März 2008 darauf hin, dass in beiden neurologischen Gutachten allein auf körperliche Unfallverletzungen abgestellt wird. Zwar enthalten sie jeweils einen (praktisch unauffälligen) kurzen psychischen Befund, jedoch fällt schon bei der Anamneseerhebung auf, dass Fragen zur seelischen Verarbeitung offensichtlich nicht gestellt, jedenfalls nur Angaben zu den körperlichen Unfallfolgen sowie zur schulischen und beruflichen sowie zur familiären Vorgeschichte aufgenommen wurden. Dieser Umstand belegt, dass es dem Kläger bis in das Jahr 2001 hinein gelungen ist, die aus der posttraumatischen Belastungsstörung herrührenden Symptome erfolgreich zu unterdrücken, zumindest sie zu verbergen. Zutreffend weist Dr. M. deshalb darauf hin, dass die Krankheit in diesem Zeitraum dem Unterbewusstsein zuzurechnen war; sie also quasi schlummerte. Mit dem Sachverständigen ist der Senat der Überzeugung, dass im konkreten Einzelfall die unüblich lange Latenzzeit letztlich nicht gegen das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung spricht.

Die lange Latenzzeit mit einer quasi schlummernden Erkrankung beinhaltet andererseits, dass in dieser Zeit keine oder jedenfalls keine objektivierbaren auf die seelische Erkrankung ursächlich zurückzuführenden Funktionsbeeinträchtigungen vorgelegen haben. Zu Recht weist Dr. M. anlässlich seiner Anhörung im Termin darauf hin, dass die Erkrankung in dieser Zeit nicht zu Einschränkungen geführt hat. Derartige die Erwerbsfähigkeit einschränkende und auf der posttraumatischen Belastungsstörung beruhenden Beeinträchtigungen sind zur Überzeugung des Senats erst für die Zeit ab der Begutachtung durch Dr. N. am 23. Oktober 2002 objektivierbar. Bei diesem Untersuchungstermin wirkte der Kläger hochgradig verbittert und frustriert und zeigte deutlich aufwallende Emotionen verbunden mit der Weigerung, zukünftig sein beim Unfall verletztes Bein in irgendeiner Form ärztlich untersuchen oder behandeln zu lassen. Aufgrund dieser Beschreibung des Sachverständigen Dr. N. lagen ab 23. Oktober 2002 erstmals deutliche Auswirkungen der bei dem Unfall erlittenen seelischen Traumatisierung vor, während sie in der Zeit vorher allenfalls andeutungsweise erkennbar waren. Wenn Dr. N. bei seiner früheren Untersuchung im Januar 2001 den Kläger als seelisch deutlich belastet beschreibt, kann es sich dabei zwar schon um die ersten Zeichen der aus dem Unterbewusstsein hervortretenden posttraumatischen Belastungsstörung gehandelt haben, jedoch lassen sich zu diesem Zeitpunkt noch keine aus ihnen ergebende Funktionsbeeinträchtigungen feststellen, so dass sich vor dem 23. Oktober 2002 Anhaltspunkte für das Vorliegen einer durch die Folgen der posttraumatischen Belastungsstörung bedingten MdE nicht feststellen lassen. Ab diesem Zeitpunkt ist der Kläger aber nach übereinstimmender und überzeugender Darlegung der Sachverständigen Dr. T. und Dr. M. durch die Folgen der seelischen Erkrankung in Form von Angst-, Bedrohungs- und Insuffizienzgefühlen, einem dysphorisch-schizoiden Rückzug mit resignativen Zügen und zunehmendem Gefühl der Wertlosigkeit und des Sinnesverlusts bis hin zur Lebensüberdrüssigkeit derart eingeschränkt, dass die Folgen der posttraumatischen Belastungsstörung mit einer MdE von 20 vom Hundert zu bewerten sind.

