



Zur Abgrenzung einer Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik von einer posttraumatischen Belastungsstörung.

§ 8 Abs. 1 SGB VII

Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 19.03.2007 – L 1 U 3064/04 –
Bestätigung des Urteils des SG Mannheim vom 25.03.2004 - S 3 U 1493/01 -

Nach dem Diagnoseschlüssel ICD 10 (= Zehnte Revision der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO aus dem Jahre 1989, vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ins Deutsche übertragen, herausgegeben und weiterentwickelt) (F 43.1) entstehe - so das LSG - eine posttraumatische Belastungsstörung als eine verzögerte oder protraumatisierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Typische Merkmale seien das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten würden. Ferner fänden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freundlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist trete ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression seien häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken seien nicht selten. Der Beginn folge dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Woche bis Monate dauern könne. Der Verlauf sei wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle könne jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nehme die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und gehe dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F 62.0) über.

Bei Anpassungsstörungen (ICD 10 - F 43.2) handele es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern würden und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen aufträten. Die Belastung könne das soziale Netz des Betroffenen beschädigt haben (wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen) oder das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder soziale Werte (wie bei Emigration oder nach Flucht). Sie könne auch in einem größeren Entwicklungsschritt oder einer Krise bestehen (wie Schulbesuch, Elternschaft, Misserfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles oder Ruhestand). Die individuelle Prädisposition oder Vulnerabilität spiele bei dem möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine bedeutsame Rolle; es sei aber dennoch davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre. Die Anzeichen seien unterschiedlich und würden depressive Stimmung, Angst oder Sorge (oder eine Mischung von diesen) umfassen. Außerdem könne ein Gefühl bestehen, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurecht zu kommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können. Störungen des Sozialverhaltens könnten insbesondere bei Jugendlichen ein zusätzliches Symptom sein. Hervorstechendes Merkmal könne eine kurze oder längere depressive Reaktion oder eine Störung anderer Gefühle und des Sozialverhaltens sein.

Eine gleichwertige Bedeutung misst der Senat den in den Entscheidungsgründen ebenfalls wiedergegebenen Definitionen des Diagnosesystems des DSM-IV-TR bei (DSM-IV = Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen der Amerikanischen psychiatrischen Vereinigung aus dem Jahre 1994, deutsche Bearbeitung herausgegeben von Saß/Wittchen/Zaudig, 3. Aufl 2001).

Im vorliegenden Fall liegt als mittelbare Unfallfolge zwar zur Überzeugung des Senats keine posttraumatische Belastungsstörung vor, wohl aber inzwischen eine Anpassungsstörung mit depressiven Episoden, die auch wesentlich durch die Unfallfolgen auf neurologischem und unfallchirurgischem Fachgebiet hervorgerufen worden ist; in einer integrierenden Gesamtbetrachtung aller funktionellen Einschränkungen, insbesondere auch des psychiatrischen Fachgebiets, sei eine Gesamt-MdE mit 20 v.H. festzustellen (wird ausgeführt).



Das **Landessozialgericht Baden-Württemberg** hat mit **Urteil vom 19.03.2007**
- L 1 U 3064/04 -
wie folgt entschieden:

Tatbestand

Im Streit steht die Anerkennung weiterer Unfallfolgen nach dem Arbeitsunfall vom 26. August 1999 sowie die Gewährung einer Verletztenrente.

Der 1970 im Kosovo geborene und sich seit 1992 in der Bundesrepublik befindliche Kläger war ab Dezember 1996 als Gipser bzw. Stuckateur beruflich tätig. Das Beschäftigungsverhältnis endete am 12. Februar 2000. Seit Dezember 2002 ist der Kläger als Mitarbeiter eines Wach- und Sicherheitsunternehmens beschäftigt. Der Kläger hatte von seinem ehemaligen Arbeitgeber im Jahr 1999 Baumaschinen aufgekauft und diese in den Kosovo verbracht in der Absicht, dort Ende 1999 ein Baugeschäft zu eröffnen.

Bei seiner Tätigkeit als Stuckateur bzw. Gipser fiel er am 26. August 1999 von einer Leiter, die wegrutschte, und blieb mit dem rechten Oberarm an einem Stahlhaken hängen. Er erlitt ein Decollement am rechten Oberarm, welches operativ versorgt wurde. Der Musculus biceps lag frei und war zerfetzt (Durchgangsarztbericht des Prof. Dr. W. vom 26. August 1999).

Die Beklagte teilte dem Kläger im Schreiben vom 7. Oktober 1999 u.a. mit, im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung eines möglichen Rentenanspruchs werde sein Aktenvorgang mit den darin enthaltenen ärztlichen Unterlagen gegebenenfalls an selbstständige medizinische Gutachter weitergegeben. Soweit damit die Offenbarung personenbezogener Daten verbunden sei, habe er gemäß § 76 Abs. 2 Satz 2 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch - Sozialverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X) ein Widerspruchsrecht. Ab 15. November 1999 nahm der Kläger im Rahmen einer Belastungserprobung bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit seine Tätigkeit als Gipser und Stuckateur wieder auf. Der Arzt für Chirurgie Dr. Dr. K. teilte im Zwischenbericht vom 3. Dezember 1999 mit, es fehle noch immer an der groben Kraft beim Heben schwerer Gegenstände bei reizlosen Wunden. Die Belastungserprobung sei auf 6 Stunden täglich bis zum 17. Dezember 1999 zu steigern, dann bestehe vollschichtiges Leistungsvermögen. Arbeitsunfähigkeit bestehe weiterhin. Mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in rentenberechtigendem Ausmaß sei zu rechnen. Ab 22. Dezember 1999 bestand wieder Arbeitsfähigkeit (Mitteilung des Chirurgen Dr. Dr. K. vom 21. Dezember 1999).

Am 29. Dezember 1999 traten wegen eines Lymphödems Schmerzen und anhaltende Schwellungen am rechten Unter- und Oberarm auf, was erneute Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte. Weitere Versuche der Arbeitsaufnahme brach der Kläger wegen anhaltender Beschwerden ab (Schwellung und Schmerzen im rechten Arm trotz Tragens eines Kompressionshandschuhs bei der Arbeit). Vom 6. bis 24. März 2000 befand sich der Kläger in stationärer Behandlung in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. Prof. Dr. W. berichtete unter dem 28. März 2000 über eine Minderbelastbarkeit des rechten Arms nach Decollementverletzung am Oberarm, Hypersensibilität im Narbenbereich sowie eine lymphatische Abflussbehinderung.



In einem Telefonvermerk vom 25. Mai 2000 ist die Mitteilung von Dr. Dr. K. festgehalten, wonach bei einer neurologischen Untersuchung keine verwertbaren Ergebnisse herausgekommen seien, da „der Verletzte wegen seiner Schmerzen und der psychischen Lage nicht messbar gewesen sei“. Die Schmerzen seien nachvollziehbar und glaubhaft. Er würde gerne nochmals eine Belastungserprobung mit dem Kläger versuchen, um zumindest dessen psychische Lage zu stabilisieren. Dieser habe erhebliche Zukunftsängste und Minderwertigkeitskomplexe und fürchte, seine Familie nicht mehr ernähren zu können. Nach Auskunft des Neurologen sei es unwahrscheinlich, dass der Kläger auf dem bisherigen Arbeitsfeld nochmals arbeitsfähig würde.

Der Kläger legte der Beklagten am 16. Juni 2000 das ärztliche Attest der Dr. B. (Praxis Dr. B./Dr. B., H.) vom 12. Mai 2000 vor, wonach er unter einer depressiven Episode mit somatischen Symptomen leide, deren Auslöser der Arbeitsunfall sei. Neben einer Wetterfühligkeit und Schmerzen bei Belastung des rechten Arms sei eine große Angst hinzugekommen, den Arm zu benutzen. Der Kläger habe sich sozial zurückgezogen und könne nachts nur mit Licht schlafen. Er könne sich an nichts mehr freuen und verliere zunehmend den Lebensmut. Der Chirurg Dr. F. berichtete über eine deutliche Gebrauchsminderung des rechten Arms mit Nervenreizung und Lymphstauung als Folge des Unfalls und hielt weiterhin Arbeitsunfähigkeit für gegeben (Bericht vom 29. Mai 2000).

Prof. Dr. W. führte in seinen Berichten vom 6. und 21. Juni 2000 aus, dass aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar sei, weshalb die Tätigkeit als Gipser bei geringem Funktionsdefizit und lediglich einer „Weichteilbildung“ im Bereich des innenseitigen rechten Oberarms nicht wieder aufgenommen werden könne. Er schloss daher das medizinische Heilverfahren ab und hielt vollschichtige Arbeitsfähigkeit ab dem 3. Juni 2000 für gegeben. Die Beklagte zahlte Verletztengeld bis 2. Juni 2000.

