
S 4 U 138/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	2
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 4 U 138/98
Datum	24.03.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 150/00
Datum	14.08.2002

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 24.03.2000 wird zurückgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der am 1956 geborene Kläger stürzte am 11.07.1995 während seiner Tätigkeit als Maschinenbauer.

Der Durchgangsarzt, der Chirurg Dr.E. , diagnostizierte am gleichen Tag eine großflächige Schürfung der rechten Gesichtshälfte und eine Ellenbogengelenkskontusion mit unverstellter Radiusköpfchenfraktur links. Bis zum 04.10.1995 wurde der Kläger ambulant in der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses C. behandelt. Am 18.07.1995 konnte der Gipsverband abgenommen werden. Die anschließenden Röntgenaufnahmen zeigten einen zeitgerechten Heilverlauf bei guter Stellung der Radiusköpfchenfraktur. Am 04.10.1995 fand sich eine Einschränkung der Streckfähigkeit von 20° bei einer endgradigen Beugeeinschränkung bei 130°. Einen Arbeitsversuch vom 9. und

10.10.1995 stellte der Kläger wegen zunehmender Schmerzen wieder ein. Die klinische Untersuchung zeigte eine leichte Schwellung ¼ber der Radialseite des Ellenbogengelenks mit lebhaftem Druckschmerz. Die Haut war deutlich ¼berwarmt. Dr.E. stellte eine weitere Arbeitsunfahigkeitsbescheinigung bis 22.10.1995 aus. Ab 04.12.1995 hielt Dr.E. den Kläger wieder für arbeitsfähig. Im Gutachten vom 24.01.1996 führte Dr. E. aus, es bestehe eine schmerzhaft e Bewegungseinschränkung im linken Ellenbogengelenk mit Kraftverminderung im linken Unterarm und der linken Hand und gelegentlichen Kribbelparesthesien an der Innenseite des linken Unterarms. Die Fraktur erscheine knöchern komplett konsolidiert mit einer Stufenbildung von 1 mm. Die MdE betrage bis Frühjahr 1997 voraussichtlich 20 v. H., danach sei ein weiteres Gutachten einzuholen.

Mit Bescheid vom 10.06.1996 gewährte die Beklagte wegen der Folgen des Arbeitsunfalls eine vorläufige Rente nach einer MdE von 20 v.H.

Der Orthopede Dr.L. führte im Gutachten vom 18.07.1996 aus, es bestehe noch eine leichte Bewegungsbehinderung im linken Ellenbogengelenk mit angegebener Gefahlsminderung auf der Beugeseite des linken Unterarms ulnar und auf der Beugeseite des 4. und 5. Fingers links. Die MdE betrage nun 10 v.H.

Nach Anhängung des Klägers entzog die Beklagte mit Bescheid vom 12.08.1996 die vorläufige Rente mit Ablauf des Monats September 1996, da die Erwerbsfähigkeit nicht mehr in rentenberechtigendem Grade gemindert werde. Als Unfallfolgen beständen noch: nach knöchern fest verheiltem Meielbruch des Speichenkopfchens endgradige Bewegungseinschränkung im Ellenbogengelenk, Gefahlsminderung auf der Beugeseite des Unterarms ellenwarts und auf der Beugeseite des Ring- und Kleinfingers sowie röntgenologische Veränderung im Bruchbereich.

Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 23.10.1996 zurück. Im darauf folgenden Klageverfahren (S [3 U 331/96](#)) ernannte das SG den Orthopeden Dr.D. zum ärztlichen Sachverständigen, der im Gutachten vom 13.01. 1997 ausführte, röntgenologisch zeige sich eine deutliche Stufenbildung von gut 2 mm in der Gelenkfläche des Radiusköpfchens. Außerdem bestehe eine erhebliche Funktionsbeeinträchtigung des linken Ellenbogens, die Streckung sei um 20 eingeschränkt, die Beugung um etwa 10. Diese Bewegungseinschränkung allein habe eine MdE von 10 v.H. zur Folge. Darüber hinaus bestehe aber eine Funktionsbeeinträchtigung des Ellenbogengelenks mit glaubhaften Beschwerden. Die Unfallfolgen rechtfertigten insgesamt eine MdE von 20 v.H.

Die Beklagte erklärte sich bereit, ¼ber den 30.09.1996 hinaus Rente nach einer MdE von 20 v.H. zu gewähren; daraufhin nahm der Kläger die Klage zurück.

Im Nachschaubericht vom 05.09.1997 führte Dr.E. aus, es sei eine eindeutige Verschlimmerung im Vergleich zum Befund vom 19.12.1995 eingetreten, so dass eine Nachuntersuchung erforderlich sei.