2. Die dem Kläger zustehende Verletztenrente ist ab 8. Oktober 2001 auf der Grundlage einer MdE von 25 vom Hundert und ab 23. Oktober 2002 einer MdE von 40 vom Hundert zu gewähren. Neben den erwerbsmindernden Folgen der posttraumatischen Belastungsstörung liegen weiter Folgen der bei dem Unfall am 14. September 1992 erlittenen Frakturen, insbesondere der verheilten Schienbein-Falschgelenkbildung links mit noch liegendem Osteosynthesematerial vor, die allerdings bis März 2000 keinen rentenberechtigenden Grad der MdE bedingten. Dies steht zur Überzeugung des Senats auf Grund der vollkommen übereinstimmenden Beurteilungen der dazu von der Beklagten und dem Sozialgericht gehörten Sachverständigen, nämlich den Orthopäden Dres. N./ P. (Gutachten vom 7. August 1996), dem Chirurgen Dr. K1 (Gutachten vom 25. Juni 1997), dem Orthopäden P1 (Gutachten vom 28. Oktober 1998) und dem Orthopäden Dr. N. (Gutachten nach [§ 109 SGG](#) vom 6. Dezember 1999) fest. Zwar haben diese Sachverständigen bei ihren Untersuchungen übereinstimmend Belastungsbeschwerden bzw. Reizzustände als verbliebene Folgen der Unterschenkelfraktur im Bereich des knöchern durchbauten Falschgelenks und eine gewisse muskuläre Beeinträchtigung aufgrund der langen Immobilität mit dadurch bedingter Einschränkung der Mobilität festgestellt, die klinisch objektivierbaren Befunde trotzdem zu Recht lediglich mit einer MdE von 10 vom Hundert bewertet. Dabei verkennt das Gericht nicht, dass der Kläger entsprechend seinen Angaben und entgegen der Ausführungen insbesondere des Orthopäden P1 und auch des Sozialgerichts tatsächlich vor dem Unfall vom 14. September 1992 außer in konkreten Behandlungssituationen zu keiner Zeit auf einen Rollstuhl angewiesen war. Dies steht auf Grund des Ergebnisses der durchgeführten Ermittlungen in Form der Einholung von diesbezüglichen Auskünften des Arbeitgebers und des behandelnden Hausarztes sowie der Beiziehung der Krankenunterlagen des Hausarztes fest und wird bestätigt durch die Ausführungen der Ärztin S. in dem versorgungsärztlichen Gutachten vom 22. September 1987. Nach den sich aus den Unterlagen ergebenden Befunden war der Kläger auf Grund der Beeinträchtigungen durch die Kinderlähmung ein "Grenzgänger" zur Rollstuhlpflichtigkeit, konnte diese aber durchgehend unter Aufbringung großer Energie und mit Hilfe seiner Willenskraft vermeiden. Nach Ende der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit im April 1995 war der Kläger demgegenüber zunehmend auf einen Rollstuhl angewiesen. Allerdings war er zum Beispiel bei der Untersuchung durch die Orthopäden Dres. N./ P. durchaus in der Lage, den Rollstuhl zu verlassen und sich mittels der mitgeführten Unterarmgehstützen – wenn auch mühsam – fortzubewegen. Ähnliches beschreibt Dr. K1 nach seiner am 3.