Der Neurologe und Psychiater Dr. F. fand bei seiner Untersuchung am 20. Juni 2000 eine deutliche sensible Störung im Bereich des Nervus cutaneus antebrachii medialis rechts mit Verdacht auf Kausalgie, Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie eine depressive Symptomatik, die möglicherweise Folge der anhaltenden Schmerzen sei (Bericht vom 21. Juni 2000). Der Neurochirurg Prof. Dr. M. konnte eine neurologische Schädigung nicht feststellen, hielt allerdings eine Verarbeitungsstörung sowie eine Depression für möglich (Befundbericht vom 21. Juni 2000). Der Chirurg/Unfallchirurg Prof. Dr. B. fand eine extreme Berührungsempfindlichkeit an der Oberarminnenseite im Bereich der erfolgten Hauttransplantation und hielt den Kläger seitens des unfallchirurgischen Gebiets für arbeitsfähig (Bericht vom 26. Juni 2000). Nach Ende einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu Lasten der Krankenkasse wegen Depressionen erfolgte ab 7. August 2000 eine stufenweise Wiedereingliederung (Nachschaubericht des Chirurgen Dr. F. vom 28. Juli 2000). Am 9. August 2000 erlitt der Kläger bei Deckenarbeiten einen Stromschlag ohne sichtbare Verletzungen (Durchgangsarztbericht vom 9. August 2000).

Im Auftrag der Beklagten erstattete Prof. Dr. P. das unfallchirurgische Gutachten vom 30. August 2000. Er sah als noch bestehende Folgen des Arbeitsunfalls eine eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Oberarms, Narbenbildung sowie eine nachgewiesene Einengung der Vena axillaris mit rezidivierenden Schwellungszuständen an und schätzte die MdE auf 10 v.H. ein. Des Weiteren erstattete Dr. S. das neurologische Gutachten vom 6. November 2000. Durch den Arbeitsunfall sei es zu einer Schädigung des Nervus cutaneus antebrachii medialis rechts sowie zu einer Läsion des Nervus cutaneus brachii medialis rechts oder seiner sensiblen Endäste gekommen. Die belastungsabhängig beim Anheben



des Arms auftretenden ausstrahlenden Missempfindungen seien wahrscheinlich auch auf lokale narbige Veränderungen und/oder Neuombildungen im Bereich dieser Nerven zurückzuführen und damit mittelbare Unfallfolge. Die funktionell nicht relevanten sensiblen Störungen im Versorgungsgebiet der genannten Nerven und die intermittierend auftretenden Dysästhesien bedingten auf neurologischem Gebiet eine MdE um 10 v.H. Mehrere Monate nach dem Unfall sei es beim Kläger zur Entwicklung einer Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik gekommen. Entscheidend für die Entwicklung der depressiven Symptomatik sei - wofür schon die zeitliche Latenz zwischen dem Unfall und dem Auftreten depressiver Symptome spreche - ganz überwiegend die psychosoziale Situation des Klägers (geduldeter Asylbewerber, Freunde, Familie und Lebensgefährtin mit gemeinsamem Kind wieder im Kosovo) auf dem Boden einer anlagebedingten Disposition zur Entwicklung einer Depression. Durch den Arbeitsunfall und die Folgen sei es möglicherweise zu einer zusätzlichen Beförderung der Entwicklung einer depressiven Störung gekommen, wobei allenfalls von einer vorübergehenden, nicht richtungweisenden Verschlimmerung für die Dauer von maximal drei Monate auszugehen sei.

Prof. Dr. P. schätzte daraufhin die Gesamt-MdE auf unter 20 v.H. ein (Schreiben vom 27. November 2000).

Mit Bescheid vom 23. Februar 2001 lehnte die Beklagte die Bewilligung einer Verletztenrente ab, da der Kläger durch Unfallfolgen in seiner Erwerbsfähigkeit nicht in rentenberechtigendem Grade gemindert sei. Den Widerspruch des Klägers wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 11. Juni 2001 zurück. Zur Begründung wurde auf die Gutachten von Prof. Dr. P. und Dr. S. verwiesen und weiter ausgeführt, dass die psychischen Probleme und Depressionen nicht als posttraumatische Belastungsreaktionen zu werten seien. Die beim Kläger bestehenden depressiven Symptome hätten sich infolge einer Anpassungsstörung auf psychosozialer Grundlage entwickelt. Ein Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 26. August 1999 bestehe nicht.

Der Kläger erhob daraufhin am 21. Juni 2001 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG) und machte im Wesentlichen geltend, er leide unter einer posttraumatischen Belastungsstörung, die auf das Unfallereignis zurückzuführen sei.

Das Gericht befragte die behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen. Der Chirurg Dr. F. führte unter dem 17. Januar 2002 aus, der Kläger sei seit 29. Mai 2000 in seiner fortlaufenden Behandlung. Eine Besserung des Gesundheitszustands sei nicht erkennbar. Am 2. April 2001 sei eine offene Wunde (Geschwür) im Narbenbereich aufgetreten. Auch wenn das Gutachten von Prof. Dr. P. den Gesundheitszustand auf chirurgischem Fachgebiet zutreffend wiedergebe, werde die Schwellneigung zu Ungunsten des Klägers als zu geringfügig bewertet, berücksichtige man zusätzlich noch die Geschwürbildung. Unter Berücksichtigung des neurologischen Befundes belaufe sich die MdE auf 20 v.H. Die Neurologin und Psychiaterin Dr. K. (Praxis Dr. B./Dr. B., H.) führte unter dem 7. Februar 2002 aus, der Kläger befinde sich seit 5. Mai 2000 in neurologisch-psychiatrischer Behandlung. Entgegen der Auffassung von Dr. S. bestehe eine posttraumatische Belastungsstörung, die im Verlauf von 2 Jahren sehr intensiver Behandlungsmaßnahmen bedurft habe und auch jetzt bei beginnender sozialpsychiatrischer Stabilisierung in einigen Symptomen noch bestehe. Über die MdE auf psychiatrischem Fachgebiet könne noch keine abschließende Aussage getroffen werden.



Der Kläger legte das unfallchirurgische Gutachten des Prof. Dr. O. vom 15. Januar 2001, das dieser für die private Unfallversicherung erstattet hatte, vor. Es bestehe eine Gebrauchsminderung des rechten Arms mit Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter und des rechten Ellenbogens, eine Muskel- und Kraftminderung des rechten Arms, eine Narbenbildung am rechten Oberarm mit Geschwürbildung sowie eine unfallbedingte psychische Belastungsstörung. Die Gebrauchsfähigkeit des rechten Arms durch die Unfallfolgen (ohne psychische Belastungsstörung) betrage 3/7 Armwert. Weiter legte der Kläger das Gutachten über die amtsärztliche Untersuchung zur Frage der Reisefähigkeit der Nervenärztin Dr. P. vom 21. Dezember 2001 (Rhein-Neckar-Kreis, Landratsamt - Gesundheitsamt) vor, wonach eine schwere posttraumatische Belastungsstörung zu diagnostizieren sei und eine Minderung der groben Kraft sowie eine Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Arms bestehe. Des weiteren legte er den Arztbrief des Dr. B. vom 4. September 2002 an seinen Bevollmächtigten vor. Darin führte Dr. B. aus, ursprünglich habe beim Kläger eine posttraumatische Belastungsstörung bestanden. Inzwischen sei es aber eher gerechtfertigt, von einer Anpassungsstörung zu sprechen, die auf den Unfall zurückzuführen sei und sich in depressiven Reaktionen, Angstzuständen, Alpträumen und Schlafstörungen zeige.

Im Auftrag des SG erstellte unter dem 27. Januar 2003 Dr. B., Chefarzt der Neurologischen Klinik am Diakoniekrankenhaus M. GmbH, ein neurologisches Gutachten. Dieser führte aus, auf neurologischem Gebiet fänden sich am rechten Arm eine Sensibilitätsstörung des Nervus cutaneus brachii und des Nervus antebrachii medialis rechts mit Hypästhesie und Hyperalgesie sowie Dysästhesien im Bereich des gesamten rechten Arms, die auf den bei dem Unfall entstandenen ausgedehnten Muskel- und Weichteilschaden zurückzuführen seien. Die MdE sei auf neurologischem Fachgebiet ab 3. Juni 2000 mit 10 v.H. zu bewerten. Zu eventuellen psychischen Unfallfolgen könne keine Aussage getroffen werden.

Das SG gab daraufhin bei Dr. S., Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein fachpsychiatrisches Gutachten in Auftrag. Dieser führte in seinem Gutachten vom 3. Juli 2003 aus, beim Kläger liege das symptomatische Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung vor. Der Unfall sei geeignet gewesen, eine posttraumatische Belastungsstörung auszulösen. Wenn auch die psychosozialen Rahmenbedingungen den Boden bereiteten für die Ausbildung einer pathologischen Unfallverarbeitung, sei doch gleichzeitig das massive und in seiner Art subjektiv hochdramatische Unfallgeschehen der entscheidende Faktor, der zu der posttraumatischen Belastungsstörung geführt habe. Mit einer Manifestationslatenz von ca. 4 bis 5 Monaten zwischen Unfalltrauma und Ausprägung des Vollbilds der posttraumatischen Belastungsstörung seien die Standardkriterien für diese Diagnose erfüllt. Sie sei einer leichteren behindernden Störung mit gewisser Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit zuzuordnen. Die MdE werde mit ca. 20 v.H. eingeschätzt.