Die Beklagte zog die Unterlagen des Arbeitsamtes Regensburg bei mit Berichten des Kreiskrankenhauses C. vom 23.02.1990, des Krankenhauses der Barmherzigen BrÄ¼der in R. Ä¼ber eine stationÄ¼re Behandlung vom 06.05. bis 10.05.1991 und einem Befundbericht des Neurologen und Psychiaters Dr.E. vom 02.07.1991. Sowohl die behandelnden Ä¼rzte im Krankenhaus der Barmherzigen BrÄ¼der als auch Dr.E. gingen von einer psychovegetativen Beschwerdeausweitung bzw. einem psychosomatischen Leiden mit multiplen funktionellen StÄ¼rungen aus.

Der Neurologe und Psychiater Dr.G. diagnostizierte am 31.10.1997 ein Loge-de-Guyon-Syndrom sowie ein deutliches Carpaltunnelsyndrom links. Dr.E. vertrat im Schreiben vom 03.12.1997 die Auffassung, das Verletzungsmuster nehme keinen nennenswerten Einfluss auf die von Dr.D. eingeschÄ¼tzte MdE. Im Bericht vom 19.01.1998 erklÄ¼rte Dr.G. , die Befunde hÄ¼tten sich eher verschlechtert.

Die Ä¼rztin fÄ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr.K. kam im nervenÄ¼rztlichen Gutachten vom 05.02.1998 zu dem Ergebnis, die Stimmung des KlÄ¼gers sei nicht depressiv, affektiv sei er schwingungsfÄ¼hig, der Antrieb sei nicht gestÄ¼rt. Bei der kÄ¼rperlichen Untersuchung zeige sich teilweise eine funktionelle Ä¼berlagerung der StÄ¼rungen. Auf neurologischem Fachgebiet sei ein Zustand nach RadiuskÄ¼pfchen-Fraktur links, Druckschmerz in der Ulnaris-Rinne, Minderung der OberflÄ¼chensensibilitÄ¼t im Nervus-ulnaris-Versorgungsgebiet links und eine Minderung der groben Kraft der linken Hand gegeben. Die MdE betrage ab September 1997 10 v.H.

Der OrthopÄ¼de Dr.H. fÄ¼hrte im Gutachten vom 09.02.1998 aus, es bestehe ein erheblicher Zweifel am Zusammenhang zwischen dem erst unfallfern erhobenen neurologischen Befund und dem Arbeitsunfall. Ausgehend von der erlittenen Verletzung, die das Humero-Radialgelenk betroffen habe, sei eine SchÄ¼digung des Nervus ulnaris im Sulcus ulnaris ohnehin nicht erlÄ¼rbar. UnerklÄ¼rbar bleibe auch das Bestehen eines Carpaltunnelsyndroms als Unfallfolge ohne nachgewiesene strukturelle Verletzung im Handgelenksbereich. Die vom KlÄ¼ger vorgefÄ¼hrte KraftprÄ¼fung sei nicht objektiv und angesichts der deutlichen Aggravationstendenz mit Ä¼uÄ¼rster ZurÄ¼ckhaltung zu bewerten. Die Aggravationstendenzen zeigten sich daran, dass der KlÄ¼ger eine erheblich eingeschrÄ¼nkte Schultergelenksbeweglichkeit links vorfÄ¼hre, die nirgendwo dokumentiert sei und unerklÄ¼rbar bleibe. Auch der vorgefÄ¼hrte inkomplette Faustschluss links sei unter BerÄ¼cksichtigung neurologischer Befunde und der bestehenden Gebrauchsspuren an der linken Hand nicht erklÄ¼rbar. Eine reine Ulnarisreizung sei nicht geeignet, den Faustschluss derart zu behindern. Eine Verschlimmerung sei nicht festzustellen, wenn man die semiobjektiven Messwerte des ersten und zweiten Rentengutachtens sowie die jetzt dokumentierten Befunde vergleiche. Die Unfallfolgen kÄ¼nnten mit einer MdE von 10 v.H. bewertet werden; unter BerÄ¼cksichtigung des neurologischen Zusatzgutachtens sei eine HÄ¼herbewertung nicht begrÄ¼ndbar. Die von Dr.D. angenommene komplexere FunktionsbeeintrÄ¼chtigung des Ellenbogengelenks stÄ¼tze sich nur auf die Angaben des KlÄ¼gers.

Mit Bescheid vom 27.03.1998 lehnte die Beklagte eine RentenerhÄ¼hung ab, da

eine wesentliche Verschlimmerung nicht vorliege.

Den Widerspruch des KlÄxgers vom 07.04.1998, mit dem er auf eine Verschlechterung der Frakturfolgen und erhebliche Schmerzen hinwies, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 22.04.1998 zurÄ¼ck. Die kritische PrÄ¼fung der Gutachten habe keine Hinweise dafÄ¼r ergeben, dass die beauftragten Gutachter von falschen Voraussetzungen ausgegangen seien. Die objektiv nachweisbaren Unfallfolgen seien sorgfÄ¼ltig und vollstÄ¼ndig erfasst und die vom KlÄxger vorgetragene Beschwerden gewÄ¼rdigt worden. Eine wesentliche Verschlimmerung im Sinne des [Ä§ 48 Abs.1 SGB X](#) sei nicht eingetreten.

