

S 33 U 183/11

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

SG München (FSB)

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

33

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 33 U 183/11

Datum

25.11.2015

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 3 U 3/16

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 173/17 B

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Zur Anerkennung psychischer Unfallfolgen bei vorbestehender depressiver Erkrankung.

2. Der Begriff der Gelegenheitsursache, der durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist, berechtigt nicht zu dem Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen oder besonderen Problemen in der anschließenden Heilbehandlung ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne weiteres zu unterstellen ist (Anschluss an BSG, Urteil vom 09.05.2006, [B 2 U 1/05 R](#), juris, Rdnr. 15 m. w. N.).

3. Die Diagnosekriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung nach den Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-IV sind unterschiedlich konzipiert und unterscheiden sich insbesondere hinsichtlich des Traumakriteriums (sog. „A-Kriterium“; vgl. Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 18. August 2015 – [L 3 U 106/10](#)).

I. Die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 05.10.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17.02.2011 wird abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist, ob bei der Klägerin wegen eines anerkannten Arbeitsunfalls i. S. d. [§ 8](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) weitere Unfallfolgen anzuerkennen sind und ob eine Verletztenrente nach [§ 56 SGB VII](#) zu gewähren ist.

Die 1953 geborene Klägerin ist verheiratet und Mutter einer Tochter. Seit 1993 war die Klägerin in den St. E. Kliniken in C-Stadt als Leitstellensekretärin in Vollzeit beschäftigt.

Seit 1995 leidet die Klägerin an rezidivierenden Phasen der psychovegetativen Erschöpfung mit Verschlechterung ab 1999 mit Angstzuständen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, intermittierendem Herzrasen und konsekutiv deutlich überhöhten Blutdruckwerten. Nach einem Autounfall Juli 1995 wurden eine HWS-Distorsion und eine Rückenprellung diagnostiziert, seither bestanden rezidivierende Verspannungen im Halswirbelsäulenbereich.

Ab 1999 befand sich die Klägerin mit Intervallen in fachärztlicher Behandlung bei der Psychiaterin L. Neben einer mittelgradigen depressiven Episode wurde im Verlauf eine Panikstörung diagnostiziert. Im Zeitraum vom 25.04.2000 bis 23.05.2000 befand sich die Klägerin in den medizinischen Rehaeinrichtungen R-Stadt. Die Entlassungsdiagnosen lauteten auf psychovegetative Erschöpfung, arterielle Hypertonie, musculotendinöses Schmerzsyndrom der Halswirbelsäule und Struma diffusa.

Bei der Psychiaterin Frau L. wurde die Therapie nach guter Remission im Januar 2004 beendet, ab Juni 2004 wegen eines Arbeitsplatzkonfliktes und innerbetrieblicher Umsetzung mit Verschlechterung der depressiven Symptomatik und somatoformen Beschwerden wieder fortgeführt und eine weitere stationäre rehabilitative Behandlung eingeleitet. Diese erfolgte in der W-Klinik in I. vom 16.11.2004 bis 21.12.2004. Dort wurden eine Anpassungsstörung, eine Panikstörung, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung, eine benigne essentielle Hypertonie und Adipositas diagnostiziert. Im Vorfeld habe es berufliche Konflikte und Anspannungen gegeben, der Blutdruck der Klägerin sei entgleist und diese habe sich nicht mehr belastbar gefühlt. Nach dem Urlaub sei die Klägerin in einen anderen Arbeitsbereich versetzt worden. In der Notaufnahme sei es durch die Konfrontation mit Verletzten und Schwerkranken zu einer Verschlechterung ihres psychischen Befindens gekommen, sie habe zunehmende Angstattacken entwickelt. Die

Entlassung erfolgte als arbeitsunfähig. Eine Wiedereingliederung erfolgte im Herbst 2005.

Im Zeitraum vom 06.01.2009 bis 10.02.2009 befand sich die Klägerin in einer Rehabilitationsbehandlung in T-Stadt wegen eines Asthmas bronchiale. Die depressive Störung wurde als gegenwärtig leicht ausgeprägt beschrieben.