Die Beklagte legte die beratungsärztliche Stellungnahme des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. O. vom 20. August 2003 vor. Dieser führte aus: Da sich aus der von mehreren Gutachtern festgestellten Läsion der sensiblen Nerven keine leistungsrelevante Funktionseinschränkung ableiten lasse und bei dem Kläger kein eindeutiges neuropathisches Schmerzsyndrom vorhanden sei, betrage die MdE insoweit weniger als 10 v.H. Darüber hinaus lägen beim Kläger nur noch Restbeschwerden nach einer posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne einer leichtergradigen Anpassungsstörung vor. Eine wesentliche Beeinträchtigung kognitiver Störungen durch nur noch gelegentlich vorkommende Alpträume mit hierdurch bedingter Tagesmüdigkeit sei beim Kläger nicht vorhan-

den. Ein depressives Syndrom von leistungsrelevantem Ausmaß sei ebenfalls nicht festzustellen. Unter Berücksichtigung der tatsächlichen Schwere der jetzt noch vorhandenen psychoreaktiven Störung betrage die MdE aus beratungsärztlicher Sicht 10 v.H., die Gesamt-MdE auf nervenärztlichem Gebiet ebenfalls 10 v.H.

Zu der Äußerung des Dr. O. machte der Kläger unter Vorlage eines Schreibens des Bundesbeauftragten für den Datenschutz vom 19. März 2004 geltend, die Stellungnahme des Dr. O. unterliege einem datenschutzrechtlichen Verwertungsverbot, weil das Gutachten unter Verstoß gegen § 200 Abs. 2 des Siebten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB VII) zu Stande gekommen sei. Darüber hinaus sei das Gutachten des Dr. O. auch inhaltlich nicht überzeugend, da es ohne persönliche Befragung des Klägers erstellt worden sei und seine Beurteilungen daher nicht auf tragfähiger Grundlage beruhten.

Das SG befragte nochmals Dr. F. (Auskunft vom 8. Dezember 2003) und Dr. B. (Auskunft vom 6. Februar 2004) schriftlich als sachverständige Zeugen.

Durch Urteil vom 25. März 2004 änderte das SG den Bescheid der Beklagten vom 23. Februar 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. Juni 2001 ab, stellte als Folgen des Arbeitsunfalls vom 26. August 1999 "Zustand nach erheblicher Weichteilverletzung des rechten Oberarms mit Bewegungseinschränkungen des Schulter- und Ellenbogengelenkes, Muskel- und Kraftminderung, Narbenbildung, Sensibilitätsstörungen im Bereich des rechten Arms und posttraumatische Belastungsstörungen" fest und verurteilte die Beklagte, dem Kläger Rente in Höhe von 20 v.H. der Vollrente zu gewähren. Das Sozialgericht stützte sich bei seiner Entscheidung hinsichtlich der unfallchirurgischen Befunde auf die Gutachten der Prof. Dr. P. und Prof. Dr. O., hinsichtlich des neurologischem Fachgebiets auf den Bericht des Dr. F. vom 21. Juni 2000 sowie die Gutachten des Dr. S. und des Dr. B. Weiter wurde ausgeführt, dass auf Grund des Gutachtens des Dr. S. und der sachverständigen Zeugenauskunft der behandelnden Ärzte für Neurologie und Psychiatrie Dr. B./Dr. K.-B. vom 7. Februar 2002 und 6. Februar 2004 nachgewiesen sei, dass der Kläger als Folge des Arbeitsunfalls vom 26. August 1999 auch seelisch erkrankt sei und an einer posttraumatischen Belastungsstörung leide, die als Unfallfolge festzustellen sei. Die Verneinung eines ursächlichen Zusammenhangs durch Dr. S. vermöge nicht zu überzeugen, zumal er im Unterschied zu allen anderen vorliegenden fachärztlichen Beurteilungen eine posttraumatische Belastungsstörung nicht diagnostiziert habe, sondern eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik, und weil die von ihm als wesentlich angesehenen "ganz überwiegend unfallfremden Faktoren" weder bezeichnet noch nachgewiesen seien. Die beim Kläger bestehenden Folgen des Unfalls führten in der Gesamtbeurteilung zu einer MdE um 20 v.H.

Gegen das ihr am 6. Juli 2004 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 27. Juli 2004 Berufung eingelegt. Zur Begründung hat die Beklagte ausgeführt, das Sozialgericht setze sich nicht mit der beratungsärztlichen Stellungnahme des Dr. O. auseinander. Entgegen der Auffassung des Klägers unterfalle diese beratungsärztliche Stellungnahme nicht dem § 200 Abs. 2 1. Halbsatz SGB VII. Eine posttraumatische Belastungsstörung auf Grund des Arbeitsunfalls vom 26. August 1999 liege beim Kläger nicht vor. Sie hat die weitere beratungsärztliche Stellungnahme des Prof. Dr. S. vom 28. September 2004 vorgelegt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts M. vom 25. März 2004 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Er vertieft sein Vorbringen zum datenschutzrechtlichen Verwertungsverbot der beratungsärztlichen Stellungnahme des Dr. O. und ist der Auffassung, dass auch die beratungsärztliche Stellungnahme des Prof. Dr. S. einem datenschutzrechtlichen Verwertungsverbot unterliege.

Der Senat hat Dr. B. schriftlich als sachverständigen Zeugen dazu befragt, ob im Gesundheitszustand des Klägers nach dem 6. Februar 2004 (Zeitpunkt der letzten Stellungnahme gegenüber dem SG) Änderungen eintreten sind. In seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 12. Mai 2005 hat Dr. B. ausgeführt, dass sich die beim Kläger bestehende posttraumatische Belastungsstörung mittlerweile chronifiziert habe. Sie stelle sich in nahezu konstant in Erscheinung tretenden Schmerzen im Bereich der rechten Schulterregion mit Ausstrahlung in den distalen Arm einerseits und in den rechten Nacken bzw. Hinterkopf andererseits dar. Diese Schmerzen würden vom Kläger wie „Stromschläge“ beschrieben, was die Annahme einer peripheren Nervenläsion bestätige. Der Leidensdruck des Klägers sei sehr stark und die Erkrankung so gravierend, dass er eigentlich in den Jahren 2004 und 2005 über längere Zeit hätte arbeitsunfähig krank geschrieben werden müssen. Der Kläger habe dies aber immer aus Angst, seinen derzeitigen Arbeitsplatz zu verlieren, abgelehnt.

Der als sachverständige Zeuge durch den Senat zu der Behandlung des Klägers seit 17. Januar 2002 befragte Dr. F. hat seiner schriftlichen Auskunft vom 9. Juni 2005 ausgeführt, der Gesundheitszustand des Klägers habe sich nur geringfügig insoweit gebessert, als eine gering verbesserte Kraftentfaltung der Unterarmmuskulatur rechts eingetreten sei.

Als sachverständige Zeugen hat der Senat weiter die Dipl.-Psychologin B. befragt. In ihrer Auskunft vom 19. Oktober 2005 hat sie ausgeführt, der Kläger habe sie im Zeitraum vom 6. März bis 30. April 2001 im Rahmen von fünf Probesitzungen zur Vorbereitung einer Verhaltenstherapie kontaktiert.

Die Beklagte hat weiter die beratungsärztliche Stellungnahme des Prof. Dr. S. vom 20. Juni 2005 vorgelegt.

Dr. D. hat das chirurgische Gutachten vom 26. Februar 2006 erstattet und ausgeführt, funktionell bestehe eine endgradige Streckhemmung am rechten Ellenbogen. Bewegungseinschränkungen am Schultergelenk auf Grund der Verletzung und im Bereich des rechten Oberschenkels nach der Hautentnahme bestünden nicht. Die MdE auf unfallchirurgischem Gebiet betrage ab 3. Juni 2000 für ein Jahr 20 v.H., danach 10 v.H.

Dr. S. hat die ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 7. August 2006 erstattet. Unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich vorliegenden beratungsärztlichen Stellungnahmen sowie der Stellungnahme des ambulant behandelten Psychiaters und der vorbehandelnden Psychotherapeutin sei weiterhin von dem Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung auszugehen, die als schädigungsbedingt zu beurteilen sei. Die Ausführungen von Prof. Dr. S. seien nicht geeignet, eine abweichende Beurteilung zu rechtfertigen. Die MdE auf Grund der posttraumatischen psychischen Folgen sei auf 10 v.H. einzuschätzen. Abweichend von Dr. O. sei allerdings nicht davon auszugehen, dass sich posttraumatische Belastungsstörungen binnen eines Zeitraums von bis zu zwei Jahren zu-



rückbilden würden. Insoweit sei die Aussage im Gutachten unter Berücksichtigung der in der unfallversicherungsrechtlichen Literatur aufgeführten Kriterien zu revidieren.

Die Beklagte hat daraufhin die weitere beratungsärztliche Stellungnahme von Prof. Dr. S. vom 28. September 2006 vorgelegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten der Sach- und Rechtslage wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die gemäß §§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und nach § 151 SGG zulässige Berufung der Beklagten ist unbegründet. Dem Kläger steht eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu.

Aus verfahrensrechtlicher Sicht vertritt der Senat die Auffassung, dass die von der Beklagten vorgelegten beratungsärztlichen Stellungnahmen des Dr. O. und von Prof. Dr. S. als qualifizierter Beteiligtenvortrag im Verfahren verwertet werden können und keinen datenschutzrechtlichen Bedenken unterliegen.