Hiergegen hat sich die Klage vom 27.04.1998 zum Sozialgericht Regensburg (SG) gerichtet. Das SG hat einen Befundbericht der Praxis Dr.G. vom 07.07.1998 beigezogen und den Arzt fÄ¼r Ä¼ffentliches Gesundheitswesen, Umweltmedizin und Sportmedizin Dr.K. zum Ä¼rztlichen SachverstÄ¼ndigen ernannt.

Im Gutachten vom 15.07.1998 hat Dr.K. ausgefÄ¼hrt, aus nervenÄ¼rztlicher Sicht sei lediglich eine Minderung der OberflÄ¼chensensibilitÄ¼t im Versorgungsgebiet des Ulnarisnerven links feststellbar sowie eine Minderung der groben Kraft in der linken Hand. Weiter zeige sich nur eine leichte BewegungseinschrÄ¼nkung im linken Ellenbogengelenk. Das beidseitige Carpaltunnelsyndrom sei ebenso wie die Schultergelenkssymptomatik rechts mit fast an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht in ursÄ¼chlichem Zusammenhang mit dem Unfall zu sehen. Ob zusÄ¼tzlich Aggravationstendenzen vorlÄ¼gen, kÄ¼nne nicht sicher beurteilt werden, sei aber aufgrund des Verhaltens des KlÄxgers bei der Untersuchung anzunehmen. So blÄ¼ttete er z.B. problemlos mit dem linken Arm bzw. der linken Hand in seinen Aktenunterlagen, was er bei einer ausgeprÄ¼gteren FunktionseinbuÄ¼e als RechtshÄ¼nder mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht getan hÄ¼tte. Die unfallbedingten Verletzungsfolgen wÄ¼rden mit einer MdE von 15 v.H. bewertet.

Der KlÄxger hat ein Attest des OrthopÄ¼den Dr.V. vom 17.07.1998 vorgelegt, in dem ausgefÄ¼hrt wird, unter BerÄ¼cksichtigung der Vorbefunde, insbesondere des Gutachtens von Dr.D. vom 13.01.1997, liege allein aus orthopÄ¼discher Sicht eine MdE von 25 v.H. vor.

Im Bericht vom 22.07.1998 hat Dr.G. angegeben, es sei beim KlÄxger eine deutliche Verschlechterung eingetreten. Die im Befundbericht vom 07.07.1998 beschriebene Beschwerdebesserung stehe hierzu nicht im Widerspruch, da bei chronischen Beschwerden ein fluktuierender Verlauf bestehe. Die Beschwerden seien seit 1995 aufgetreten und glaubhaft. Eine UmschulungsmaÄ¼nahme sei dringlich indiziert. Dadurch kÄ¼nne eine Besserung der mechanisch bedingten NervenschÄ¼digung erreicht werden. Die MdE auf neurologischem Gebiet sei unter BerÄ¼cksichtigung der Ulnaris-SchÄ¼digung mit 20 v.H. zu bewerten.

Dr.D. hat in einem Schreiben an den BevollmÄ¼chtigten des KlÄxgers vom 31.07.1998 erkÄ¼rt, die Schlussfolgerungen in seinem Gutachten entsprÄ¼chen

dem Zustand anlässlich der von ihm durchgeführten Untersuchung.

Der auf Antrag des Klägers gemäß [Â§ 109 SGG](#) zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr.V. hat im Gutachten vom 04.08.1999 ausgeführt, es bestehe ein Sulcus-nervi-ularis-Syndrom mit Tinnel schem Zeichen über dem linken Ellenbogengelenk, außerdem eine erhebliche psychovegetative Beteiligung. Der Kläger leide unter einer chronischen Schmerzkrankheit mit Reduzierung der körperlichen Aktivitäten, Schlafdeprivation, Antriebsverlust, möglicherweise auch einer depressiven Komponente. Aus rein orthopädischer Sicht bestehe bei Zustand nach Radiuskarpalfraktur, mit Fehlstellung und Stufenbildung ausgeheilt, eine MdE von 20 v.H. Anzuraten sei die Einholung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens, um insbesondere die psychiatrische Komponente der Unfallfolgen näher einzugrenzen, die mit einer MdE von 25 v.H. zu bewerten sei.

Der vom Kläger als Sachverständiger gemäß [Â§ 109 SGG](#) benannte Dr.G. hat die Erstellung eines Gutachtens wegen Arbeitsüberlastung abgelehnt. Im Schreiben vom 24.01. 2000 hat er erklärt, weder als Sachverständiger noch als sachverständiger Zeuge könne er zu einer anderen Auffassung kommen als im Vorgutachten vertreten worden sei.