März 1997 erfolgten Untersuchung. Gegenüber dem Orthopäden P1 hat der Kläger noch im Oktober 1998 ausdrücklich angegeben, dass er zwar nach wie vor mit Unterarmgehstützen gehen könne, sich mittlerweile aber im Rollstuhl sicherer fühle. Ausweislich der Ausführungen des Orthopäden Dr. N. in dem Gutachten nach § 109 SGG hat der Kläger diesem Sachverständigen gegenüber angegeben, sich nicht mehr so gut mit Unterarmgehstützen bewegen zu können; zwei Kilometer könne er nicht mehr an Stützen gehen. Diese Angaben belegen, dass die funktionellen Beeinträchtigungen der Beine sich durch den Unfall gegenüber dem zuvor bestehenden Zustand zwar noch weiter verschlechtert haben, dies allerdings nur in einem sehr geringen Ausmaß, welches keinen höheren Grad der MdE als 10 vom Hundert rechtfertigt. Anders sieht die Situation zur Überzeugung des Senats für den Zeitraum ab April 2000 aus. Zu diesem Zeitpunkt hat der behandelnde Orthopäde Dr. O. eine Verschlechterung im Bereich der ehemaligen Frakturen im unteren Unterschenkel/oberen Sprunggelenk mit kontinuierlichen Schmerzen, zum Teil bedingt durch das immer noch liegende, aus Stabilitätsgründen nicht entfernte Metall, festgestellt und dem Kläger deshalb bis einschließlich 7. Oktober 2001 unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit zu Lasten der Beklagten – die in diesem Zeitraum Verletzengeld gezahlt hat – attestiert. Diese eingetretene Verschlechterung hat der Orthopäde Dr. N. in seinen im Auftrag der Beklagten erstellten Gutachten vom 22. Januar 2001 und 26. Oktober 2002 ausdrücklich als knöcherne Konsolidierung der zunächst pseudoarthrotisch verheilten Schrägfraktur mit jetzt ausgeprägter Ausdünnung der innenseitigen Knochenröhre und hochgradiger Entmineralisierung insbesondere der unterhalb der Fraktur liegenden Skelettanteile, persistierenden Belastungsschmerzen mit Druck- und Berührungsempfindlichkeit im ehemaligen Bruchbereich des Schienbeins, im unteren Narbendrittel und im körperfernen Bereich des Plattenlagers sowie eingeschränkter Beweglichkeit des linken oberen Sprunggelenks mit kontrakter Spitzfußstellung beschrieben und als Unfallfolge angesehen und zusammen mit den schon zuvor auf orthopädischem Fachgebiet vorliegenden Unfallfolgen mit einer MdE von 20 vom Hundert ab 10. April 2000 und von 25 vom Hundert ab 8. Oktober 2001 bewertet. Diese Einschätzung hält der Senat für zutreffend und schließt sich ihr an. Die entgegenstehenden Beurteilungen des die Beklagte beratenden Chirurgen Dr. S1 in seinen Stellungnahmen vom 26. November 2002 und vom 5. Dezember 2008 sowie des Orthopäden P1 vom 2. Januar 2003, der sich das Sozialgericht in seiner angefochtenen Entscheidung im Wesentlichen angeschlossen hat, vermögen nicht zu überzeugen. Diese Ärzte und auch das Sozialgericht stellen in keiner Weise die von Dr. O. und Dr. N. festgestellte Verschlechterung der Gesundheitsstörungen im Bereich des linken Beines in Frage, vertreten jedoch die Auffassung, diese sei nicht Folge des Unfalls vom 14. September 1992, sondern Folge der Grunderkrankung in Form der Kinderlähmung. Insbesondere der Orthopäde P1 begründet diese Meinung damit, dass es infolge eines vom Kläger zu verantwortenden Trainingsmangels zu einer weiteren nervalbedingten Schwäche der Beinmuskulatur gekommen sei und die Ausdünnung der Corticalis ebenfalls Folge der mangelnden Belastung und Übung des Beines sei. Die zwischenzeitlich festgestellte Spitzfußstellung sei typisch für den Verlauf einer Kinderlähmung. Dabei verkennt der Sachverständige jedoch, dass er selbst in seinem Gutachten vom 28. Oktober 1998 die trainingsmangelbedingte Schwächung der Beinmuskulatur noch als Unfallfolge angesehen hat. Unter Berücksichtigung dieses Umstandes und nach Auswertung der