Am 26.02.2009, gegen 08:00 Uhr, hatte die Klägerin auf der Fahrt von ihrer Wohnung in A-Stadt zu ihrer Arbeitsstelle in C-Stadt einen Unfall, als sie bei einem Überholmanöver auf freier Landstraße mit ihrem Kleinwagen wegen Eisglätte ins Schleudern geriet, von der Fahrbahn abkam und sich mit dem Wagen mehrfach überschlug, der schließlich auf der Beifahrerseite auf einem Acker zum Liegen kam.

Die Klägerin hing zunächst halb kopfüber im Fahrersitz, konnte schließlich den Gurt lösen und mit Hilfe eines Ersthelfers durch das Cabriodach das Fahrzeug verlassen. Die Klägerin wurde dann mit einem Rettungshubschrauber in das Klinikum D-Stadt gebracht. Im Notarztprotokoll wurde unter anderem berichtet: "Bewusstseinslage orientiert. (...) Psychischer Zustand verwirrt. Erstdiagnose: Mehrfachverletzung stumpf, PKW-Insasse, mäßig bis ernste Verletzung Schädel/Hirn, HWS und Thorax. Akute Lebensgefahr nicht auszuschließen. Schädelhirn-Trauma Grad I, Thoraxprellung. Nebendiagnose: Hochrasanztrauma."

Im Klinikum D-Stadt wurde als Erstbefund erhoben: "Patientin wach, orientiert, Pupillen ohne Befund, Hirnnerven soweit ohne Befund, es zeigt sich an der Ohrmuschel eine 1,5 cm Risswunde, sowie auch retroaurikulär eine 2 cm Wunde, sowie eine Prellmarke links parieto-occipital. Stiff-Neck anliegend (nach Abnahme keine Nackenschmerzen), insgesamt leicht diffuser Druckschmerz am Thorax, aber keine Instabilität, keine Crepitatio, Lunge seitengleich belüftet, Bauch völlig weich, Becken stabil, Extremitäten völlig frei beweglich, gute Pulse. Es zeigt sich lediglich eine Prellmarke am rechten Unterarm ulnarseitig mit kleiner Schürfung, aber hier völlig frei beweglich, keine Frakturzeichen."

Ein Polytrauma-Spiral-CT Kopf bis Becken ergab ein Galea-Hämatom links temporoparietal, hypostatische, nicht entzündliche Infiltrate im Bereich des Thorax beidseits; nebenbefundlich wurden eine Spondylosis deformans HWK 3 bis HWK 7, eine multisegmentale Osteochondrose, eine kyphotische Knickbildung HWK 3/ HWK 4, eine kleine subpleurale Bulla im Lungensegment 6 rechts, ein großes Uterusmyom sowie Nierenzysten beidseits beschrieben. Die Diagnosen lauteten: "Schädelprellung, Kopfplatzwunde retroaurikulär, Risswunde linke Ohrmuschel, Thoraxprellung, Prellung rechter Unterarm, Schürfung Unterarm rechts". Nachdem sich im neurochirurgischen Konsil (vermerkt: "keine Bewusstlosigkeit"; Diagnose: "Commotio cerebri") keine Interventionsindikation ergeben hatte, wurde die Wunde im Bereich des Ohres versorgt und die Klägerin zur Überwachung wegen des "Hochrasanztraumas" stationär aufgenommen. Ein neurologisches Konsil (vermerkt: "keine primäre Bewusstlosigkeit") am 27.02.2009 ergab einen Verdacht auf einen peripheren vestibulären Schwindel ("z. B. eine Commotio labyrinthi"). Am 28.02.2009 wurde die Klägerin entlassen. Am 10.03.2009 stellte sich die Klägerin wegen Schwindelbeschwerden bei dem HNO-Arzt Dr. E. vor, der eine Untererregbarkeit des linken Gleichgewichtsorgans feststellte und einen Zustand nach Schleudertrauma, Vertigo, HWS-Syndrom diagnostizierte. Am 16.03.2009 begab sich die Klägerin in Behandlung bei dem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen Dr. F., der bei Ausschluss einer Fraktur eine Kontusion des linken Kiefergelenkes diagnostizierte.