Mit Urteil vom 24.03.2000 hat das SG die Klage abgewiesen. Eine Verschlimmerung der Unfallfolgen sei im Hinblick auf die überzeugenden Ausführungen von Dr.K. , Dr.H. und Dr.K. nicht eingetreten.

Mit der Berufung vom 10.04.2000 wendet sich der Kläger gegen das Urteil. Es liege ein wesentlicher Verfahrensmangel vor, da das SG es unterlassen habe, Dr.G. als Zeugen zu laden und zu vernehmen.

Der Bevollmächtigte des Klägers übersendet eine gutachterliche Stellungnahme der Ärztin für Psychiatrie und Neurologie B. vom 02.11.2000, in der ausgeführt wird, die Kraft der linken Hand sei ebenso herabgesetzt wie die Dorsalflexion. Der Kläger könne den linken Arm nicht auf den Rücken heben und in der Schulter nur bis 90° heben. Die Haltung sei im Ellenbogen angewinkelt, der Faustschluss links nicht vollständig möglich, das linke Handgelenk in der Rotationsbewegung eingeschränkt. Es handele sich ferner um eine Migraine accompagnée, die in Zusammenhang mit den übermäßigen Sorgen des Klägers wegen seiner unbefriedigenden arbeitsrechtlichen Situation stehe. Die nervliche Läsion bedinge eine MdE um 30 v.H. Eine berufliche Umschulungsmaßnahme sei notwendig.

Der vom Senat zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr.K. kommt im Gutachten vom 23.03.2001 zu dem Ergebnis, es bestehe eine seitengleich kräftige Beschwielung beider Hohlhände; eine umschriebene Muskelverschmächtigung eines oder mehrerer Muskeln des linken Armes sei nicht festzustellen. Messtechnisch bestanden keine Umfangsdifferenzen. Bei der Prüfung der groben Kraft sei die Kraftentwicklung im Bereich des ganzen linken Armes gegenüber rechts deutlich reduziert. Bei

Nichtbeobachtung werde der linke Arm aber normal eingesetzt, wie aufgrund der seitengleichen Bemuskelung und Beschwielung auch zu erwarten sei. Der Kläger sei bewusstseinsklar, unverkennbar fixiert auf die angegebenen Beschwerden, die zum Teil etwas dramatisiert dargeboten warden. Die Stimmung sei eine Spur moros und dysphorisch, die Primarpersonlichkeit etwas zwanghaft, ubernachhaltig, auch etwas rechtskampferisch. Bei einer Radiuskopfenfraktur sei eine primäre Schädigung eines Nerven eine Seltenheit. Aus anatomischen Gründen sei eine Schädigung des Nervus medianus und des Nervus ulnaris wenig wahrscheinlich, da diese nicht in unmittelbarer Nachbarschaft des Radiusköpfchens verliefen. Allerdings sei eine Schädigung des Speichennerven (Nervus radialis) denkbar. Falls im Gefolge einer Fraktur eine periphere Nervenverletzung auftrete, sei sie ein Symptom, das sich relativ unmittelbar nach dem Trauma demaskiere. Eine Latenz von einigen Wochen sei im Hinblick auf die zunächst im Vordergrund stehenden Verletzungsschmerzen zwar durchaus noch plausibel, eine Latenz von mehreren Monaten zwingt jedoch dazu, Ursachenforschung zu betreiben. Hinweise betreffend eine primäre Nervenverletzung seien in den ärztlichen Berichten ebensowenig wie im Gutachten vom 24.01.1996 erwähnt. Erstmals Dr.L. erwähne im Gutachten vom 18.07.1996 eine Hautgefahlsminderung auf der Unterarmbeugeseite links ulnar und an den Fingern 4 und 5. Von der Beschreibung her sei allerdings ein Hinweis auf die Ursache nicht möglich. Im Gutachten von Dr.D. vom 13.01.1997 seien weder motorische Störungen noch Gefahlsstorungen angegeben. Gegenüber Dr.E. habe der Kläger am 05.09.1997 dagegen über Gefahlsstorungen im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris berichtet.