gesamten Akten und insbesondere auch der nervenärztlichen Gutachten des Dr. T. und des Dr. M. steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Einschränkung des Trainings und der Belastung, die zu der Verschlechterung der Situation am linken Bein geführt hat, wesentlich (teil-) ursächlich auf den Unfall und seine unmittelbaren Folgen zurückzuführen ist. Dr. M. hat zunächst in seinem schriftlichen Gutachten vom 27. Oktober 2008 ausführlich und nachvollziehbar dargelegt, dass nach seiner langjährigen klinischen Erfahrung mit Poliomyelitis-Patienten und in Übereinstimmung mit der entsprechenden nervenärztlichen Literatur sich nur in Ausnahmefällen eine Änderung der Muskelleistung in der Weise entwickelt, dass die Muskeltätigkeit sich abschwächt und sich das Gehvermögen deshalb verschlechtert. Darüber hinaus haben alle in der Vergangenheit tätig gewordenen behandelnden und begutachtenden Ärzte darauf hingewiesen, dass der Kläger unter insbesondere bei Belastung auftretenden Schmerzen im Bereich des liegenden Osteosynthesematerials leidet. Auch der Orthopäde P1 hat in seinem Gutachten vom Oktober 1998 derartige "unfallbedingte gelenknahe Beschwerden" festgestellt und sie im Folgenden als "Reizzustände" bezeichnet. Insoweit kommt der Tatsache besondere Bedeutung zu, dass entgegen der Darstellung des Sozialgerichts auf Seite 6, letzter Satz des vorletzten Absatzes seiner Entscheidung das Verbleiben des Osteosynthesematerials nicht dem Kläger zuzurechnen ist. Vielmehr bestand von vornherein zwischen den behandelnden Ärzten keine Einigkeit darüber, ob unter Stabilitätsgesichtspunkten eine Entfernung des Materials überhaupt möglich ist. Dr. O. hat sie nach seinem Bericht vom 11. Juli 2000 in Übereinstimmung mit einem Radiologen für nicht möglich gehalten mit der Begründung, eine Materialentfernung werde zu einer erneuten Fraktur bei Belastung führen. Angesichts einer derart ungewissen medizinischen Situation kann es dem Kläger nicht angelastet werden, dass er trotz dadurch verursachter Beschwerden das Osteosynthesematerial nicht hat entfernen lassen. Es ist nachvollziehbar, dass jemand, der ohnehin nur aufgrund seiner großen Motivation sich noch ausreichend bewegen konnte, beim Auftreten von Belastungsschmerzen Bewegungen und noch mehr ein mit starken Belastungen verbundenes Training vermeidet. Dies steht in Einklang mit den mehrfach vom Kläger gemachten glaubhaften Angaben, dass er zwar immer wieder versucht hat, das verletzte linke Bein zu belasten und zu trainieren, dass ihm dies aber wegen der dabei regelmäßig auftretenden starken Schmerzen nicht ausreichend gelungen ist. Diesem Umstand messen der Chirurg Dr. S1 und der Orthopäde P1 wie auch das Sozialgericht, welches zumindest auf Seite 6 Mitte seines Urteils in Erwägung zieht, dass für das Unterlassen des Trainings auch die Behandlung der Unfallfolgen verantwortlich gemacht werden kann, ohne daraus weitere Konsequenzen zu ziehen, zu Unrecht keinerlei Bedeutung bei. Darüber hinaus hat das Sozialgericht zwar in seinem Urteil zutreffend auch darauf hingewiesen, dass die psychische Situation des Klägers diesen an der Durchführung der notwendigen Trainingsmaßnahmen und Belastungen gehindert hat, dieses aber zu Unrecht allein der Grunderkrankung in Form der Kinderlähmung zugeordnet. Zutreffend hat Dr. T. in seinem Gutachten vom 2. August 2007 dargelegt, dass die vom Kläger über viele Jahre langsam ausgebaute, dem im Grunde schwerbehinderten Körper beharrlich abgetrotzte Anpassungs- und Kompensationsleistung durch den Unfall vom 14. September 1992 und seinen sowohl körperlichen als auch psychischen Folgen ausgehebelt worden ist. Durch die mit der unfallbedingten posttraumatischen Belastungsstörung verbundenen Ängste, depressiven