In der Folgezeit befand sich die Klägerin in physiotherapeutischer und krankengymnastischer Übungsbehandlung. Wegen anhaltender Nackenschmerzen wurde ein Kernspintomogramm der Halswirbelsäule vom 05.05.2009 angefertigt. Dieses ergab multisegmentale degenerative Veränderungen ohne Zeichen einer frischen Gewebeerletzung. Ein weiteres Kernspintomogramm der Lendenwirbelsäule vom 12.05.2009 zeigte degenerative Veränderungen ohne Unterschied zu einer kernspintomographischen Voruntersuchung vom 20.09.2007.

Außerdem suchte die Klägerin am 21.04.2009 die Psychiaterin Frau L. auf. Diese attestierte, dass die Klägerin über einen Autounfall vom 26.02.2009 berichtet habe (Befundbericht an das Versorgungsamt vom 23.04.2009). Zum Zeitpunkt des Gesprächs sei die Klägerin noch schmerzbelastet gewesen, wodurch sich die psychische Situation etwas verschlechtert habe. Den psychischen Befund beschrieb Frau L. unter anderem als im Affekt eingeschränkt schwingungsfähig, Stimmung gedrückt, ernst, Antrieb etwas reduziert erscheinend, keine formalen Denkstörungen, inhaltlich Schilderung somatischer Probleme, insbesondere Schmerzbelastung. Kognitive oder mnestiche Defizite stellte sie nicht fest. Am 20.07.2009 wurde die Klägerin von der BG-Sprechstunde in D-Stadt in die klinikinterne "Schmerzambulanz" des Instituts für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Klinikums D-Stadt weitergeleitet (Behandlung durch Dr. G.), wo ein "Chronisches Schmerzsyndrom bei Zustand nach Verkehrsüberfall mit Überschlag, Verdacht auf HWS-Distorsion" bei bekannter vorbestehender depressiver Problematik diagnostiziert und eine Behandlung mit einem TENS-Gerät verordnet sowie weiterer Physiotherapie angeraten wurde. Es sei davon auszugehen, dass die depressive Problematik das vorhandene Schmerzproblem negativ beeinflusse, diese sei jedoch nicht als krankheitsbestimmend zu betrachten (Bericht vom 23.07.2009). Bei einer weiteren Vorstellung in der Unfallchirurgischen Abteilung des Klinikums D-Stadt klagte die Klägerin weiterhin über Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule und psychologische Probleme (Bericht vom 18.08.2009). In der Schmerzambulanz wurde am 21.10.2009 trotz Beschwerdebesserung eine "posttraumatische Anpassungsstörung" diagnostiziert und eine psychotherapeutische Unterstützung für sinnvoll erachtet. Am 15.12.2009 berichtete Dr. D. unter anderem über eine neuropsychologische Testung der Klägerin und führte aus, dass sich bei den in der Anfangsphase der Behandlung erhobenen Testergebnissen deutliche kognitive Defizite in Aufmerksamkeit und Gedächtnisfunktionen gezeigt hätten, die mit der subjektiven Beschwerdeschilderung der Betroffenen gut übereingestimmt hätten. Anfang Dezember 2009 habe die Klägerin angegeben, dass sich die Kopfschmerzsymptomatik und die Merkfähigkeit deutlich gebessert hätten. Insgesamt bestehe eine unfallbedingte lang anhaltende psychisch belastende Schmerzsymptomatik, insbesondere mit Nacken- und Kopfschmerzen. Auch die zu Beginn der Behandlung erkennbaren kognitiven Defizite seien mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Es bestünden längerfristige Probleme bei der psychischen Verarbeitung des Unfalls mit nachdenklich besorgter Stimmungslage und häufiger gedanklicher Beschäftigung mit dem Unfall. Neben der aktuellen psychischen Belastung durch die Unfallfolgen sei auch eine länger bestehende Depression vorhanden.