Sensibilitätsstörungen, wie sie der Kläger angebe, entsprächen weder dem Versorgungsgebiet des Nervus medianus noch dem des Nervus ulnaris oder des Nervus radialis. Anatomisch gesehen sei es kaum möglich, sie organisch zuzuordnen. Die subjektiv angegebenen Beschwerden korrelierten nicht mit dem objektiven Befund. Ein Zusammenhang des Unfalls mit dem Carpaltunnelsyndrom und dem Loge-de-Guyon-Syndrom sei nicht nachvollziehbar, unabhängig davon, dass die Befunde schon allein von der Schilderung der Symptomatik her nicht mit einem Loge-de-Guyon-Syndrom in Übereinstimmung zu bringen seien. Hierbei handele es sich um ein Engpasssyndrom im Bereich des Nervus ulnaris, das zu rein motorischen Störungen der Ulnaris-versorgten kleinen Handmuskulatur führe, nicht aber zu Sensibilitätsstörungen. Insgesamt sprächen die Befunde gegen eine periphere Nervenverletzung im Rahmen des Arbeitsunfalls vom 11.07.1995. Eine MdE auf neurologischem Gebiet sei insofern nicht zu begründen. Die von Dr.K. angenommene Symptomatik einer sensiblen Ulnarisschadigung könne nicht überzeugen, da der anatomische Bereich, der bei einem Sulcus-ulnaris-Syndrom involviert sei, nämlich die Ulnarisrinne, von dem Unfallereignis nicht betroffen gewesen sei. Außerdem betreffe ein Sulcus-ulnaris-Syndrom primär den Kleinfingerballen und die Finger 4 und 5. Schmerzen seien hier eher untypisch.

Der auf Antrag des Klägers gemäß [ 109 SGG](#) zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Arzt für forensische Psychiatrie Prof. Dr.N. , fährt im Gutachten vom 30.11.2001 aus, das möglicherweise schon früher labile, aber noch gut kompensierte psychische Gleichgewicht sei durch den Arbeitsunfall vom

11.07. 1995 ins Wanken geraten. In den folgenden Jahren sei das Leben des KlÄxgers von Schmerzen, einer BewegungseinschrÄxnkung sowie einer zunehmenden Schwindelsymptomatik geprÄxgt gewesen. Die ErklÄxrung fÄ¼r den zunehmenden sozialen RÄ¼ckzug und die Aufgabe des seit 35 Jahren gepflegten Hobbys sei in einer Zunahme psychischer Symptome zu suchen. Insbesondere die Aufgabe des Hobbys sei unter psychodynamischen Gesichtspunkten als eine Form einer Selbstbestrafung anzusehen, die fÄ¼r depressive Erkrankungen nicht ungewÄ¼hnlich sei. Der KlÄxger leide unter einer Dysthymie. Es spreche einiges dafÄ¼r, dass zwar eine gewisse VulnerabilitÄxt fÄ¼r die Entwicklung einer solchen Erkrankung vorhanden gewesen sei, denn der KlÄxger sei seit etwa seinem 20. Lebensjahr immer wieder Äxngstlich besorgt gewesen, was kÄ¼rperliche Erkrankungen angegangen sei. Die Symptome seien aber bis zum Unfall so gut kompensiert gewesen, dass es bis dahin zu keinen wesentlichen depressiven Krankheitssymptomen gekommen sei. Die zunehmende depressive Komponente habe sich in der Zeit nach dem Unfall bis heute entwickelt. Parallel zur Zunahme der Dysthymie sei es auch zu einer Zunahme der diffusen Schmerzsymptomatik gekommen. Es sei nicht ungewÄ¼hnlich, dass sich Depressionen in kÄ¼rperlichen Symptomen manifestierten, fÄ¼r die oft kein organisches Korrelat gefunden werden kÄ¼nne. Beim KlÄxger bestehe neben der BewegungseinschrÄxnkung, die von orthopÄxdischer Seite mit 20 v.H. bewertet sei, im Hinblick auf die, wenn auch ohne objektives organisches Korrelat, bestehende diffuse Schmerzsymptomatik sowie die Dysthymie eine Gesamt-MdE von 30 v.H. Die MdE solle ab August 2001 zunÄxchst fÄ¼r einen Zeitraum von 2 Jahren angenommen werden.

In der von der Beklagten Ä¼bersandten gutachtlichen Stellungnahme nach Aktenlage vom 04.01.2002 fÄ¼hrt der Arzt fÄ¼r Neurologie und Psychiatrie Prof.Dr.G. aus, Prof.Dr.N. schlieÄ¼e aus der Feststellung einer psychischen StÄ¼rung auf den ursÄxchlichen Zusammenhang; eine substantielle sozialmedizinische KausalitÄxtsbeurteilung fehle.