Dabei konnte der Senat im Hinblick auf die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. O. offen lassen, ob § 200 SGB VII im sozialgerichtlichen Verfahren anwendbar ist und für den Fall der Anwendbarkeit das Urteil des Sozialgerichts deshalb auf einem Verfahrensfehler beruht, weil die Stellungnahme in das Verfahren eingeführt worden ist. Denn der Kläger ist mit Schreiben der Beklagten vom 7. Oktober 1999 auf sein Widerspruchsrecht nach § 76 Abs. 2 SGB X hingewiesen worden, ohne davon Gebrauch zu machen. Sollte § 200 Abs. 1 SGB VII auch für das gerichtliche Verfahren gelten, ist davon auszugehen, dass bis zu einem Widerspruch des Betroffenen bezüglich der Weitergabe seiner Daten von einer Übermittlungsbefugnis der Beklagten auszugehen ist. Daher ist jedenfalls im Hinblick auf die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. O. von einer Verwertungsbefugnis auszugehen.

Soweit der Kläger im Berufungsverfahren nach Vorlage der beratungsärztlichen Stellungnahme von Prof. Dr. S. mit der Erklärung vom 9. Februar 2005 der Weiterleitung seiner Unterlagen an nicht von ihm als Wahlgutachter benannte Gutachter widersprochen hat, ist es von Bedeutung, ob § 200 Abs. 2 SGB VII im sozialgerichtlichen Verfahren anwendbar ist, ob es sich bei der beratungsärztlichen Stellungnahme überhaupt um ein Gutachten im Sinne des § 200 Abs. 2 SGB VII handelt und für den Fall der Bejahung der beiden Voraussetzungen, ob aus einem Verstoß gegen § 200 Abs. 2 SGB VII ein Verwertungsverbot resultiert.

Der Senat bewertet in Übereinstimmung mit der Entscheidung des 7. Senats des Landessozialgerichts vom 9. Dezember 2004 (L 7 U 217/02, veröffentlicht in Juris) und im Ergebnis übereinstimmend auch mit der Entscheidung des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 14. Juli 2004 (Az.: L 17 U 15/02 und L 17 U 106/02, beide veröffentlicht in Juris) die Stellungnahmen von Prof. Dr. Stevens als qualifiziertes Beteiligtenvorbringen gem. § 128 Abs. 1 SGG. Entgegen der Rechtsauffassung des Klägers sieht der Senat in der Beauftragung von Prof. Dr. Stevens mit der Erstattung einer beratungsärztlichen Stellungnahme und mit weiteren Stellungnahmen keinen Verstoß gegen § 200 Abs. 2 SGB VII. Diese Vorschrift greift in den Grundsatz der Amtsermittlung insoweit ein, als die Auswahl-

freiheit der Gutachter durch die Unfallversicherungsträger beschränkt wird. Sie ist deshalb eng auszulegen und insbesondere dann nicht anzuwenden, wenn sich ein Unfallversicherungsträger während eines sozialgerichtlichen Verfahrens fachärztlich beraten lässt (vgl. KassKomm-Ricke, RdNr. 4 zu § 200 SGB VII). Selbst wenn man im übrigen eine Verletzung des § 200 Abs. 2 SGB VII bejahen wollte, würde hierin kein Nichtigkeitsgrund im Sinne des § 40 SGB X, sondern lediglich ein Verfahrensmangel liegen, der kein Verwertungsverbot zur Folge hat (KassKomm-Ricke, RdNr. 7 zu § 200 SGB VII). Aus diesen Gründen steht der Berücksichtigung der Stellungnahmen kein Verwertungsverbot entgegen.

Soweit der Bevollmächtigte des Klägers in seinem Schriftsatz vom 14. Dezember 2004 den Antrag gestellt hat, der Beklagten aufzugeben, das Gutachten des Prof. Dr. S. aus der Verwaltungsakte zu entfernen sowie die an das Gericht und den Kläger übersandten Doppel zurückzufordern, hat er im Termin zur mündlichen Verhandlung am 19. März 2007 nicht an diesem Antrag festgehalten, so dass der Senat über diese Frage nicht zu befinden hatte.

In der Sache hat die Berufung der Beklagten keinen Erfolg, denn dem Kläger steht eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu.

Gemäß § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (§ 7 Abs. 1 SGB VII). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten in Folge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeiten (versicherte Tätigkeiten). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen (§ 8 Abs. 1 SGB VII).

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII), d.h. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (BSGE 1, 174, 178; BSG SozR 2200 § 581 Nr. 22). Als Folge eines Unfalls sind Gesundheitsstörungen nur zu berücksichtigen, wenn das Unfallereignis wie auch das Vorliegen der konkreten Beeinträchtigung bzw. Gesundheitsstörung jeweils bewiesen und die Beeinträchtigung mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen ist. Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der hierbei eingetretenen Schädigung und der Gesundheitsstörung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Schädigung und die eingetretene Gesundheitsstörung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, welcher nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit ausreicht (BSGE 58, 80, 82; 61, 127, 129; BSG, Urt. v. 27. Juni 2000 - B 2 U 29/99 R - m.w.N.). Hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann (BSGE 45, 285, 286). Kommen mehrere Ursachen in Betracht, so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die



wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSGE 63, 277, 278). Daran fehlt es, wenn die Krankheitsanlage so leicht ansprechbar gewesen ist, dass die Auslösung akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte (vgl. BSGE 62, 220, 222; BSG, Urt. v. 2. Mai 2001 - B 2 U 18/00 R -, in: HVBG-Info 2001, 1713). Lässt sich ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten (vgl. BSGE 6, 70, 72; BSG SozR 3-2200 § 548 Nr. 11 S. 33).

Der Kläger hat am 26. August 1999 einen versicherten Arbeitsunfall erlitten und sich dabei ein Decollement am rechten Oberarm mit freiliegendem und zerfetztem Musculus biceps (Gesundheitserstschaden) zugezogen.

Die beim Kläger noch bestehenden Gesundheitsstörungen auf chirurgischem, neurologischem und psychiatrischem Fachgebiet sind mit der gebotenen hinreichenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis wesentlich zurückzuführen (haftungsausfüllende Kausalität) und als Unfallfolgen anzuerkennen.

Was die Unfallfolgen auf chirurgischem und neurologischem Fachgebiet anbelangt, hat die Beklagte in den angefochtenen Bescheiden die Unfallfolgen im Wesentlichen zutreffend erfasst, indem sie als Unfallfolgen „ausgedehnte Weichteilverletzung des rechten Oberarms mit Spalthautdeckung des Wunddefekts durch Entnahme am rechten Oberschenkel, damit einhergehende Bewegungseinschränkungen, Schädigung des Musculus cutaneus antebrachii medialis oder seiner sensiblen Endäste, Reizzuständen mit einschließenden Dysästhesien im rechten Arm“ aufgeführt hat.

Dies ergibt sich für den Senat aus dem Ergebnis der umfangreichen medizinischen Sachverhaltsermittlung auf chirurgisch-neurologischem Fachgebiet im Verwaltungsverfahren sowie dem erst- und zweitinstanzlichen Klageverfahren und wurden in der angefochtenen Entscheidung des SG auf Seite 8 der Entscheidungsgründe auch zutreffend zusammenfassend dargestellt. So hat Prof. Dr. P. in seinem Gutachten vom 30. August 2000 noch eine eingeschränkte Beweglichkeit des Oberarms attestiert sowie Verwachsungen des Hauttransplantats mit dem darunter liegenden Muskel beschrieben. Die von Prof. Dr. P. erhobenen Befunde hat der als sachverständige Zeuge im SG-Verfahren gehörte Chirurg Dr. F. in seiner Stellungnahme vom 17. Januar 2002 bestätigt und darüber hinaus eine deutliche Kraftminderung des Zwillingskopfmuskels am rechten Oberarm mitgeteilt. Diese Kraftminderung wiederholte Dr. F. auch gegenüber dem Senat in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 9. Juni 2005 (wenn auch gering verbessert, verglichen mit dem Zustand von Januar 2002) und hat weiter ausgeführt, dass sich im Mai 2005 ein Bewegungsschmerz im rechten Arm im Bereich des Schultergelenks gezeigt hat, die Armseitwärtsbewegung bis 90 Grad möglich war, dann allerdings nervenschmerzartige Beschwerden aufgetreten sind. Zusätzlich hat er eine Schwellneigung des rechten Arms beim Herunterhängen mitgeteilt. Dr. O., dessen Gutachten für die private Unfallversicherung im Januar 2001 erstellt worden ist, berichtete ebenfalls über eine verminderte Beweglichkeit im Ellenbogen- und Schultergelenk rechts, die Abduktion und Elevation im rechten Schultergelenk war in der aktiven und passiven Bewegung eingeschränkt, der Nackengriff rechts nicht durchführbar. Zusätzlich waren die Umfangmaße rechts im Bereich des Oberarmknorrens um 2 cm geringer als links. Entsprechende Umfangsdifferenzen berichtete auch Dr. B. in seinem neurologischen Gutachten vom 27. Januar 2003, während Dr. D. in seinem Gutachten vom 26. Februar 2006 über seitengleiche Umfangmaße berichtete. Auch er bestätigte eine eingeschränkte Schultergelenksbeweglichkeit rechts. Gegenüber Dr. S. de-



monstrierte der Kläger zunächst eine nur geminderte spontane Kraftentwicklung in der rechten Hand, auf motivierenden Zuspruch erfolgte dann eine deutlich stärkere Kraftentwicklung unter Angabe subjektiver Beschwerden.

