

L 3 U 166/14

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 68 U 77/13

Datum

10.09.2014

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 U 166/14

Datum

18.10.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 10. September 2014 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Kosten sind für das gesamte Verfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Gewährung einer Hinterbliebenenrente.

Die Klägerin ist die Ehefrau des 1961 geborenen und 2011 verstorbenen H (Versicherter). Dieser war Diplomingenieur für Verfahrenstechnik und als IT-Berater vollzeitig im Normalschichtsystem beschäftigt, als er am 05. Februar 2007 einen späterhin von der Beklagten anerkannten schweren Arbeitswegeunfall erlitt, bei welchem er sich ein Polytrauma u.a. mit Frakturen im rechten Handgelenk, im rechten Knie, im Becken und im Gesicht zuzog. Er wurde zunächst intensivmedizinisch im Klinikum B versorgt, vgl. Bericht vom 03. April 2011. Die Verletzungen machten mehrere operative Eingriffe notwendig. Er unterzog sich u.a. einer mehrwöchigen berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung (BGSW) bei den H-Kliniken, vgl. dortigen Abschlussbericht vom 28. Juni 2007. Anschließend begab sich der Versicherte in die tagesklinische Behandlung der Reha-Tagesklinik im Forum P, welche durch diverse Berichte dokumentiert ist, so z.B. vom 21. Dezember 2007 und 20. Mai 2008. Der Behandlungsverlauf war komplikationsbehaftet. So kam es zur fast vollständigen Erblindung des rechten und Herabsetzung des Sehvermögens des linken Auges infolge der unfallbedingten Verletzung des Sehnerven, vgl. Bericht des Augenarztes Dr. K vom 20. August 2007, wonach die Tätigkeit des Versicherten als IT-Berater nur noch unter Zuhilfenahme von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation (größerer Bildschirm, Lupe, Brille mit starkem Nahteil) möglich war. Der Versicherte legte das im Auftrag seines privaten Versicherers erstellte unfallchirurgische Gutachten des Chirurgen Dr. K vom 05. Februar 2008 vor. Er durchlief ab Dezember 2008 eine Arbeitsbelastungserprobung mit ärztlich begleiteter Arbeitszeitsteigerung und erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP). Ärztlicherseits wurde nach zwischenzeitlicher unfallbedingter Hüfttotalendoprothese Vollbelastung und hohe Patientenzufriedenheit festgestellt, vgl. Zwischenbericht des Unfallkrankenhauses Berlin (UKB) vom 22. Dezember 2008. Ab dem Mai 2009 nahm der Versicherte seine vorherige berufliche Tätigkeit wieder vollschichtig auf.

Die Beklagte holte diverse sog. Erste Rentengutachten ein, so zunächst auf augen-ärztlichem Gebiet das Gutachten von Dr. K vom 27. April 2009. Darin wurde ein Sehnervenschwund rechts mehr als links mit Gesichtsfeldeinschränkung als Unfallfolge und die unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) auf 40 vom Hundert (v.H.) festgestellt; der Versicherte sei zu allen Arbeiten fähig, die keine höheren Anforderungen ans Sehvermögen stellten, und der Arbeitsplatz sei schon entsprechend der Einschränkung umgerüstet worden. Das mund-kiefer-gesichtschirurgische Gutachten von Dr. Dr. K vom 07. Juni 2009 erbrachte eine partielle Facialisparese, eingeschränkte Laterotrusion des Unterkiefers nach links und eine Parästhesie und rezidivierender Schwellung im Bereich der Unterlippe rechts sowie der Oberlippe mit einer MdE von weniger als 10 v.H. als Unfallfolgen. Das neurologische Zusatzgutachten des Neurologen Dr. S vom 17. Juli 2009 erbrachte keinen auffälligen psychischen Befund und auf neurologischem Fachgebiet eine Schädigung des Nervus facialis mit einer mäßigen Restparese der rechtsseitigen, facialisinnervierten Gesichtsmuskulatur bei vollständigem Lidschluss, Empfindungsstörungen in den Dermatomen der Nervi supraorbitalis, infraorbitalis und mentalis rechts mit ständigen Missempfindungen, woraus er eine Gesamt-MdE auf neurologischem Fachgebiet von 25 v.H. ableitete. Das Gutachten von Dr. K vom 31. März 2010 erbrachte als wesentliche Unfallfolgen am linken Ellenbogengelenk Narbenbildung bei ausgeheiltem Ellenbogenbruch ohne messbar verbliebene Funktionsstörungen, am rechten Handgelenk verstrichene Kontur mit Narbenbildungen bei ausgeheiltem distalem Speichenbruch unter Verlust des Köpfchens der Elle nach operativer Versorgung mit Revision sowie eine Belastungsminderung mit belastungsabhängigen Beschwerden und Störung des Kraftflusses bei einzelnen Greiffunktionen, Minderung der Beinmuskulatur rechts mit verstrichener Kontur des Kniegelenks und Narbenbildung bei knöchern ausgeheiltem Mehrfragmentbruch am Übergang des Oberschenkelchaftes zur Oberschenkelrolle nach operativer Versorgung, am rechten Kniegelenk Einschränkung der Streck- und Beugefähigkeit und Belastungsminderung mit belastungsabhängigen Beschwerden bei

posttraumatischer Vagusstellung und initialer posttraumatischer Arthrose, am linken Bein Verschmächtigung der Muskulatur mit ausgedehnten Narbenbildungen am vorderen und hinteren Beckenring, an Oberschenkel und Leistenregion ein Zustand nach Implantation einer totalen Hüftendoprothese bei posttraumatischer Coxarthrose mit Hüftnekrose nach einer zentralen Hüftgelenksfraktur unter Mitbeteiligung der Hüftpfanne und artifizieller Verletzung der V. femoralis, Bewegungseinschränkung beim Hüftbeugen, vermehrten Abspreizen und bei Drehbewegungen des Beins im Hüftgelenk, Einschränkung der Geh- und Stehfähigkeit bei erheblicher Beeinträchtigung des Gangbilds mit verkürzten Wegstrecken bei fortgeschrittener Muskelschwäche mit Kraftverlust des Beins, Erfordernis der Benutzung orthopädischer Hilfsmittel in Form eines Gehstocks. Dr. K schätzte die unfallbedingte Gesamt-MdE unter Einbeziehung der auf augenärztlichem, gesichtschirurgischem und neurologischem Fachgebiet festgestellten Unfallfolgen auf 75 v.H. ein. Dem folgend gewährte die Beklagte dem Versicherten mit Bescheid vom 22. April 2010 wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 05. Februar 2007 eine Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 75 v.H. und mit einem Auszahlungsbetrag von 3.000,00 EUR monatlich.