Bei einer weiteren Vorstellung der Klägerin in der Unfallchirurgischen Abteilung vom 13.01.2010 gab die Klägerin eine starke Zunahme der Beschwerden nach längerer Physiotherapiepause während der Feiertage an, woraufhin weiterer physiotherapeutische Behandlung verordnet wurde. Eine Änderung der Beschwerdesymptomatik ergab sich nicht (Bericht der Unfallchirurgischen Abteilung vom 12.07.2010). Der einmalig aufgesuchte Orthopäde Dr. H. gab in einem Bericht vom 13.08.2010 an, dass wohl eher ein psychisches Problem vorliege.

Auf Veranlassung der Beklagten begutachtete der Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie J. die Klägerin und kam in seinem Fachgutachten auf dem Gebiet der Psychiatrie vom 12.03.2010 zum Ergebnis, dass es bei der Klägerin unfallbedingt zu einer psychiatrischen und psychosomatischen Dekompensation gekommen sei, die eine MdE von 40 v. H. bedinge. Im aktuellen Befund zeigten

sich neben den depressiven Symptomen auch eine Vermehrung von Ängstlichkeit, eine Verminderung der psychophysischen Belastbarkeit und der Anpassungsfähigkeit sowie neuropsychologische Einbußen der Konzentration, der Ausdauer und der Aufmerksamkeit. Die Diagnose einer *Commotio cerebri* könne bei fehlender initialer Bewusstlosigkeit und fehlender retro- bzw. anterograde Amnesie nicht gestellt werden. Vorbekannt seien über Jahre bestehende degenerative Veränderungen der HWS und LWS, wobei sich durch den Unfall keine wesentliche Veränderung ergeben habe. Es bestünden keine radikulären Reiz- oder Ausfallzeichen, keine peripheren Paresen oder Sensibilitätsstörungen. Dessen ungeachtet müsse von einem chronifizierten Schmerzsyndrom und Schmerzfixierung nach stattgehabter Distorsion mit links betontem Schulter-Arm-Syndrom ausgegangen werden. Die im Zusammenhang mit dem Unfallereignis aufgetretenen affektiven, kognitiven und somatischen Einschränkungen hätten bei der Klägerin zu einer chronifizierten Einbuße der psychophysischen Belastbarkeit und der Leistungsfähigkeit mit konsekutivem Insuffizienzerleben geführt. Eine Beeinflussung des geschilderten Beschwerdekompleses und der depressiven Symptomatik sei höchst wahrscheinlich. Es sei mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es ohne das Unfallereignis vom Februar 2009 nicht zu der psychiatrischen und psychosomatischen Dekompensation bei der Klägerin gekommen wäre. Strukturelle Schädigungen intracerebral als Ursache für die subjektiven und objektiven neuropsychologischen kognitiven Einbußen ließen sich nicht verifizieren, andererseits sei bekannt, dass entsprechende Einbußen auch ohne entsprechenden Nachweis eines organopathologischen Befundes auftreten können. Eine Differenzierung zwischen primären kognitiven Einbußen im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung und der Einschränkungen, die unfallassoziiert zu werten seien, sei nicht möglich. Eine zusätzliche somatoforme Komponente sowohl hinsichtlich des Schmerzes als auch des Schwindels sei aus psychiatrischer Sicht anzunehmen.