Damit ist zusammenfassend davon auszugehen, dass auf chirurgischem Fachgebiet als Unfallfolgen wegen der erlittenen Weichteilverletzungen am rechten Oberarm endgradige Bewegungseinschränkungen im Schultergelenk und im Ellenbogengelenk bestehen. Soweit Dr. D. eine Bewegungseinschränkung im Bereich der Schulter nicht beschrieben hat, vermochten dessen Ausführungen den Senat nicht zu überzeugen. Insbesondere der ständig behandelnde Chirurg Dr. F. hat in seinen sachverständigen Zeugenaussagen darauf hingewiesen, dass sich der Gesundheitszustand des Klägers seit 2001 nicht wesentlich verbessert hat, sondern nur eine leichte Zunahme der groben Kraft im rechten Arm feststellbar ist. Diese Ausführungen, die im übrigen in Übereinstimmung mit den Feststellungen der übrigen Gutachter (Dr. B., Prof. Dr. P., Prof. Dr. O.) stehen und sich auch mit der Auskunft von Prof. Dr. B. vom 12. Mai 2005 decken, wonach der Kläger noch immer über konstant in Erscheinung tretende Schmerzen im Bereich der rechten Schulterregion klagt, hält der Senat für überzeugend. Anhaltspunkte dafür, dass zwischen der Untersuchung durch Dr. B. und Dr. D. eine wesentliche Besserung im Gesundheitszustand eingetreten ist, die eine bedeutsame Zunahme der Beweglichkeit im Schultergelenk begründen könnte, besitzt der Senat auch nach den Ausführungen von Dr. D. nicht.

Darüber hinaus liegt seit April 2001 auch eine immer wieder auftretende Geschwürbildung im Narbenbereich vor, die zwar einer Behandlung zugänglich ist, aber im Hinblick auf die Rezidive als dauernde funktionelle Einschränkung von der Bezeichnung der Unfallfolge „Weichteilverletzung“ umfasst ist.

Auf neurologischem Fachgebiet bestehen Schädigungen des Nervus cutaneus antebrachii medialis rechts sowie eine Läsion des Nervus cutaneus brachii medialis rechts oder seiner sensiblen Endäste sowie Vernarbungen im Bereich der verletzten Nerven, die zu Reizzuständen mit einschließenden Dysthäsien im rechten Arm führen (Gutachten Dr. S., Dr. B.). Entsprechende Unfallfolgen hat auch der Beratungsarzt Dr. O. nicht in Frage gestellt. Soweit Dr. O. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 20. August 2003, worauf die Beklagte im Berufungsverfahren nochmals abstellte, ausgeführt hat, dass eine sensible Störung im Unterarmbereich, also dem Areal des Arms, dem die verletzten Nerven zuzuordnen sind, funktionell unbedeutend und nicht leistungsrelevant seien, lässt der Senat offen, ob dieser Beurteilung einschränkungslos zu folgen ist. Denn jedenfalls spricht eine möglicherweise geringe funktionelle Auswirkung nicht gegen die Bezeichnung der Nervenläsionen bzw. der sensiblen Störung des Unterarms als Unfallfolge. Ob und inwieweit diese Unfallfolge Einfluss auf die Höhe der MdE besitzt, ist insoweit noch ohne Belang.

Soweit Dr. O. weiter ausgeführt hat, dass die auf neurologischem Fachgebiet tätigen Ärzte und Gutachter unspezifisch für den gesamten Bereich des rechten Arms Schmerzempfindungen angegeben hätten, so dass das Beschwerdebild unklar sei und nicht beurteilt werden könne, ob es sich um ein somatisches oder somatoformes Störungsbild handle, teilt der Senat diese Kritik nicht. So hat Dr. F. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 17. Januar 2002 angegeben, es bestünden beim Bestreichen der Haut am rechten Oberarm Missempfindungen, die bis zum Handrücken reichten. Dr. K.-B. berichtete unter dem 2. Februar 2002 über eine Hypästhesie des rechten Arms ab Hautdefekt mit Schwerpunkt im Bereich des Nervus cutaneus antebrachii. Dr. O. schilderte ein ca. 5 cm langes, bei Berührung schmerzempfindliches Narbenkeloid am proximalen lateralen Anteil der Narbe. Im Durchgangsarztbericht vom 21. März 2002 berichteten Dres. B./F./J. von Sensibilitäts-



störungen im Bereich des Nervus ulnaris. Dr. B. führte in seinem Gutachten aus, die Empfindung für Berührung ist im Bereich der Nervus cutaneus brachii medialis im und um das Wundgebiet des rechten Oberarms nicht mehr vorhanden, im Bereich der Nervus cutaneus brachii lateralis herabgesetzt. Sensibilität und Zahlenerkennen sind im Bereich des Nervus cutaneus antebrachii medialis rechts ebenfalls vermindert. Am rechten Oberarm werden über der Meshgraftnarbe bereits bei leichter Berührung Schmerzen angegeben und es wird eine übersteigerte Angst vor Berührung überhaupt erkennbar. Gegenüber Dr. S. gab der Kläger eine schmerzhaft empfindliche Berührungsempfindlichkeit im Bereich des hautgedeckten muskulären Defekts am rechten Oberarm an und Dr. S. beschrieb ein unwillkürliches Zucken der Muskulatur bei Annäherung des Untersuchers vor Berührung des Hautareals. Darüber hinaus gab der Kläger eine Berührungs-unempfindlichkeit in einem streifenförmigen Areal auf der dorsalen Partie des rechten Oberarms herunterziehend über die ulnare Unterarmseite und auslaufend auf der palmaren Handseite bis zum Finger II - V an. Auch Dr. D. teilte eine schmerzhaft überempfindliche Überempfindlichkeit im Narbenbereich mit.

Damit wird in einer zusammenfassenden Betrachtung deutlich, dass der Kläger Schmerzen bei der Berührung des hautgedeckten muskulären Defekts am rechten Oberarm infolge einer gesteigerten Berührungsempfindlichkeit empfindet, umgekehrt die Berührungsempfindlichkeit im Versorgungsgebiet der verletzten Nerven deutlich herabgesetzt ist.

Soweit der Kläger gegenüber allen Gutachtern angibt, bei Belastung des rechten Arms, sei es durch größere Gewichte oder durch permanente Bewegung, einschließende Schmerzen wie bei einem Stromschlag zu empfinden, zieht der Senat weder diese Schmerzen noch deren Unfallursächlichkeit in Frage. Auch Dr. S. hat die Missempfindungen im Bereich des Armes auf die narbigen Veränderungen bzw. eine Neuombildung zurückgeführt und als mittelbare Unfallfolgen bezeichnet. Soweit Dr. D. ausgeführt hat, einschließende Missempfindungen seien mit medizinisch-diagnostischem Aufwand in der Regel nicht nachzuweisen, schließt diese Beurteilung nicht aus, dass entsprechende Missempfindungen vorhanden sind und funktionelle Einschränkungen mit sich bringen. Der Kläger hat im Übrigen kongruent geschildert, dass er bei Belastung des Arms unter einschließenden Schmerzen leidet, die er wie einen Stromschlag empfindet. Selbst wenn ein Schmerzempfinden, wie Schmerzen generell, nur schwer zu objektivieren oder zu beschreiben sind, ist die Art der erlittenen Verletzung auch nach der fachlichen Beurteilung durch Dr. S. geeignet, solche Schmerzempfindungen hervorzurufen. Sie wurden vom Kläger auch von Anfang an gleich beschrieben.

Auf psychiatrischem Fachgebiet liegt beim Kläger als mittelbare Unfallfolge zwar zur Überzeugung des Senats keine posttraumatische Belastungsstörung vor, wohl aber inzwischen eine Anpassungsstörung mit depressiven Episoden (F43.2 ICD 10).

Voraussetzung für die Anerkennung von psychischen Gesundheitsstörungen als Unfallfolge und die Gewährung einer Verletztenrente aufgrund von ihnen ist immer die Feststellung der konkreten Gesundheitsstörungen, die bei dem Verletzten vorliegen und seine Erwerbsfähigkeit mindern (BSG Urteil vom 29. Januar 1986 - 9b RU 56/84 ; vgl BSG Urteil vom 19. August 2003 - B 2 U 50/02 R -). Angesichts der zahlreichen in Betracht kommenden Erkrankungen und möglicher Schulenstreite sollte, wie das BSG in seiner Entscheidung vom 9. Mai 2006 (B 2 U 1/05 R) zusammenfassend ausgeführt hat, diese 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 (zB ICD-10 = Zehnte Revision der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO aus dem



Jahre 1989, vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ins Deutsche übertragen, herausgegeben und weiterentwickelt; DSM-IV = Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen der Amerikanischen psychiatrischen Vereinigung aus dem Jahre 1994, deutsche Bearbeitung herausgegeben von Saß/Wittchen/Zaudig, 3. Aufl 2001). Denn je genauer und klarer die bei dem Versicherten bestehenden Gesundheitsstörungen bestimmt sind, um so einfacher sind ihre Ursachen zu erkennen und zu beurteilen sowie letztlich die MdE zu bewerten. Begründete Abweichungen von diesen Diagnosesystemen aufgrund ihres Alters und des zwischenzeitlichen wissenschaftlichen Fortschritts sind damit nicht ausgeschlossen.