Nachdem der Durchgangsarzt Dr. S mit Zwischenbericht vom 11. Oktober 2011 der Beklagten mitgeteilt hatte, dass der Versicherte psychische Probleme angegeben habe (Versagensangst und mangelnde Stressbewältigung), erteilte die Beklagte dem sachverständigen Zeugen Dipl.-Psych. G einen Behandlungsauftrag für bis zu fünf probatorische psychotherapeutische Sitzungen. Gleichzeitig fanden beim Versicherten wegen anhaltender Beschwerden im rechten Knie Untersuchungen statt, die schließlich einen hochgradigen Verdacht auf eine Stressfraktur der proximalen Tibia erbrachten, vgl. MRT-Bericht vom 04. November 2011. Der Versicherte unterzog sich beginnend ab dem 10. November 2011 und zuletzt am 24. November 2011 um 08.00 Uhr morgens probatorisch der psychotherapeutischen Behandlung beim Zeugen G in dessen Praxis in der G Straße , 1 B. Dort fiel der Versicherte nach den kurz darauf vor Ort getroffenen polizeilichen Feststellungen am 24. November 2011 zwischen 16.30 und 17.00 Uhr rückwärts aus dem zwischen der dritten und vierten Etage befindlichen Treppenhausfenster in den Innenhof, nachdem er im Treppenhaus seinen Gehstock abgestellt und Jacke und Fahrradhelm darüber gelegt hatte, und erlag noch dort wenige Minuten später seinen schweren Verletzungen. Das anschließende staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren wurde mangels Feststellung von Fremdverschulden eingestellt.

Die Beklagte forderte vom Zeugen G den psychischen Befundbericht vom 28. November 2011 an. Dort wird zum bisherigen Behandlungsverlauf unter den Diagnosen Anpassungsstörungen mit Beeinträchtigung anderer Gefühle wie Angst, Depressionen, Sorgen, Anspannung ausgeführt, dass der Versicherte ca. acht bis neun Wochen vor Beginn der probatorischen Sitzungen begann, unter Angstzuständen im beruflichen Zusammenhang mit Magenbrennen und Durchschlafstörungen zu leiden. Nach dem 10. November 2011 seien drei weitere Termine gefolgt. Der letzte Termin sei derjenige vom 24. November 2011 gewesen. Ein weiterer Termin habe dem Wunsch des Versicherten entsprechend nach einer für den 30. November 2011 geplanten Knie-OP am 06. Dezember 2011 stattfinden sollen. Wahrnehmbare suizidale Tendenzen habe es nicht gegeben. So habe sich der Versicherte letztlich überraschend suizidiert.

Mit Bescheid vom 10. Januar 2012 gewährte die Beklagte der Klägerin eine einmalige Hinterbliebenenbeihilfe und lehnte die Gewährung einer Hinterbliebenenrente ab, weil der Tod infolge Fenstersturzes nicht eine Folge des Arbeitsunfalls vom 05. Februar 2007 sei. Hiergegen erhob die Klägerin am 18. Januar 2012 Widerspruch. Der Versicherte habe im Herbst 2011 begonnen, ihr gegenüber von Angstattacken in der Nacht und auch am Tage zu erzählen. Der Durchgangsarzt sei damals von einer posttraumatischen Angststörung ausgegangen. Die Ängste hätten nicht nachgelassen. Der Versicherte habe angegeben, Angst vor einem Sehverlust und vor nachteiligen Folgen für sein Arbeits- und privates Leben zu haben. Deshalb habe er den Zeugen G auf psychologische Hilfe in Anspruch genommen. Am Todestag habe sie den Versicherten morgens noch zur Behandlung beim Zeugen G und danach wieder nach Hause gefahren. Der Suizid stehe in unmittelbarem Zusammenhang mit der diagnostizierten und behandelten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), die Folge des Unfalls vom 05. Februar 2007 sei. Die Beklagte holte eine psychologische Stellungnahme des Zeugen G vom 09. Februar 2012 ein. Darin führte er aus, dass eine PTBS nicht bestätigt werden könne. Bei allen Stressverarbeitungsstörungen, sei es eine PTBS oder eine Angststörung, sei ein erhöhtes Suizidrisiko vorhanden. Die Auslösung des Symptoms der Selbstbeschädigung sei jedoch an Schwellen gebunden, die von vielen psychischen Faktoren, z.B. auch biographischen und konstitutionellen abhingen. Die Suizidalität sei standardmäßig abgefragt worden. Der Ernst der Lage sei in der Kürze der Probatorik nicht erkennbar gewesen. Der Versicherte habe sich bis dahin noch nicht in einer psychotherapeutischen Behandlung befunden. Zu bestätigen seien die von der Klägerin mitgeteilten Sorgen bzgl. der Sehbehinderung und beruflichen Zukunft. Ob es überwiegend wahrscheinlich sei, dass der Suizid auf den Verkehrsunfall vom 05. Februar 2007 zurückzuführen sei, könne schon angesichts der Kürze der Probatorikphase nicht beantwortet werden. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 17. Januar 2013 als unbegründet zurück. Auch eingedenk der Befundberichte des Zeugen G habe sich die Beklagte nicht überzeugen können, dass hier der erforderliche hinreichende Kausalzusammenhang zwischen dem besagten Wegeunfall bzw. seinen Folgen und dem Freitod des Versicherten angenommen werden könne.