In der ergÄxnzenden Stellungnahme vom 18.04.2002 erklÄxrt Dr.K. , erstmals im Gutachten des OrthopÄxden Dr.V. werde eine depressive Komponente erwÄxhnt, wÄxhrend zuvor in den Äxrtlichen Berichten auch der behandelnden NervenÄxrzte psychiatrische Diagnosen nicht erwÄxhnt seien. In diesem Zusammenhang sei insbesondere zu berÄ¼cksichtigen, dass Dr.E. bereits am 02.07.1991 auf ein psychosomatisches Leiden mit multiplen funktionellen StÄ¼rungen wie Augenflimmern, Pelzigkeit im Mundbereich und SchlÄxfenkopfschmerz, Verspannungs- und SchweregefÄ¼hl im linken Bein, Schmerzen in der linken Schulter, SchwindelzustÄxnde, Ä¼belkeit, Mattigkeit, VergeÄ¼lichkeit, Unkonzentriertheit und schwabbeliges GefÄ¼hl im Kopf hingewiesen habe. Bei einer Dysthymie, wie sie von Prof.Dr.N. angenommen werde, handele es sich um eine milde depressive Symptomatik, die im Hinblick auf die Ursache vollkommen unspezifisch sei. Prof.Dr.N. begrÄ¼nde auch nicht, inwiefern die von ihm selbst als diffus bezeichnete Schmerzsymptomatik im Unfallzusammenhang zu sehen sei. Die Zuordnung der festgestellten Symptome zum Unfallereignis erscheine relativ willkÄ¼rlich. Es werde nicht begrÄ¼ndet, aufgrund welcher Befunde diese Symptomatik als unfallbedingt anzusehen sei. Die jetzt vom KlÄxger angegebene zunehmende Beschwerdesymptomatik und die dysphorische Stimmungslage seien

nicht als psychiatrische Erkrankung zu sehen, sondern es sei eine verfahrensbezogene Überlagertheit des Krankheitsbildes anzunehmen. Das Unfallereignis sei nicht mit einer schweren seelischen Belastung verbunden gewesen. Psychiatrische Symptome seien erstmals vier Jahre nach dem Ereignis erwähnt worden.

Der Kläger stellt den Antrag, das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 24.03.2000 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 27.03.1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.04.1998 verurteilen, ihm ab 04.12.1997 Rente nach einer MdE von mindestens 30 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten sowie der Klage und Berufungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, sachlich aber nicht begründet.

Die Entscheidung richtet sich nach den bis 31.12.1996 geltenden Vorschriften der RVO, da der streitige Versicherungsfall vor dem 01.01.1997 eingetreten ist und über einen daraus resultierenden Leistungsanspruch vor dem 01.01.1997 zu entscheiden gewesen wäre ([§§ 212, 214 Abs.3 SGB VII](#) i.V.m. [§ 580 RVO](#)).

Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Eine wesentliche Änderung im Sinne der Verschlimmerung der durch den Unfall vom 11.07.1995 eingetretenen Gesundheitsstörungen ist im Falle des Klägers nicht objektiv nachweisbar. Dies steht zur Überzeugung des Senats fest aufgrund der vorliegenden ärztlichen Befunde und der im Gutachten von Dr.K. und Dr.K. sowie der im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von Dr.H. und Dr.K., die im Wege des Urkundsbeweises verwertet werden.

Was die Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet betrifft, hat Dr. K. lediglich eine leichte Bewegungseinschränkung des linken Ellenbogengelenks sowohl bei der Streckung als auch bei der Beugung feststellen können. Die Unterarmdrehbeweglichkeit ist praktisch nicht eingeschränkt. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass Handflächenschwielung und Durchblutung seitengleich normal sind und die Muskulatur des linken Armes im Vergleich zu rechts nur minimal vermindert ist.

Dies entspricht den Befunden des Orthopäden Dr.H. im Verwaltungsverfahren, der ebenfalls auf seitengleiche Arbeitshände mit normaler Handbeschwielung und seitengleicher arbeitsüblicher Verschmutzung hingewiesen hat. Die Muskulatur

beider oberer und unterer Extremitäten war normal ausgebildet. Die Befunde sprechen gegen eine durch eine wesentliche Bewegungseinschränkung erzwungene Minderbelastung des linken Armes als Unfallfolge. Bei der Untersuchung durch Dr.K. blätterte der Kläger mit der linken Hand in seinen Aktenunterlagen, was er, worauf Dr.K. ausdrücklich hinweist, bei einer ausgeprägteren Funktionseinbuße als Rechtshänder mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht getan hätte. Auch unter Berücksichtigung der neurologischen Befunde und der glaubhaften Beschwerden des Klägers bewertet Dr.K. insofern überzeugend die Gesamt-MdE mit 15 v.H.

Im Vordergrund der vom Kläger angegebenen Unfallfolgen stehen die Beschwerden, die auf neurologischem Fachgebiet zu beurteilen sind. Wie Dr.K. erläutert, ist bei einer Radiusköpfchenfraktur eine primäre Schädigung eines Nerven eine Seltenheit. Sie ist aus anatomischen Gründen wenig wahrscheinlich, da der Nervus medianus und Nervus ulnaris nicht in unmittelbarer Nachbarschaft des Radiusköpfchens verlaufen. Insofern ist Dr.K. Annahme, eine Nervus-ulnaris-Schädigung sei nachvollziehbar, nicht überzeugend. Der anatomische Bereich, der bei einem Sulcus-ulnaris-Syndrom betroffen ist, nämlich die Ulnarisrinne, wurde, wie Dr.K. ausführte, von dem Unfallereignis nicht berührt. Außerdem handelt es sich um ein Syndrom, das primär in Sensibilitätsstörungen besteht, Schmerzen sind hier eher untypisch.