Dabei gelten die Grundlagen der Theorie der wesentlichen Bedingung für alle als Unfallfolgen geltend gemachten Gesundheitsstörungen und damit auch für psychische Störungen (BSG vom 9. Mai 2006 a.a.O.). Die Anerkennung von psychischen Gesundheitsstörungen als Unfallfolge und die Gewährung einer Verletztenrente für sie ist ebenso wie für andere Gesundheitsstörungen möglich. Denn auch psychische Reaktionen können rechtlich wesentlich durch ein Unfallereignis verursacht werden (vgl schon Reichsversicherungssamt, AN 1926, 480 ; BSG vom 18. Dezember 1962, BSGE 18, 173 , 175 = SozR Nr 61 zu § 542 RVO; BSG vom 29. Januar 1986 - 9b RU 56/84 -; BSG vom 18. Dezember 1986, BSGE 61, 113 = SozR 2200 § 1252 Nr 6; BSG vom 18. Januar 1990 - 8 RKnU 1/89 -; vgl im Übrigen Schönberger/Mehrtens/Valentin, aaO, Kap 5.1 , S 227 ff; ebenso zum sozialen Entschädigungsrecht BSGE 19, 275 , 277 f = SozR Nr 174 zu § 162 SGG). Entsprechendes gilt für die Frage, ob psychische Gesundheitsstörungen mittelbare Folge eines Unfallereignisses sind bzw. sein können.

Der psychische Gesundheitszustand des Klägers ist seit dem Unfallereignis vielfältig um- und beschrieben worden. Der Neurologe Dr. B. führte unter dem 12. Mai 2000 aus, beim Kläger bestehe eine depressive Episode mit somatischen Episoden, Dr. Dr. K. beschrieb im Rahmen des am 25. Mai 2000 geführten Telefonats erhebliche Zukunftsängste und Minderwertigkeitskomplexe bei einer schlechten psychischen Verfassung, der Neurologe Dr. F. äußerte in seinem Bericht vom 20. Juni 2000, dass Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung vorliegen würden. Der Neurochirurg Dr. M. führte unter dem 21. Juni 2000 aus, eine Verarbeitungsstörung/Depression sei möglich. Dr. S. sah in seinem neurologischen Gutachten vom 6. November 2000 zwar auch eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik als gegeben an, deren Ursächlichkeit nach seiner Auffassung allerdings nicht wesentlich im Unfallereignis zu sehen sei. Dr. K.-B. teilte in ihrem Bericht vom 7. Februar 2002 mit, der Kläger leide unter einer posttraumatischen Belastungsstörung bei ängstlich-unruhiger Verstimmung, gesunkenem Lebensmut, nächtlichen Alpträumen und ausgeprägten Schlafstörungen. Der Unfallchirurg Prof. Dr. O. beschrieb in seinem Gutachten vom 15. Januar 2001 wiederum das Vorliegen einer psychischen Belastungsstörung, während Dr. P. in ihrem amtsärztlichen Gutachten vom 21. Dezember 2001 sogar von einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung gesprochen hat. Der behandelnden Neurologe und Psychiater Prof. Dr. B. führte in seinem Bericht vom 4. September 2002 wiederum aus, ursprünglich habe eine posttraumatische Belastungsstörung vorgelegen, die sich mittlerweile zu einer Anpassungsstörung entwickelt habe. Dr. S. wiederum stellte in seinem Gutachten vom 3. Juli 2003 die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, während Dr. O. in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 20. August 2003 unter anderem ausführte, dass nur noch Restbeschwerden nach einer posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne einer leichtgradigen Anpassungsstörung vorliegen würden und kein depressives Syndrom von leistungsrelevantem Ausmaß bestehe. Prof. Dr. S. wiederum hat in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 28. September



2004 ausgeführt, dass zwar das Unfallereignis als außergewöhnliches belastendes Erlebnis zu qualifizieren und grundsätzlich geeignet sei, eine psychische Reaktionsbildung hervorzurufen. Allerdings fehle es an einer intensiven psychischen Primärreaktion, so dass das Krankheitsbild nur als depressive Störung zu qualifizieren sei. Entsprechendes wiederholte er in seiner weiteren beratungsärztlichen Stellungnahme vom 20. Juni 2005. Dr. Schwarz äußerte sich in seiner ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 7. August 2006 zwar einerseits dergestalt, dass er an seiner Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung auch in Kenntnis der Einwände des Prof. Dr. S. festhalte. Andererseits schloss er sich der beratungsärztlichen Beurteilung durch Dr. O. an, wonach derzeit eine schädigungsbedingte psychoreaktive Störung vorliege, die mit einer MdE um 10 v.H. zu bemessen sei.

Nach dem Diagnoseschlüssel ICD 10 (F 43.1) entsteht eine posttraumatische Belastungsstörung als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freundlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen können. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Woche bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahr einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über.

Nach dem Diagnoseschlüssel des DSM-IV-TR wird die posttraumatische Belastungsstörung wie folgt beschrieben:

A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.

2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

1. wiederkehrende und eindringlich belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.

2. wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.

3. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wieder zu erleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).

4. Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

5. körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

1. bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,

2. bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,

3. Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,

4. deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,

5. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,

6. eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu entwickeln),

7. Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

1. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen,

2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche,

3. Konzentrationsschwierigkeiten,

4. übermäßige Wachsamkeit,

5. übertriebene Schreckreaktion.

E. Das Störungsbild (Symptome unter B, C und D) dauert länger als 1 Monat an.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bei Anpassungsstörungen (ICD10 - F43.2) handelt es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Belastung kann das soziale Netz des Betroffenen beschädigt haben (wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen) oder das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder soziale Werte (wie bei Emigration oder nach Flucht). Sie kann auch in einem größeren Entwicklungsschritt oder einer Krise bestehen (wie Schulbesuch, Elternschaft, Misserfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles oder Ruhestand). Die individuelle Prädisposition oder Vulnerabilität spielt bei dem möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine bedeutsame Rolle; es ist aber dennoch davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre. Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst oder Sorge (oder eine Mischung von diesen). Außerdem kann ein Gefühl bestehen, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurecht zu kommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können. Störungen des Sozialverhaltens können insbesondere bei Jugendlichen ein zusätzliches Symptom sein. Hervorstechendes Merkmal kann eine kurze oder längere depressive Reaktion oder eine Störung anderer Gefühle und des Sozialverhaltens sein.

Der Diagnoseschlüssel DSM-IV-TR definiert Anpassungsstörungen als:

A. Die Entwicklung von emotionalen oder verhaltensmäßigen Symptomen als Reaktion auf einen identifizierbaren Belastungsfaktor, der innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Belastung auftritt.

B. Diese Symptome oder Verhaltensweisen sind insofern klinisch bedeutsam, als sie

1. zu deutlichem Leiden führen, welches über das hinausgeht, was man bei Konfrontationen mit diesem Belastungsfaktor erwarten würde,

2. zu bedeutsamen Beeinträchtigungen in sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen führen.

C. Das belastungsabhängige Störungsbild erfüllt nicht die Kriterien für eine andere spezifische Störung auf Achse I (klinische Störungen) und stellt nicht nur eine Verschlechterung einer vorbestehenden Störung auf Achse I oder II (Persönlichkeitsstörungen, geistige Behinderung) dar.

D. Die Symptome sind nicht Ausdruck einer einfachen Trauer.

E. Wenn die Belastung oder deren Folgen beendet ist, dann dauern die Symptome nicht länger als weitere 6 Monate an.

Ein chronisches Krankheitsbild liegt vor, wenn die Störung länger als 6 Monate andauert.



Unter Berücksichtigung der in den anerkannten Diagnoseschlüsseln aufgeführten Definitionen, denen der Senat - abweichend von der Auffassung von Prof. Dr. S. - keine Rangfolge, sondern eine gleichwertige Bedeutung beimisst, ist Prof. Dr. S. nach Auffassung des Senats in einer Gesamtschau aller ärztlichen Äußerung jedenfalls insoweit zu folgen, als das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht besteht.

Dabei geht der Senat mit Prof. Dr. S. auch insoweit überein, als sich das Unfallereignis für den Kläger als außergewöhnlich belastendes, existenzbedrohendes Ereignis darstellte, das geeignet ist, psychische Belastungsreaktionen hervorzurufen. Allerdings spricht das weitere Geschehen in engerem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall nicht für eine posttraumatische Belastungsreaktion des Klägers.

Dieser hat ab 22. Dezember 1999 im Rahmen eines Arbeitsversuchs seine frühere Beschäftigung wieder aufgenommen, wenngleich er dabei nicht mit schweren körperlichen Arbeiten, sondern mit Aufgaben im Trockenbau betraut worden ist. Dieser Arbeitsversuch, wie die nachfolgenden auch, musste der Kläger nicht abbrechen, weil er durch die Konfrontation mit Arbeitssituationen, die der Unfallsituation ähnlich waren, psychisch nicht mehr zur Weiterarbeit in der Lage war, sondern weil erhebliche Armschwellungen aufgetreten sind. Nachdem diese nicht ausreichend zu beheben und zu behandeln waren und auch Schmerzen im Bereich der Unfallnarbe bzw. des rechten Arms fortbestanden haben, entstanden, wie Dr. Dr. K. telefonisch mitteilte, auch psychische Reaktionen des Klägers, die sich in erheblichen Zukunftsängsten und Minderwertigkeitskomplexen äußerten. Nachdem die körperliche Insuffizienz nicht ausreichend behoben werden konnte und dem Kläger klar wurde, dass er die körperliche Leistungsfähigkeit, wie sie vor dem Unfallereignis bestanden hat, nicht wieder erreichen wird und damit auch die gesamten Zukunftspläne (Aufbau eines eigenen Bauunternehmens im Kosovo mit bereits gekauften Baumaschinen, Übersiedlung in den Kosovo zur Lebensgefährtin und dem gemeinsamen Kind) nicht umgesetzt werden können, verstärkten sich, zusammen mit den fortlaufenden Schmerzempfindungen im unfallverletzten Arm, die psychischen Reaktionen. Da zudem keine adäquate bzw. ausreichende Behandlung der psychischen Problematik durch eine begleitende Verhaltens- oder Psychotherapie erfolgte und noch immer nicht erfolgt und der Kläger „lediglich“ in engmaschiger Behandlung beim behandelnden Psychiater Prof. Dr. B. (oder Mitarbeiter) stand, entwickelte sich mittelbar durch die körperlichen Folgen des Arbeitsunfalls auf unfallchirurgischem bzw. neurologischem Fachgebiet die depressive Störung zu einer Anpassungsstörung mit erheblicher depressiver Symptomatik.