Die Klägerin hat ihr Begehren mit der am 01. Februar 2013 zum Sozialgericht Berlin (SG) erhobenen Klage weiterverfolgt und ihr bisheriges Vorbringen vertieft. Am 10. November 2011 seien die Beschwerden des Versicherten schon sehr massiv gewesen, so dass sie sich gewundert habe, warum der nächste Termin erst nach einer Woche haben sein sollen. So habe der Versicherte um einen zusätzlichen zu den bereits geplanten Behandlungsterminen beim Zeugen G nachgesucht. Sie selbst habe keine suizidale Tendenzen wahrgenommen, den Zustand des Versicherten aber schon als sehr beunruhigend und auffällig empfunden. Sie habe gedacht, dass der Zeuge G die besondere Notsituation weniger dramatisch als sie selbst und der Versicherte eingeschätzt habe. Die Stimmung des Versicherten sei sehr gedrückt und An-trieb und Initiative seien auffällig gemindert gewesen. Die vom Versicherten beschriebenen Verunsicherungen, z.B. ausgelöst bei visuellen Anforderungen am Bildschirm und Wahrnehmung der Defizite seien nach Angaben des Versicherten ihr gegenüber oft ängstlich ansteigend und nicht immer kontrollierbar gewesen. Der Versicherte habe außer kurz nach dem Unfall im Klinikum B und während der BGSW keine psychologische Beratung in Anspruch genommen. Er habe sich als sehr rationaler Mensch auf die körperliche Genesung konzentriert und habe alle medizinischen Angebote wahrgenommen. Die Mitteilung über die bleibende Einschränkung seiner Sehfähigkeit habe ihn sehr schwer getroffen. Es sei eine der wenigen emotionalen Äußerungen gewesen, die er in den Phasen der Rehabilitation gezeigt habe. Ähnliche Situationen, aber nicht ganz so stark, habe sie nur noch ein Jahr nach dem Unfall erlebt, als sich herausgestellt habe, dass er eine Hüftprothese würde erhalten müssen, und einige Monate vor seinem Tod, als sich eine erneute Operation am Knie abgezeichnet habe. Ansonsten habe er den Unfall und seine Folgen zunächst dadurch verdrängt, dass er nicht darüber habe reden wollen, eben keine psychologische Hilfe habe in Anspruch nehmen wollen, regelmäßig trainiert sowie ärztliche Kontrollen und Hinweise weiterhin sehr ernst genommen habe. Dass er dennoch psychisch mit den Unfallfolgen zu kämpfen gehabt habe, sei für sie in Abständen im Privatleben deutlich geworden, wenn er sehr impulsiv in Situationen reagiert habe, in denen er sich wegen seiner körperlichen Beeinträchtigungen, vor allem aber seiner Sehschwäche benachteiligt gefühlt habe. Er habe eigentlich fast nie über seine körperlichen Probleme geredet und, obwohl er regelmäßig Schmerzmittel eingenommen habe, nicht über Schmerzen geklagt, aber oft geäußert, dass er etwas nicht sehen könne und dass

er blind sei. Auch als er wieder gearbeitet habe, habe er zu Hause häufig darüber geklagt, wie schwer ihm die Arbeit am Computer trotz der Hilfen falle, wie viel Zeit er benötige und dass ihn das in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Kollegen, die schnellere Lösungen erwarteten, belaste. In diesen Zusammenhängen hätten sie gemeinsam in der Familie auch über mögliche psychologische Hilfen gesprochen, die er aber nicht gewollt habe. Vier Tage vor seinem Tod habe er mit einer langjährigen Freundin gesprochen, die ihr erst viel später von dem Gespräch erzählt habe. Darin habe er gesagt: "Jetzt bin ich nicht nur ein Krüppel, sondern auch ein Psycho." Diese erschreckende Äußerung habe ihr leider viel zu spät gezeigt, wie sehr er mittlerweile unter den körperlichen Folgen gelitten und wie sehr er alle psychischen Probleme verdrängt habe, nur um nicht als psychisch labil oder krank zu gelten. Zusammenfassend könne sie aus ihrer Sicht also nur sagen, dass der Versicherte ganz sicher über die ganze Zeit nach dem Unfall psychische Probleme mit den Unfallfolgen gehabt habe, die er aber weder sich noch seiner Familie und schon gar nicht seinen Arbeitskollegen gegenüber habe eingestehen wollen. Dass die Beklagte dem Versicherten sofort drei Adressen von Psychologen zugesandt habe und sehr kurzfristig einen Termin dem Zeugen Grosch vermittelt habe, spreche doch dafür, dass die Beklagte die psychischen Probleme ebenso als Unfallfolge angesehen habe, weil für sie ansonsten gar kein Handlungsbedarf bestanden habe. Der Versicherte sei nie zuvor in psychologischer Behandlung gewesen. Zur Untermauerung ihres Vorbringens hat die Klägerin einen Bescheid des Versorgungsamts vom 17. August 2010 vorgelegt, in welchem dem Versicherten im Hinblick auf die durch die gesetzliche Unfallversicherung anerkannten Körperschaden und eine chronische Bronchitis ein Grad der Behinderung (GdB) von 80 bescheinigt wurde, ferner ein weiteres für den privaten Versicherer erstelltes unfallchirurgisches Gutachten von Dr. K vom 31. März 2010.