Dagegen wäre eine Schädigung der Speichennerven denkbar. Falls im Gefolge einer Läsionsverletzung oder einer Fraktur eine periphere Nervenverletzung auftritt, ist sie ein Symptom, das sich, so Dr.K., relativ unmittelbar nach dem Trauma demaskiert. Zwar können in der ersten Zeit die durch die Primärverletzung bedingten Schmerzen im Vordergrund stehen, so dass der Ausfall eines Nerven möglicherweise zunächst nicht bemerkt wird. Eine Latenz von mehreren Monaten oder mehr zwingt jedoch dazu, wie Dr.K. betont, Ursachenforschung zu betreiben. Wie die ärztlichen Befunde in den Akten zeigen, wurden sensible Ausfälle erstmals von Dr.L. im Gutachten vom 18.07.1996 erwähnt. Der Kläger gab eine Hautgefäßsminderung auf der Unterarmbeugeseite links ulnar und an den Fingern 4 und 5 im Beugebereich an. Damit ist an eine sensible Schädigung des Nervus ulnaris, der die betreffende Region versorgt, zu denken. Bei der Nachuntersuchung durch Dr.E. am 05.09.1997 erwähnte der Kläger ebenfalls Gefäßstörungen im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris. Dr.G. fand allerdings keine Hinweise auf eine Schädigung des Nervus ulnaris, vermutete dagegen ein posttraumatisches Loge-de-Guyon-Syndrom links bzw. ein posttraumatisches Carpaltunnelsyndrom. Diese Erkrankungen würden allerdings eine Schädigung der linken Hand durch den Unfall voraussetzen, die so Dr.K. durch die Initialbefunde, die Dr.E. am 11.07.1995 erhoben hat, nicht bestätigt wird. Damit ist eine kausale Zuordnung, wie Dr.K. betont, relativ hypothetisch.

Auch Dr.H. hat darauf hingewiesen, dass die Verletzung des Humeroradialgelenk betraf, so dass eine Schädigung des Nervus ulnaris im Sulcus ulnaris nicht erklärbar ist. Unerklärbar bleibt auch das Bestehen eines Carpaltunnelsyndroms ohne nachgewiesene strukturelle Verletzungen im Handgelenksbereich. Ebenso wies auch Dr.K. darauf hin, dass weder ein Carpaltunnelsyndrom noch ein Loge-de-

Guyon-Syndrom nachgewiesen sind, und schon vom Unfallhergang her und aufgrund des bisherigen Verlaufs nicht nachvollziehbar sind. Was das Loge-de-Guyon-Syndrom betrifft, handelt es sich hier um ein Enpass-Syndrom im Bereich des Nervus ulnaris, das zu rein motorischen Störungen der ulnaris-versorgten kleinen Handmuskulatur führt. Es führt nicht zu Sensibilitätsstörungen, so dass die primär mitgeteilten Befunde mit einem solchen Krankheitsbild nicht in Einklang zu bringen sind. Außerdem wären, wie Dr.K. weiter erläutert, zwar Gefäßstörungen betreffend die linke Hand mit einer Schädigung des Nervus ulnaris im Sulcus-Bereich in Einklang zu bringen, nicht jedoch Sensibilitätsstörungen, die den linken Unterarm betreffen, da der sensible Endast des Nervus ulnaris, der die ulnare Seite des Unterarms sensibel versorgt, bereits vor dem Ellenbogengelenk den Nervus ulnaris verlässt. Einzelbefunde, die eine Ulnarisschädigung nachvollziehbar machten, hat auch Dr.G. ebenso wenig wie die Neurologin B. mitgeteilt. Ihre Angabe, dass die Kraft der linken Hand und die Dorsalflexion herabgesetzt seien, ist mit einer Läsion weder des Nervus medianus noch des Nervus ulnaris in Einklang zu bringen, ebenso wenig die Angabe, der Kläger könne den linken Arm nicht auf den Rücken führen und in der Schulter nur bis 90° heben.

In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu berücksichtigen, dass umschriebene Muskelverschmächtigungen, weder was das Versorgungsgebiet des Nervus medianus angeht, noch bzgl. des Versorgungsgebiets des Nervus ulnaris festzustellen sind. Wie Dr.K. ausführte, wurde der linke Arm im Rahmen der Untersuchung bei komplexen Bewegungsabläufen und bei etwas unübersichtlicher Gestaltung der Untersuchungssituation normal eingesetzt. Die vom Kläger angegebenen Sensibilitätsstörungen entsprechen in ihrer Ausdehnung weder dem Versorgungsgebiet des Nervus medianus noch dem des Nervus ulnaris oder des Nervus radialis und sind auch nicht radikulär zuordbar, sondern betreffen anteilmäßig Versorgungsgebiete sämtlicher drei Stammnerven des Armes. Anatomisch gesehen ist es, so Dr.K., kaum möglich, diese Sensibilitätsstörungen organisch zuzuordnen. Mit einer peripheren neurogenen Schädigung sind sie nicht zu erklären.