Dass im Verlauf der Erkrankung auch Symptome aufgetreten sind und noch immer auftreten, die auch für eine posttraumatische Belastungsstörung sprechen könnten, steht der diagnostischen Zuordnung der psychischen Erkrankung des Klägers zu einer Anpassungsstörung nicht entgegen, sondern kann gleichermaßen Ausdruck einer Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik sein. Dazu zählen beispielsweise Alpträume vom Unfallgeschehen oder das vom Kläger gegenüber Dr. S. geschilderte Vermeidungsverhalten bzgl. Leitern. Letztlich hat auch der behandelnde Neurologe und Psychiater Prof. Dr. B. in seiner Stellungnahme vom 4. September 2002 von einer „mittlerweile“ bestehenden Anpassungsstörung gesprochen und auch Dr. S. in seiner ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme jedenfalls im Ergebnis die Auffassung von Dr. O. geteilt, dass eine psychoreaktive Störung vorliegt.

Ob initial nach dem Unfallereignis tatsächlich eine posttraumatische Belastungsstörung aufgetreten war, konnte nicht nachgewiesen werden. Entsprechende Befunde, worauf Prof. Dr. S. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme zutreffend hingewiesen hat, sind



nicht dokumentiert. Einerseits spricht dieser Umstand angesichts der Schwere der körperlichen Verletzung nicht im Sinne eines Ausschlusskriteriums gegen das Vorliegen eines entsprechenden Krankheitsbildes. Denn erfahrungsgemäß gerät der psychische Befund den erstbehandelnden Ärzten leichter aus dem Blick je schwerer der somatische Befund ist. Andererseits spricht, wie oben dargestellt, der tatsächliche weitere Verlauf gegen das Bestehen eines entsprechenden Krankheitsbildes ebenso wie die ersten ärztlichen Meinungsäußerungen über den psychischen Gesundheitszustand des Klägers. Nicht zuletzt hat der Kläger auch gegenüber Dr. S. ausgeführt, die Alpträume ebenso das Wiedererinnern an das Unfallereignis seien erst vier bis fünf Monate nach dem Unfallgeschehen aufgetreten, was wiederum die Aufnahme einer psychiatrischen Behandlung in der Praxis Dr. B. im Mai 2000 bestätigt. Die Nichterweislichkeit entsprechender Symptome hat allerdings zu Lasten des Klägers zu gehen, der insoweit den Vollbeweis einer posttraumatischen Belastungsstörung im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis nicht erbringen konnte. Jedenfalls aber sind seit Mai 2000 psychische Befunde dokumentiert, die auf eine depressive Reaktion schließen lassen.

Die Anpassungsstörung ist auch wesentlich durch die Unfallfolgen auf neurologischem und unfallchirurgischem Fachgebiet hervorgerufen worden. Dabei stützt sich der Senat auf die insoweit einhellige Beurteilung aller mit dem Gesundheitszustand des Klägers befassten Ärzte und Gutachter. Soweit Dr. S. in seinem Gutachten vom 6. November 2000 die Auffassung vertreten hat, wegen der zeitlichen Latenz zwischen dem Auftreten von Symptomen psychischer Erkrankung und dem Unfallzeitpunkt seien wesentlich psychosoziale Faktoren ursächlich für die Erkrankung, vermag diese Beurteilung nicht zu überzeugen. Soweit Dr. S. zur Stützung seiner These ausführt, der Kläger lebe als Asylbewerber in der Bundesrepublik ohne Perspektive, dauerhaft hier bleiben zu können, die Familie lebe im Kosovo und er mache sich nun Sorgen und Gedanken bezüglich der unsicheren Zukunft, hinzugetreten sei dann noch die Verletzung des rechten Oberarms, vermögen diese Ausführungen nicht ausreichend zu begründen, warum der Unfall eine depressive Entwicklung auf dem Boden einer persönlichkeitspezifischen Disposition befördert haben soll. Gegen diese Annahme spricht, dass der Kläger schon seit 1992 als geduldeter Asylbewerber in der Bundesrepublik lebte, ohne dass er deshalb vor dem Unfallereignis psychisch auffällig wurde. Vielmehr hat sich der Kläger unmittelbar nach seiner Einreise Arbeit gesucht, eine solche auch gefunden und zur vollen Zufriedenheit seines Arbeitgebers ausgeübt. Entsprechendes gilt für die im Kosovo lebende Familie. Dass die Lebensgefährtin mit dem gemeinsamen Kind in den Kosovo verzogen ist, mag durchaus einen gewichtigen Aspekt darstellen, der sich nicht positiv auf das psychische Befinden des Klägers auswirkt. Dazu muss allerdings berücksichtigt werden, dass der Kläger vor hatte, noch im Jahr 1999 selbst wieder in den Kosovo zurückzukehren und sich dort mit gebrauchten Baumaschinen, die er seinem ehemaligen Arbeitgeber abgekauft hatte, selbständig zu machen. Diese Perspektive war auch der Grund, warum die Lebensgefährtin (noch schwanger) schon in den Kosovo verzogen war, um dort in Erwartung der Rückkehr des Klägers das gemeinsame Kind auf die Welt zu bringen. Durch den Unfall ist nicht nur die berufliche Perspektive des Klägers zerstört worden. Vielmehr sieht sich der Kläger angesichts der nach seiner Auffassung unzureichenden Behandlungsmöglichkeiten seiner Unfallfolgen im Kosovo auch nicht in der Lage, dorthin zurückzukehren. Wenn also das Getrenntleben von der Partnerin und Kind als wesentlich belastende Faktoren anzunehmen sind, ist dieser Umstand jedenfalls mittelbare Folge des Arbeitsunfalls und damit kein Umstand, der gegen den Zusammenhang der psychischen Erkrankung mit dem Unfallereignis spricht. Entsprechendes gilt für die Ausführungen des Dr. S. vom Februar 2001, der Zusammenhänge zwischen der psychischen Erkrankung und traumatischen Erlebnissen während der Bos-



nien-Krise aufführte. Diese sind im Übrigen auch nicht durch geeignete Nachweise vor dem Unfall belegt. Auch Prof. Dr. B. gegenüber hat der Kläger nicht über eine allgemeine Angst, in den Kosovo abgeschoben zu werden, gesprochen, sondern ausländerrechtliche Probleme stellten sich erst ein, als der Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls seinen ursprünglichen Arbeitsplatz verloren hatte und zunächst, bis zur Aufnahme der Tätigkeit als Wachmann, arbeitslos war. Von gleicher Bedeutung für die Entwicklung psychischer Störungen ist die oben bereits dargestellte Kausalkette der unfallbedingten Leistungsinsuffizienz mit der damit zusammenhängenden Zerschlagung seiner Pläne im Kosovo (Aufbau eines eigenen Bauunternehmens im Kosovo mit bereits gekauften Baumaschinen, Übersiedlung in den Kosovo zur Lebensgefährtin und dem gemeinsamen Kind).

Nicht zuletzt liegen, darauf soll nur ergänzend hingewiesen werden, keinerlei Anhaltspunkte für eine vorbestehende Disposition zu psychischen Erkrankungen vor. Soweit vereinzelt ausgeführt worden ist, der Kläger aggraviere bzw. zeige übertriebene Reaktionen auf Berührungen des rechten Arms, bestehen für diese Beurteilung des klägerischen Verhaltens nach Auffassung des Senats keine Anhaltspunkte. Nachgewiesen ist, dass der Kläger erheblich berührungsempfindlich im Narbenbereich ist und bei Belastung des rechten Arms immer wieder unter Dysästhesien zu leiden hat. Die unzureichende Verarbeitung des Unfallereignisses, zusätzlich zu den objektiv bestehenden Beschwerden, vermag allerdings nach Auffassung des Senats hinreichend nachvollziehbar zu erklären, weshalb der Kläger seinen rechten Arm nur zögerlich belastet bzw. Angst davor hat, dass er berührt wird. Es dürfte kaum von der Hand zu weisen sein, dass Schmerzzustände, mögen sie auch zur Erstellung eines Gutachtens von Ärzten nach den Regeln der ärztlichen Kunst provoziert werden, unangenehm sind und nach Möglichkeit vermieden werden, zumal dann, wenn der Umgang damit und mit den Folgen der Schmerzhaftigkeit nur unzureichend beherrscht wird.

Die psychische Erkrankung hat nach Auffassung aller den Kläger behandelnden Ärzte seitdem keine wesentliche Besserung erfahren, sondern ist - wie nicht zuletzt der Behandlungsfrequenz bei Prof. Dr. B. und Mitarbeitern ersehen werden kann - mehr oder minder gleich bleibend bzw. allenfalls leicht stabilisiert.