und Vermeidungstendenzen wurde die psychische Anstrengungsfähigkeit und Widerstandskraft des Klägers entscheidend ausgehöhlt, was im Wesentlichen zu zunehmender Resignation und überempfindlichen Rückzugsverhalten und damit letztlich auch zur Meidung oder zumindest Verminderung der notwendigen Trainingsmaßnahmen führte. Entgegen der Auffassung des Orthopäden P1 standen der Durchführung dieser Trainingsmaßnahmen somit neben den damit verbunden Schmerzen auch noch die Folgen der unfallbedingt erlittenen posttraumatischen Belastungsstörung entgegen, so dass letztlich auch die Vernachlässigung des gebotenen Trainings und die wiederum darauf beruhende Verschlechterung der Situation im linken Bein als unfallbedingt anzusehen sind. Hinsichtlich der Höhe der MdE für die Unfallfolgen im Bereich des linken Beines schließt sich der Senat den Beurteilungen des Orthopäden Dr. N., hinsichtlich derjenigen für die Folgen der posttraumatischen Belastungsstörung für die Zeit ab 23. Oktober 2002 den auch insoweit übereinstimmenden Einschätzungen der Nervenärzte Dr. T. und Dr. M. an. In Bezug auf die vom Kläger geltend gemachten Verletztenrente folgt daraus, dass eine solche dem Kläger bis einschließlich März 2000 nicht zusteht, weil die bis dahin zu objektivierenden Folgen des Unfalls vom 14. September 1992 lediglich eine MdE von 10 vom Hundert bedingen. Ab April 2000 beträgt die MdE wegen der Verschlechterung der Unfallfolgen im Bereich des linken Beines zwar 20 vom Hundert, eine Gewährung von Verletztenrente kommt aber wegen des bis 7. Oktober 2001 andauernden Bezuges von Verletzengeld nicht in Betracht. Erst nach Ende der zwischenzeitlichen Arbeitsunfähigkeit ab 8. Oktober 2001 ist die Gewährung von Verletztenrente gerechtfertigt, die ab diesem Zeitpunkt wegen der von Dr. N. festgestellten weiteren Verschlechterung der Unfallfolgen im Bereich des linken Beines nach einer MdE von 25 vom

Hundert zu bemessen ist. Ab 23. Oktober 2002 sind dann nach den vorstehenden Ausführungen zusätzlich Folgen der durch den Unfall verursachten posttraumatischen Belastungsstörung zu objektivieren, die mit einer MdE von 20 vom Hundert zu bewerten sind. Da sich nach den zutreffenden übereinstimmenden Beurteilungen der Sachverständigen Dr. T. und Dr. M. bei Betrachtung des Körperschadens als Gehfunktionsverlust und des psychischen Schadens als Verlust an Gestaltungs- und sozialer Anpassungsfähigkeit keine relevante Überschneidung ergibt, ist ab diesem Zeitpunkt die Verletztenrente nach einer MdE von 40 vom Hundert zu gewähren. Der Umstand, dass dem Kläger entgegen den ablehnenden Bescheiden doch eine Verletztenrente zu gewähren ist, entzieht der Rückforderung des gewährten Vorschusses in Höhe von 8.898,12 DM mit Bescheid vom 17. September 1997 ihre Grundlage, so dass dieser Bescheid keinen Bestand haben konnte.

Der Senat hatte keine Veranlassung, den Hilfsanträgen der Beklagten entsprechend ein weiteres orthopädisches Gutachten nach [§ 106 SGG](#) einzuholen oder der Beklagten die Möglichkeit einzuräumen, selbst ein weiteres nervenärztliches Gutachten einzuholen. Zur Überzeugung des Senats war der der Entscheidung zu Grunde zu legende Sachverhalt vollständig aufgeklärt. Weder ist ersichtlich noch wurde von der Beklagten auch nur ansatzweise vorgetragen, welche weiteren entscheidungserheblichen Erkenntnisse durch die Einholung weiterer Gutachten hätten gewonnen werden können.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) und entspricht im Ergebnis dem Ausgang des Rechtsstreits in der Hauptsache. Der Senat hat die Revision gegen das Urteil nicht zugelassen, weil weder die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) noch die des [§ 160 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2009-08-11