Das SG hat in der mündlichen Verhandlung vom 10. September 2014 die Klägerin persönlich angehört und den Zeugen G uneidlich vernommen. Die Klägerin hat die Versagensängste und Panikzustände des Versicherten vertiefend beschrieben und vorgetragen, dass der Versicherte ihr am Todestag mitgeteilt habe, für den Nachmittag eine Telefonkonferenz ausgemacht zu haben, was ihm sehr wichtig gewesen sei. Sie sei zu ihrer Tochter gefahren. Ihre Bitte an den Versicherten mitzukommen, habe er ausgeschlagen. Der Z Grosch hat u.a. bekundet, dass bei den probatorischen Sitzungen die Sehbeschwerden des Versicherten und darauf beruhende Defizite am Arbeitsplatz im Vordergrund gestanden hätten. Hinzugekommen seien quälende Existenzängste und der berufsgenossenschaftliche Heilverlauf. Leidensdruck sei bei den Problemäußerungen nicht zu verspüren gewesen. Dieser müsse aber vorhanden gewesen sein, weil der Versicherte um einen weiteren Termin gebeten habe. Die Diagnose der Anpassungsstörung sei nur eine Verdachtsdiagnose bzw. Arbeitshypothese gewesen. Der Zusammenhang zwischen Arbeitsunfall und Tod sei sehr schwer zu beurteilen. Externe Faktoren seien familiäre und berufliche Belastung gewesen. Der Versicherte habe beruflich eine sehr verantwortliche Position mit einem sehr wichtigen optischen Element inne gehabt. Es sei gut vorstellbar, dass er sich durch die Veränderungen der Sehkraft habe eingestehen müssen, etwas anderes machen zu müssen. Gegen einen Zusammenhang spreche, dass der Suizid eine selbstbestimmte Handlung, mithin in der Regel geplant und kein Affekt sei. Es sei ihm, dem Zeugen, nicht erklärlich, warum der Versicherte den Suizid bei seiner Praxis begangen habe. Einen Termin habe er nicht gehabt.

Mit Urteil vom 10. September 2014 hat das SG die Beklagte unter Änderung des Bescheides vom 10. Januar 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Januar 2013 verurteilt, der Klägerin eine Hinterbliebenenrente zu gewähren. Der geltend gemachte Anspruch bestehe, weil der Tod infolge des Arbeitsunfalls vom 05. Februar 2007 eingetreten sei. Für den Fall eines Suizids sei dabei nach der höchst-richterlichen Rechtsprechung nicht mehr erforderlich, dass eine Willensbeeinträchtigung beim Suizidenten vorgelegen habe, und auch nicht, dass die Folgen des Arbeitsunfalls alleiniger Beweggrund für die Selbsttötung gewesen seien. Es genüge vielmehr, dass die Folgen des früheren Arbeitsunfalls den Entschluss des Versicherten zur Selbsttötung wesentlich mitbedingt hätten. Bei der Frage, ob die Folgen eines Arbeitsunfalls kausal für die Selbsttötung im Sinne einer wesentlichen Mitbedingung gewesen seien, sei nicht auf die Reaktionsweise eines normalen Versicherten abzustellen, sondern darauf, wie der Betroffene individuell auf die Folgen des Arbeitsunfalls reagiert habe. Bei der Kausalitätsfrage sei zu prüfen, welche Auswirkung das Krankheitsgeschehen gerade auf die in Betracht kommende Einzelpersönlichkeit mit ihrer jeweils gegebenen Struktureigenheit im körperlich-seelischen Bereich gehabt habe. Dabei reiche es wohl aus, dass der Unfall zumindest eine gleichwertige Ursache für den Suizid gewesen sei. Hiervon ausgehend sei der Suizid hier im Wesentlichen auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Nach den Angaben des Zeugen G habe der Versicherte unter einer Anpassungsstörung gelitten, auch wenn jener zunächst nur eine entsprechende Verdachtsdiagnose geäußert habe, sei diese Diagnose zu Grunde zu legen. Der Versicherte habe sich im Berufsleben wegen seiner unfallbedingten Sehschwäche nicht wieder ausreichend zurecht gefunden, wofür allein die subjektive Wahrnehmung des Suizidenten maßgebend sei.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 19. September 2014 zugestellte Urteil am 29. September 2014 Berufung eingelegt und führt zur Begründung aus, dass es bei einer Selbsttötung als mittelbare Arbeitsunfallfolge darauf ankomme, ob der durch den Unfall eingetretene Krankheitszustand dafür rechtlich ursächlich gewesen sei. Dieser Krankheitszustand müsse allerdings im Vollbeweis anhand einer Diagnose gesichert sein, d.h. diese Diagnose mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bestehen. Demgegenüber habe das SG im angefochtenen Urteil einen Krankheitszustand zugrunde gelegt, der gerade nicht im Vollbeweis gesichert sei. Insbesondere habe sich der Zeuge G über die psychische Erkrankung des Versicherten noch kein aussagekräftiges Bild machen können. Allein schon von der Übernahme der Kosten der psycho-therapeutischen Behandlung auf den erforderlichen Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall zu schließen, verbiete sich. Die Behandlung habe prophylaktische und diagnostische Zwecke gehabt. Auch wenn dies aus dem Sitzungsprotokoll so nicht hervorgehe, habe der Zeuge G die Selbsttötung als mittelbare Unfallfolge verneint, wozu er ggf. noch einmal zu befragt werden könne. Der zeitliche Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem erstmaligen Auftreten der psychischen Auffälligkeiten spreche eher gegen eine Kausalität. Auch die Schilderungen der Klägerin seien kein Beleg für ein gesichertes psychoreaktives Krankheitsbild. Genauso wenig überzeuge die Behauptung, Probleme am Arbeitsplatz seien Unfallfolgen gewesen. Der Versicherte habe im fraglichen Zeitpunkt bereits seit neun Monaten wieder im ausgeübten Beruf gearbeitet. Finanzielle Einbußen seien nicht eingetreten und seien im Moment auch nicht zu erwarten gewesen, zumal eine Unfallrente in nicht unbeträchtlicher Höhe gezahlt worden sei. Es sei kein akuter Bruch in dem nach dem Unfall abgelaufenen Gang der Dinge erkennbar, die den Suizid erklären könnten.

Die Beklagte beantragt (sachdienlich gefasst),

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 10. September 2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und vertieft ihr bisheriges Vorbringen. Entgegen der Wahrnehmung der Beklagten habe der Zeuge G bei seiner Vernehmung durchs SG gerade keine Zweifel am Zusammenhang zwischen Arbeitsunfall und Selbsttötung geäußert.