Im Hinblick auf die vorliegenden Befunde ist von einer peripheren Nervenverletzung durch den Arbeitsunfall vom 11.07.1995 nicht auszugehen und eine MdE auf neurologischem Gebiet daher nicht zu begründen.

Die von Dr.V. im Gutachten vom 04.08.1999 erstmals angesprochene psychiatrische Problematik steht nicht in Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 11.07.1995. Wie Dr.K. überzeugend ausgeführt hat, ist die von Prof.Dr.N. diagnostizierte Dysthymie eine milde depressive Symptomatik, die nicht die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung erfüllt. Es handelt sich um eine relativ häufige Erkrankung, die auch als Verstimmung bezeichnet wird und im Hinblick auf ihre Ursache vollkommen unspezifisch ist. Die jetzt vom Kläger angegebene zunehmende Beschwerdesymptomatik und seine dysphorische Stimmungslage sind nicht, wie Dr.K. erläutert, als psychiatrische Erkrankung zu sehen, sondern sprechen für eine verfahrensbezogene Überlagertheit des Krankheitsbildes.

Nicht überzeugen können die Ausführungen von Prof.Dr.N. , es habe zwar eine gewisse Anlage für die Entwicklung einer solchen Erkrankung vorgelegen, die Symptome seien aber bis zum Unfall so gut kompensiert gewesen, dass es bis dahin zu keinen wesentlichen depressiven Krankheitssymptomen gekommen sei. Weder die behandelnden Ärzte, darunter auch Neurologen und Psychiater, noch die ärztlichen Sachverständigen haben bislang psychiatrische Befunde, die sich nach dem Unfall stärker entwickelt hätten, erwähnt. Dagegen wurde bereits während des stationären Aufenthalts im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in R. vom 06.05. bis 10.05.1991 von psychovegetativer Beschwerdeüberlagerung gesprochen und der Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Dr.E. , erwähnte am 02.07.1991 ein psychosomatisches Leiden mit multiplen funktionellen Störungen. Dabei berichtete der Kläger über Zustände von Augenflimmern, Pelzigkeit im Mundbereich und Schläfenkopfschmerz, Verspannungs- und Schweregefühl im linken Bein, Schmerzen in der linken Schulter, kurze Schwindelzustände, Übelkeit, Mattigkeit, Vergesslichkeit, Unkonzentriertheit und schwabbeliges Gefühl im Kopf. Anhaltspunkte dafür, dass der Unfall vom 11.07.1995 hier zu einer Dekompensation geführt hätte, lassen sich entgegen der Beurteilung durch Prof.Dr.N. bei Berücksichtigung der vorliegenden Befunde nicht feststellen. Bei psychischen Reaktionen auf einen Unfall ist zu prüfen, ob das Unfallereignis und seine organischen Auswirkungen ihrer Eigenart und Stärke nach unersetzlich, d.h. nicht mit anderen alltäglich vorkommenden Ereignissen austauschbar sind und ob die Anlage so leicht ansprechbar war, dass sie gegenüber den psychischen Auswirkungen des Unfallereignisses die rechtlich allein wesentliche Ursache ist. Hierbei gibt die Schwere des Unfallereignisses, im Verhältnis zu den später vorliegenden Erscheinungen betrachtet, gewisse Anhaltspunkte. Weiterhin ist von Bedeutung, ob vor dem Unfallereignis eine völlig latente Anlage bestand oder ob diese sich bereits in Symptomen manifestiert hatte, deren Entwicklung durch das Unfallereignis dauernd oder nur vorübergehend beeinflusst worden ist. Im Hinblick auf die überzeugenden Ausführungen des ärztlichen Sachverständigen Dr.K. ist davon auszugehen, dass die Dysthymie nicht auf den Unfall zurückzuführen ist, denn die Primärpersönlichkeit des Klägers zeigt depressive, aber auch zwanghafte Züge, die also nicht dem Unfall zuzuordnen sind. Gerade im Hinblick auf die bereits vor dem Unfall attestierte psychosomatische Erkrankung kann die Annahme eines Kausalzusammenhanges mit dem Unfall nicht überzeugen. Dies gilt auch bezüglich der Schmerzsymptomatik, die Prof.Dr.N. selbst als diffus bezeichnet, so dass ein Unfallzusammenhang nicht begründet ist.

Eine wesentliche Änderung der Verhältnisse, die dem Gutachten des Dr.D. vom 13.01.1997 zugrunde lagen, ist daher im Hinblick auf die überzeugenden Gutachten von Dr.K. und Dr.K. sowie auch von Dr.H. und Dr.K. nicht eingetreten.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach [ÄS 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [ÄS 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) liegen nicht vor.

Erstellt am: 20.10.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024