Für die Bewertung einer unfallbedingten MdE kommt es auf die gesamten Umstände des Einzelfalles an. Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen oder geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet (BSG, Urt. vom 26. Juni 1985 - 2 RU 60/84 -, in: SozR 2200 § 581 RVO Nr. 23 m.w.N.; BSG, Urt. vom 19. Dezember 2000 - B 2 U 49/99 R -, in: HVBG-Info 2001, 499). Die Sachkunde des ärztlichen Sachverständigen bezieht sich in erster Linie darauf, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Schlüssige ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind zwar bedeutsame Anhaltspunkte, besitzen aber keine bindende Wirkung, auch wenn sie eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE darstellen (BSG, Beschluss vom 22. August 1989, - 2 BU 101/89 -, in: HVBG-Info 1989 S. 2268). Bei der Bewertung der MdE sind schließlich auch die in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung und dem versicherungsrechtlichen oder versicherungsmedizinischen Schrifttum ausgearbeiteten Erfahrungssätze zu beachten, um eine gerechte und gleiche Bewertung der zahlreichen Parallelfälle der täglichen Praxis zu gewährleisten.



Die noch verbliebenen Unfallfolgen auf unfallchirurgischem Fachgebiet stellt das Gericht in Übereinstimmung mit Prof. Dr. P. und abweichend von Dr. D. für das erste Jahr nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit (3. Juni 2000 bis 2. Juni 2001) und fortlaufend mit 10 v.H fest. Mit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit ist, was Dr. F. zuletzt auch gegenüber dem erkennenden Senat bestätigte, auf unfallchirurgischem Fachgebiet keine wesentliche Veränderung der funktionellen Einschränkungen eingetreten. Der Kläger hat seitdem Einschränkungen in Bezug auf die grobe Kraft der rechten Hand bzw. des rechten Arms zu beklagen, die Beweglichkeit im rechten Oberarm ist endgradig eingeschränkt, nach wie vor treten rezidivierend Schwellungen der rechten Hand bzw. des rechten Arms nach Belastung auf. Die von Prof. Dr. P. beschriebenen Beweglichkeitseinschränkungen samt der von ihm übermittelten Messdaten rechtfertigen jedoch in Übereinstimmung mit den in der unfallversicherungsrechtlichen Literatur beschriebenen Grundsätzen (zB Schönberger/Mehrtens/Valentin aaO S. 604) eine MdE um 10 v.H. Bei nahezu gleichen Bewegungsausmaßen bei der Untersuchung durch Dr. D. beinahe 5 Jahre später ist von einem gleich bleibenden Zustand auszugehen. Die fortbestehende Schwellneigung der rechten Extremität ist unter Berücksichtigung ihrer eher geringen funktionellen Auswirkungen nicht geeignet, erhöhend auf die MdE einzuwirken. Entsprechendes gilt für die Geschwüre, die sich wiederholend im Bereich der Hautnarbe bilden und allenfalls vorübergehende Zeiten der Arbeitsunfähigkeit bedingen können, nicht aber MdE-erhöhend zu beurteilen sind.

Die Unfallfolgen auf neurologischem Fachgebiet bedingen ebenfalls eine Teil-MdE um 10 v.H. Insoweit folgt das Gericht der Beurteilung durch Dr. S. und Dr. B. Soweit Dr. O. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme ausgeführt hat, die Erkrankungen bedingten eine MdE von unter 10 v.H. verkennt er, dass - abweichend von seiner Stellungnahme - beim Kläger nicht nur eine sensible Störung des Unterarms vorhanden ist, die funktionell unbedeutend und nicht leistungsrelevant ist. Vielmehr liegen zusätzlich bzw. hauptsächlich Reizzustände mit einschließenden Dysästhesien sowie eine erhebliche Berührungsempfindlichkeit im Bereich der großen Hautnarbe vor, die den Gebrauch des rechten Arms bzw. dessen ungehinderten Einsatz wesentlich erschweren. Der Kläger hat beständig damit zu rechnen, dass beim Gebrauch des rechten Arms Reizzustände auftreten, die sich wie „Stromschläge“ anfühlen. Insoweit liegen auf neurologischem Fachgebiet leistungsrelevante Folgen des Arbeitsunfalls vor, die eine MdE um wenigstens 10 v.H. bedingen (vgl. auch insoweit Schönberger/Mehrtens/Valentin a.a.O. S. 320).

Auf psychiatrischem Fachgebiet besteht zur Überzeugung des Senats eine Teil-MdE um wenigstens 10 v.H. - allerdings am oberen Rand des Bewertungsrahmens, wie er den Bewertungsgrundsätzen der unfallversicherungsrechtlichen Literatur (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin a.a.O. S. 246) entnommen werden kann. Das subjektive Erleben des Klägers ist depressiv herabgemindert, die emotionale Schwingungsfähigkeit eingengt, die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit beeinträchtigt. Wie im Arztbrief von Prof. Dr. B. vom 28. September 2006 ausgeführt worden ist, besteht eine relevante depressive Erkrankung des Klägers nach wie vor fort, teilweise auch in Gestalt akuter depressiver Einbrüche mit suizidalen Gedanken, die mit Einsatz verschiedener Psychopharmaka bzw. intensiven psychiatrischen Behandlungen jeweils behoben werden konnten. Dass die auch nach dem Eintritt der Arbeitsfähigkeit am 3. Juni 2000 fortbestehenden psychischen Erkrankungen keine wesentliche Besserung erfahren haben, steht damit außer Zweifel. Dr. B. hat weiter - für den Senat nachvollziehbar - ausgeführt, dass der Kläger in den Jahren 2004 und 2005 wegen der Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet an sich für längere Zeiträume arbeitsunfähig gewesen sei und eine entsprechende Bescheinigung nur unterblieben war, weil der Kläger Angst um den Verlust seines derzeitigen Arbeitsplat-



zes hatte. Es bestehen auch keine Anhaltspunkte dafür, dass die Anpassungsstörung eine andere Ursache als die fortbestehenden Folgen des Arbeitsunfalls, gegebenenfalls auch mittelbar, hat. Der Kläger erlebt das Unfallgeschehen noch immer in seinen Träumen, er hat wegen der zu erwartenden Missempfindungen Angst, seinen verletzten Arm einzusetzen und ist in der Entfaltung seiner Persönlichkeit insoweit stark eingeschränkt. Er vermeidet auch das Steigen auf Leitern, wogegen nicht der weitere Arbeitsunfall vom 9. August 2000 spricht, da sich der Kläger nach seinen glaubhaften Einlassungen wegen seiner Ängste lediglich auf der untersten Leiterstufe befand und dies auch nur aus dem Grund, dass er anderenfalls die von ihm verlangte Arbeit nicht hätte verrichten können. Andererseits ist zu berücksichtigen, dass der Kläger regelmäßig einer Arbeit nachgeht und das Ziel verfolgt, seine Familie aus dem Kosovo zurück nach Deutschland zu holen bzw. Antrag auf Einbürgerung gestellt hat. Auch wenn trotz dieser Öffnungen nach Außen von sozialen Rückzugstendenzen auszugehen ist, hindern die psychischen Störungen den Kläger - nicht zuletzt aufgrund seiner leistungsorientierten Persönlichkeit - nicht daran, die ihm wichtigen Ziele weiter zu verfolgen und den privaten Lebensraum zu gestalten.

In einer integrierenden Gesamtbetrachtung aller funktionellen Einschränkungen, insbesondere auch des psychiatrischen Fachgebiets, ist die Gesamt-MdE in Übereinstimmung mit der angefochtenen Entscheidung des SG mit 20 v.H. festzustellen. Überlagern sich Einschränkungen einzelner Unfallfolgen funktionell weitgehend, ist insoweit das Vorliegen mehrerer Teil-MdE Werte bei der Bildung der Gesamt-MdE nicht erhöhend zu berücksichtigen. Vorliegend bestehen zwischen den Unfallfolgen auf neurologischem und chirurgischem Fachgebiet einerseits und dem psychiatrischen Fachgebiet andererseits keine wesentlichen Überschneidungen, so dass bei zwei Teil-MdE-Werten von 10 v.H. und einer Teil-MdE um mindestens 10 v.H. eine Gesamt-MdE um 20 v.H. angemessen ist. Die psychische Erkrankung wird maßgeblich durch die bis dahin unzureichende Behandlung der Schmerzsymptomatik unterhalten und verstärkt. Zudem gehen die daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen, insbesondere die depressive Erkrankung, deutlich weiter, als die aus den - funktionellen - Unfallfolgen auf chirurgisch-neurologischem Gebiet abzuleitende eingeschränkte Gebrauchsfähigkeit des rechten Arms und der rechten Hand.

Nach alldem war die Berufung zurückzuweisen. Nachdem das SG im Tenor der angefochtenen Entscheidung als weitere Unfallfolge eine posttraumatische Belastungsstörung feststellte, diese nach Auffassung des Senats aber nicht vorliegt, sondern eine Anpassungsstörung festzustellen ist, war der Tenor insoweit nur abzuändern.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Eine anteilige Kostentragung des Klägers war wegen der nur geringfügigen Abänderung der erstinstanzlichen Entscheidung nicht angezeigt.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht gegeben sind.