Der Senat hat von Amts wegen das schriftliche Sachverständigengutachten nach Aktenlage des Nervenarztes Dr. M vom 18. Mai 2016 eingeholt. Dieser hat ausgeführt: Eine im Vollbeweis gesicherte psychiatrische Diagnose liege beim Versicherten nicht vor. Der Zeuge G habe nur eine Verdachtsdiagnose geäußert. Ein durch den Arbeitsunfall verursachter psychischer Erstschaden liege nicht vor; in den ersten 15 Monaten nach dem Unfall sei keine psychische Irritation des Versicherten dokumentiert. Viel mehr habe sich der Versicherte diese ganze Zeit über offenbar durchgehend positiv geäußert und motiviert gezeigt. Erstmals ein neuropsychologischer Bericht der Tages-Rehaklinik im Forum P erwähnt eine Verunsicherung und Angspanntheit, welche sich dann in Gesprächen gebessert habe. Eine weitere psychische Belastung des Versicherten wird dann erst wieder von Dr. S am 10. Oktober 2011 berichtet. Um nach einer so langen Zeit ohne nachgewiesenen Erstschaden und nach erfolgreicher beruflicher Wiedereingliederung sowie ohne Brückensymptome noch einen Unfallzusammenhang annehmen zu können, bedürfe es besonders plausibler Umstände, die einen solchen Zusammenhang dennoch wahrscheinlich machten. Dies sei nicht der Fall. Die Verdachtsdiagnose einer Anpassungsstörung sei zeitlich begrenzt; ein solche liege in der Regel nur einen oder wenige Monate vor. Die längste Form dieser Gruppe überschreite nicht zwei Jahre. Anpassungsstörungen mit Beeinträchtigung anderer Gefühle, wie vom Zeugen G verdachtsdiagnostiziert, überschritten sechs Monate nicht. Nehme man an, dass die unfallbedingten Sehstörungen kausale Grundlage der Anpassungsstörung seien, wäre eine eben hierauf beruhende initiale psychische Erkrankung zeitnah zum Unfall zu fordern, die sich wegen Fortbestehens der unfallbedingten Sehstörungen über den Zeitraum von bis zu sechs Monaten hinaus verlängert hätte. Demgegenüber sei hier nun nach einem über viereinhalbjährigen, psychiatrisch unauffälligen Intervall erstmals eine psychische Irritation eingetreten, deren Krankheitswert bis zum Tod des Versicherten noch nicht gesichert gewesen sei, und sei die berufliche Integration des Versicherten trotz noch vorhandener Unfallfolgen wie Sehstörungen und Schmerzen erfolgreich gewesen, so dass die Annahme, dass die körperlichen Unfallfolgen nun auf einmal eine schwere psychische Störung hervorgerufen hätten, einem Bruch mit der bisherigen Bewertung durch den Verletzten gleich-käme. So sei nicht zu klären, ob die psychischen Beschwerden des Versicherten durch den Arbeitsunfall bedingt seien. Suizidalität wegen der durch den Arbeitsunfall bedingten Gesundheitsstörungen sei nicht nachgewiesen. Auch stehe nicht fest, ob überhaupt eine willentliche Selbsttötung vorliege.

Die Klägerin hat sich mit Schriftsatz vom 05. Juli 2016 kritisch mit dem Gutachten von Dr. M auseinandergesetzt. Soweit der Sachverständige auf dokumentiert positive Grundstimmungen und Behandlungszufriedenheit des Versicherten verweise, so lasse er außer Acht, dass der Versicherte lange Zeit nicht darüber im Klaren gewesen sei, wie erheblich die Beeinträchtigungen doch für ihn sein würden. Der Sachverständige habe zudem den Umstand nicht hinterfragt, dass der Tod des Versicherten bereits sechseinhalb Wochen nach der erstmaligen expliziten Erwähnung psychischer Probleme eingetreten sei. Schließlich verkenne der Sachverständige auch, dass aus der Sicht des Versicherten die berufliche Wiedereingliederung gerade nicht erfolgreich verlaufen sei. Auch als Verdachtsdiagnose sei die Anpassungsstörung zu berücksichtigen. Der Sachverständige habe es versäumt, die Klägerin oder den Zeugen G persönlich zu befragen. Von einer zwischenzeitlich vom Senat angeordneten Befragung der Klägerin und des Zeugen G durch den Sachverständigen Dr. M auf dessen ergänzende Stellungnahme vom 04. August 2016 hin schließlich abgesehen worden.

Auf Antrag der Klägerin hat der Senat sodann das schriftliche Sachverständigengutachten nach Aktenlage der Nervenärztin Dr. M vom 30. Juni 2017 eingeholt. Diese hat u.a. ausgeführt, dass kein Ereignis bekannt sei, das im zeitlichen oder ursächlichen Zusammenhang mit einer ängstlich-depressiven Reaktion des Versicherten stehe. Die durch den Arbeitsunfall ausgelösten Behinderungen könnten gerade nicht als Auslöser für eine Anpassungsstörung herangezogen werden, weil sich der Versicherte im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung und auch nach Wiedereintritt ins Berufsleben ja bereits an diese angepasst habe, ohne dass es zu einer psychischen Erkrankung gekommen sei. Andere mögliche Auslöser seien nicht erfragt worden. Eine PTBS komme nicht in Betracht, schon weil sich der Versicherte an den Unfall nicht mehr habe erinnern können und einschlägige Symptome nicht innerhalb von spätestens sechs Monaten aufgetreten seien. Eine Depression lasse sich nach den vom Zeugen G erhobenen Befunden und Angaben der Klägerin nur in Form einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode im Zeitpunkt des Todes sichern, wobei nicht wahrscheinlich sei, dass sie wesentlich durch die unfallbedingten körperlichen Behinderungen und Schmerzen verursacht worden sei. Dementsprechend sei auch der Suizid, soweit tatsächlich von einem solchen auszugehen sei, nicht im Wesentlichen auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Bei der Beurteilung der Zusammenhangsfrage hat sie sich Dr. M - mit Abweichungen bei der genauen diagnostischen Einordnung der psychischen Befindlichkeit des Versicherten im Zeitpunkt seines Todes - im Wesentlichen angeschlossen.

Die Klägerin hat sich mit diesem Gutachten in ihrem Schriftsatz vom 06. September 2017 kritisch auseinandergesetzt und ausgeführt, dass ein Suizid hier feststehe. Andere Auslöser für die psychische Erkrankung, sei es eine Anpassungsstörung oder Depression, als die körperlichen Unfallfolgen seien nicht gesichert.

Die Beteiligten haben mit Schriftsätzen vom 13. und 18. September 2017 einer Entscheidung durch den Berichterstatter anstelle des Senats im Wege schriftlicher Entscheidung zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten sowie staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsakten verwiesen und inhaltlich Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Berichterstatter kann, weil die vorliegende Streitsache jedenfalls nach Abschluss der medizinischen Ermittlungen keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art mehr aufweist und nicht von grundsätzlicher Bedeutung ist, in Ausübung des insofern eröffneten richterlichen Ermessens anstelle des Senats im schriftlichen Verfahren ohne Durchführung einer mündlichen Verhandlung entscheiden, nachdem die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erklärt haben, vgl. [§§ 155 Abs. 3](#) und [4, 153 Abs. 1](#) in Verbindung mit [§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG).

Die Berufung der Beklagten ist zulässig und begründet. Das Urteil des SG vom 10. September 2014 ist zu Unrecht ergangen. Der Bescheid der Beklagten vom 10. Januar 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. Januar 2013 ist rechtmäßig und beschwert die Klägerin nicht, soweit darin die Gewährung einer Hinterbliebenenrente abgelehnt wurde. Denn die Klägerin hat als Witwe des Versicherten keinen Anspruch auf Witwenrente aus [§ 65](#) des Siebten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) i.V.m. [§ 63 Abs. 1 SGB VII](#), weil der Tod des

Versicherten nicht, wie es [§ 63 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) verlangt, infolge des Versicherungsfalls, hier des Arbeitsunfalls vom 05. Februar 2007 eingetreten ist.

Nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit. Versicherte Tätigkeit ist u. a. auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit ([§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#)). Für einen Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 02. April 2009 - [B 2 U 29/07 R](#) -, zitiert nach juris). Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die Merkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitserst- bzw. Gesundheitsfolgen" im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, a.a.O.). Ob der Gesundheitsschaden eines Versicherten durch einen Arbeitsunfall (wesentlich) verursacht wurde, entscheidet sich - bei Vorliegen einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne - da-nach, ob das Unfallereignis selbst - und nicht eine andere, unfallunabhängige Ursache - die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens war (BSG, Ur-teil vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, zitiert nach juris).

Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krank-haften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (vgl. Urteil des BSG vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 15). Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache bzw. dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens - aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war -, weiterhin Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein (BSG, a.a.O., Rn. 16).

Wenn auch die Theorie der wesentlichen Bedingung im Unterschied zu der an der generellen Geeignetheit einer Ursache orientierten Adäquanztheorie auf den Einzelfall abstellt, bedeutet dies nicht, dass generelle oder allgemeine Erkenntnisse über den Ursachenzusammenhang bei der Theorie der wesentlichen Bedingung nicht zu berücksichtigen oder bei ihr entbehrlich wären. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Maßgebend ist, dass die Beurteilung medizinischer Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand aufbauen muss (BSG, a.a.O., Rn. 17). Dies erfordert nicht, dass es zu jedem Ursachenzusammenhang statistisch-epidemiologische Forschungen geben muss, weil dies nur eine Methode zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse ist und sie im Übrigen nicht auf alle denkbaren Ursachenzusammenhänge angewandt werden kann und braucht, z.B. nicht bei einem Treppensturz und anschließendem Beinbruch ohne erkennbare. Gibt es keinen aktuellen allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu einer bestimmten Fragestellung, kann in Abwägung der verschiedenen Auffassungen einer nicht nur vereinzelt vertretenen Auffassung gefolgt werden (BSG, a.a.O., Rn. 18). Dieser wissenschaftliche Erkenntnisstand ist jedoch kein eigener Prüfungspunkt bei der Prüfung des Ursachenzusammenhangs, sondern nur die wissenschaftliche Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten ab-gestellt werden, aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Aussage, der Versicherte ist so geschützt, wie er die Arbeit antritt, ist ebenfalls diesem Verhältnis von individueller Bewertung auf objektiver, wissenschaftlicher Grundlage zuzuordnen: Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat "anhand" des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes (BSG, a.a.O., Rn. 19). Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Dies wird häufig bei einem klar erkennbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, vor allem wenn es keine feststellbare konkurrierende Ursache gibt, kein Problem sein. Aber es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde (BSG, a.a.O., Rn. 20).

Dies zugrunde gelegt steht nicht zur Überzeugung des Senats im Sinne einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit gemäß [§ 128 Abs. 1 S. 1 SGG](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) fest, dass der am 24. November 2011 eingetretene Tod des Versicherten (haftungsausfüllend) im Wesentlichen auf den Unfall vom 05. Februar 2007 zurückzuführen ist. Eine Selbsttötung kann zwar grundsätzlich als absichtliche Eigenverletzung kein Arbeitsunfall sein. Sie kann jedoch als Folge eines betriebsbedingten Ereignisses eine Entschädigungspflicht begründen. Sie ist dann jedoch Unfallfolge und gehört da-mit nicht zum Unfalltatbestand. Denn es ist nach der Rechtsprechung des BSG

nicht erforderlich, dass der Selbsttötung bzw. dem Selbsttötungsversuch ein Arbeitsunfall vorangegangen ist, der zu einer körperlich organischen Gesundheitsstörung geführt hat, die wiederum wesentliche Ursache der Selbsttötung geworden ist. Auch wenn die Selbsttötung ihre Ursache unmittelbar in der versicherten Tätigkeit findet, kann ein Arbeitsunfall vorliegen (BSG, Urteil vom 08. Dezember 1998 – [B 2 U 1/98 R](#) –, zitiert nach juris Rn. 21). So können spezielle berufsbedingte Umstände/ Einwirkungen ursächlich sein, indem besondere betriebsbedingte äußere Umstände, z.B. schwere betriebliche Auseinandersetzungen, bei dem Versicherten zu einem Schock, d.h. einer schlagartig auftretenden schweren psychischen Erschütterung bzw. einer reaktiven Depression mit der Vorstellung bewirken, sich in einer ausweglosen Situation zu befinden (BSG, a.a.O., Rn. 23). Bei der Frage, ob die Folgen eines Arbeitsunfalls kausal für die Selbsttötung im Sinne einer wesentlichen Mitbedingung waren, ist nicht auf die Reaktionsweise eines "normalen" Versicherten abzustellen (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 24), sondern darauf, wie der Betroffene individuell auf die Folgen des Arbeitsunfalls reagiert hat. Bei der Kausalitätsfrage ist zu prüfen, welche Auswirkung das Krankheitsgeschehen gerade auf die in Betracht kommende Einzelpersonlichkeit mit ihrer jeweils gegebenen Struktureigenheit im körperlich-seelischen Bereich gehabt hat (vgl. Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg, Urteil vom 19. März 2013 – [L 9 U 3957/09](#) –, zitiert nach juris Rn. 44).

Dies zugrunde gelegt ist nicht feststellbar, dass die Folgen des Arbeitsunfalls vom 05. Februar 2007 wesentliche Mitursache für den Tod des Versicherten waren, und zwar selbst dann nicht, wenn im vorliegenden Fall in der Tat von einer Selbsttötung des Versicherten auszugehen ist. Es ist bereits zweifelhaft, ob die Folgen des Arbeitsunfalls vom 05. Februar 2007 überhaupt *conditio sine qua non*, also eine nicht hinweg-zudenkende Bedingung für den Tod am 24. November 2011 waren, d.h. dass sie überhaupt ursächlich für den Entschluss des Versicherten zur von der Klägerin angenommenen Selbsttötung in einem naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne waren und dass der Versicherte ohne die Folgen des Arbeitsunfalls den Suizid nicht begangen hätte. Jedenfalls ist nicht feststellbar, dass sie den Entschluss des Versicherten zu einer Selbsttötung wesentlich mitbestimmt haben. Suizidgedanken wurden vom Versicherten weder gegenüber der Klägerin noch gegenüber dem Zeugen G mündlich geäußert. Dementsprechend ließ er auch niemals die Gründe seines – hier und im Folgenden unterstellten – Suizids verlautbaren. Ein Abschiedsbrief, in welchem der Versicherte selbst seine Motive für einen Suizid darlegte, liegt nicht vor. Seine gegen-über der Klägerin und gegenüber dem Zeugen G im Hinblick auf die unfallbedingte Sehschwäche geäußerten gesundheitlichen und beruflichen Sorgen bzw. Ängste setzte er nie in einen Zusammenhang mit Lebensmüdigkeit, Selbsttötungsgedanken oder gar konkreten Selbsttötungsabsichten. Vielmehr lässt sich der umfangreichen Behandlungsdokumentation und den Angaben der Klägerin selbst entnehmen, wie entschlossen er an der eigenen Genesung mitwirkte und alle Arzttermine wahrnahm. Es mag zwar so, wie die Klägerin annimmt, in der Tat durchaus möglich sein, dass der Versicherte erst spät und mit deutlichem zeitlichen Abstand zum Unfall und zur befundlichen und diagnostischen Sicherung der komplexen Unfallfolgen realisierte, unter welchen gesundheitlichen Beeinträchtigungen er auf Dauer würde leiden müssen, und hieraus eine Selbsttötungsabsicht entwickelte. Vollbeweislich gesichert ist dies jedoch gerade nicht.

Es liegen auch keine durchgreifenden Anhaltspunkte dafür vor, dass – unfallbedingt – eine psychopathologische Willensbeeinträchtigung, d.h. eine auf eine Selbsttötung reduzierte Einengung der freien Entschlusskraft beim Versicherten vorgelegen haben könnte. Die vom Senat durchgeführten, im Hinblick auf das hier schwer greifbare Beweisthema zunächst nicht einfach zu bestimmenden medizinischen Ermittlungen haben hierfür letztlich eindeutig keinen Beweis erbracht. Bereits eine psychische Erkrankung wurde zu Lebzeiten des Versicherten gerade nicht gesichert. Hierüber lässt sich – entgegen der Ansicht des SG im angefochtenen Urteil – gerade nicht hinwegsehen. Der Zeuge G hat bei seiner Vernehmung durch das SG in der mündlichen Verhandlung vom 10. September 2014 klargestellt, dass es sich bei der von ihm gestellten Diagnose einer Anpassungsstörung lediglich um eine Verdachtsdiagnose handelte, was nach nur wenigen probatorischen Sitzungen durchaus nachvollziehbar ist. Zudem wird eine Anpassungsstörung von beiden im Berufungsverfahren gehörten medizinischen Sachverständigen Dres. M und M nach den vorliegenden Befunden und Angaben der Klägerin in ihren schriftlichen Sachverständigengutachten vom 18. Mai 2016 bzw. 30. Juni 2017 ausgeschlossen. Dr. M hat in seinem vorgenannten Gutachten nachvollziehbar ausgeführt, dass eine im Vollbeweis gesicherte psychiatrische Diagnose beim Versicherten nicht vorliegt und der Zeuge G lediglich eine Verdachtsdiagnose geäußert hat. In der Tat vermag auch der Senat im psychologischen Befundberichten des Zeugen G vom 28. November 2011 und dessen psychologischer Stellungnahme vom 09. Februar 2012 keinen tragfähigen, objektiven psychischen Befund zu erkennen, der den Schluss auf ein einschlägiges psychiatrisches Krankheitsbild zulässt. Ferner hat Dr. M überzeugend dargelegt, dass ein durch den Arbeitsunfall verursachter psychischer Erstschock nicht vorliegt. In den ersten 15 Monaten nach dem Unfall ist in der Tat, hierauf weist der Sachverständige aktenkundig hin, keine psychische Irritation des Versicherten dokumentiert. Auch berichtet die Klägerin selbst für die Zeit nach dem Unfall keine psychischen Auffälligkeiten des Versicherten. Vielmehr zeigte er sich ausweislich der aktenkundigen Behandlungsunterlagen diese ganze Zeit über offenbar durchgehend zuversichtlich und motiviert. Er nahm die medizinischen Behandlungsangebote wahr und schöpfte sie aus. Erstmals ein neuropsychologischer Bericht der Tages-Rehaklinik im Forum Pankow vom 20. Mai 2008 deutet auf eine Verunsicherung und Angespanntheit hin, welche sich dann in Gesprächen wohl sogleich wieder besserte, zumal dieselbe Einrichtung im Nachgang keinerlei weitere psychische Auffälligkeiten mehr dokumentierte. Dieses vereinzelt gebliebene Indiz für eine psychische Erkrankung weist jedoch bereits einen deutlichen zeitlichen Abstand zum Arbeitsunfall auf. Hervorzuheben in diesem Zusammenhang ist, dass die Feststellung von der Reha-Tagesklinik getroffen wurde, bei welcher sich der Versicherte bereits seit dem 05. Juli 2007 in Behandlung befunden hatte, ohne dass dort bis dato psychische Auffälligkeiten dokumentiert worden waren. Eine psychische Belastung des Versicherten wird dann erst wieder vom Durchgangsarzt Dr. S am 10. Oktober 2011 berichtet. Hierzu führt der Sachverständige Dr. M plausibel aus, dass, um nach einer so langen Zeit ohne nachgewiesenen Erstschock und nach erfolgreicher beruflicher Wiedereingliederung sowie ohne Brückensymptome noch einen Unfallzusammenhang annehmen zu können, es besonders plausibler, aber gerade nicht vorliegender Umstände bedürfe, die einen solchen Zusammenhang dennoch wahrscheinlich machen. Ins-besondere, hierauf weist Dr. M im Einklang mit medizinischer Fachliteratur (vgl. etwa Pschyrembel, Klinische Wörterbuch, 267. Auflage 2017, Stichwort "Anpassungsstörung"; Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, Kap. 5.1.2) zutreffend hin, ist eine Anpassungsstörung zeitlich begrenzt und liegt in der Regel nur über einen Zeitraum bis zu drei Monaten. Die längste Form dieser Gruppe überschreite als chronische Anpassungsstörung zwei Jahre nicht. Hieraus zieht Dr. M den nachvollziehbaren Schluss, dass, wenn man die unfallbedingten Sehestörungen als kausale Grundlage der Anpassungsstörung zugrunde legt, eine eben hierauf beruhende initiale psychische Erkrankung zeitnah zum Unfall hätten vorliegen müssen, die sich wegen Fortbestehens der unfallbedingten Sehestörungen über den Zeitraum von bis zu sechs Monaten hinaus verlängert hätte. Demgegenüber trat hier in der Tat erst nach einem über viereinhalbjährigen, psychiatrisch unauffälligen Intervall eine psychische Irritation ein, deren Krankheitswert zudem bis zum Tod des Versicherten noch nicht gesichert war, und war die berufliche Integration des Versicherten trotz noch vorhandener Unfallfolgen wie Sehestörungen und Schmerzen erfolgreich. Angesichts dieser Umstände führt Dr. M zutreffend aus, dass die Annahme, dass die körperlichen Unfallfolgen erst jetzt eine schwere psychische Störung hervorgerufen haben sollen, einem Bruch mit der bisherigen Bewertung durch den Verletzten gleichkäme.

Dementsprechend nimmt selbst der Zeuge G für sich keine gesicherte Diagnose einer Anpassungsstörung in Anspruch und enthält er sich bei seiner Vernehmung durchs SG bzgl. der belastenden Sehstörungen und der psychischen Befindlichkeit des Versicherten kurz vor seinem Tod einer eindeutigen Beantwortung der Zusammenhangsfrage. Desgleichen sind im Hinblick auf die von der Sachverständigen Dr. M posthum gestellten Diagnose einer mindestens leichten bis mittelschweren depressiven Episode vernünftige Zweifel gerade nicht ausgeschlossen. Davon abgesehen geht die Sachverständige selbst unter Zugrundelegung dieser Diagnose nicht davon aus, dass die im Zeitpunkt des Todes bestehende psychische Erkrankung des Versicherten wahrscheinlich im Wesentlichen auf den Arbeitsunfall vom 05. Februar 2007 zurück-zuführen ist. Hierfür verweist die Sachverständige schlüssig darauf, dass in den ersten Jahren nach Wiedereingliederung ins Berufsleben beim Versicherten keine psychischen Auffälligkeiten zu verzeichnen sind, und dass kein greifbares Ereignis bekannt ist, das im zeitlichen oder ursächlichen Zusammenhang mit einer ängstlich-depressiven Reaktion des Versicherten stand. Die durch den Arbeitsunfall ausgelösten Behinderungen können nach plausibler Einschätzung der Sachverständigen gerade nicht als Auslöser für eine Anpassungsstörung herangezogen werden, weil sich der Versicherte im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung und auch nach Wiedereintritt ins Berufsleben ja bereits an diese angepasst hatte, ohne dass es zu einer psychischen Erkrankung kam. Andere mögliche Auslöser wurden nicht erfragt. Eine PTBS schloss die Sachverständige nachvollziehbar unter Hinweis darauf aus, dass sich der Versicherte an den Unfall nicht mehr erinnern konnte, dieser also von vornherein keine traumatisierende Wirkung hervorrufen konnte, und im Übrigen einschlägige Symptome nicht innerhalb von spätestens sechs Monaten auftraten. Bei der Beurteilung der Zusammenhangsfrage schließt sich Dr. M- lediglich mit Abweichungen bei der genau-en diagnostischen Einordnung der psychischen Befindlichkeit des Versicherten im Zeitpunkt seines Todes - Dr. M ausdrücklich im Wesentlichen an.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision ist mangels Zulassungsgrunds nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2018-02-22