Diesem Ergebnis schloss sich der Beratungsarzt Dr. K. nicht an (Stellungnahme vom 12.07.2010). Der Gutachter J. trenne nicht zwischen den erheblichen vorbestehenden Gesundheitsstörungen auf neuropsychiatrischem Fachgebiet und den Unfallfolgen. Die von der Klägerin vorgebrachten Beschwerden seien identisch mit den dokumentierten Beschwerden früherer Jahre. Ein objektivierbarer "Erstschaden" fehle. Eine Schädelprellung könne keine Gedächtnisstörungen hervorbringen. Herr J. hielt in einer ergänzenden Stellungnahme vom 17.08.2010 an seiner Einschätzung fest. Er habe die neuropsychologischen Einschränkungen nicht als Folgen der auch von ihm diagnostizierten Schädelprellung - nicht *Commotio cerebri* - eingestuft, sondern in Zusammenhang mit der vorbestehenden Vulnerabilität der Klägerin angenommen, wodurch es durch die Verschlechterung des affektiven Zustands zu negativer Beeinflussung der Neurokognition und der Testergebnisse gekommen sei. Die auch aktuell von der Klägerin noch beklagten Nackenschmerzen verbunden mit Spontan- und Druckschmerzhaftigkeit der HWS und des Nackens würden auch von ihm nicht als direkte Folge der HWS-Distorsion diskutiert, sondern im Zusammenhang mit über Jahre bestehenden degenerativen Veränderungen der HWS eingestuft. Im Dezember 2009 seien sowohl die Kopfschmerzsymptomatik als auch die Merkfähigkeit von Dr. D. als gebessert eingestuft worden, allerdings ohne dezidierte Kontrolltestung. Er gehe somit davon aus, dass für etwa ein halbes Jahr nach dem Unfallereignis die vorbekannte depressive Symptomatik und damit verbunden neurokognitive Einbußen bestanden hätten. Die Schwierigkeiten mit der Verarbeitung des Unfallereignisses und der damit verbundenen Leistungseinbußen dauerten an. Unfallunabhängig bestünde eine Neigung zu depressiven Dekompensationen, Anpassungsstörungen und Angstsymptomen. Für die vorübergehende Verschlechterung sei das Unfallereignis anzuschuldigen. Die bestehenden Nackenschmerzen und das linksbetonte Schulter-Arm-Syndrom würden im Zusammenhang eines chronifizierten Schmerzsyndroms bei vorbekannten polysegmentalen degenerativen Veränderungen des Stützapparates eingestuft, bei denen es zu einer vorübergehenden Akzentuierung für drei bis sechs Monate gekommen sei. Für die Dauer von sechs bis zwölf Monaten sei der Unfall mit seinem Folgen als wesentliche Teilursache für die bestehende Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit anzusehen, der weitere Verlauf sei in erster Linie der zugrunde liegenden psychiatrischen Vorerkrankung inklusive der primärpersönlichen Reaktionsmuster und Anpassungsmöglichkeiten geschuldet. Die MdE werde weiterhin mit 40 v. H. eingestuft. Auf unfallchirurgischem Fachgebiet stellte der Chirurg und Unfallchirurg Dr. L. keine fortbestehenden Unfallfolgen mehr fest (Gutachten vom 26.08.2010). Die Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule seien auf die röntgenologisch nachgewiesenen degenerativen Veränderungen zurückzuführen, die bereits vor dem Unfall bestanden hätten. Auch die Schädelprellung habe keine Folgen hinterlassen.

Die Beklagte erkannte daraufhin mit Bescheid vom 05.10.2010 den Unfall vom 26.02.2009 als Arbeitsunfall mit den Unfallfolgen "Vorübergehende Verschlimmerung einer depressiven Erkrankung und einer vorbestehenden Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates" an. Die Schädelprellung und die Körperprellungen seien folgenlos ausgeheilt. Arbeits- und Behandlungsbedürftigkeit hätten längstens für 6 Monate bestanden. Nicht als Unfallfolgen wurden anerkannt eine "Rezidivierende depressive Störung, Neigung zu Kopfschmerzen und chronisches Schmerzsyndrom des Stütz- und Bewegungsapparates." Ein Rentenanspruch wurde abgelehnt, da eine rentenberechtigte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 20 v. H. über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus nicht vorliege. Mit Bescheid vom gleichen Tag wurden außerdem auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abgelehnt.

Mit ihrem Widerspruch vom 22.10.2010 machte die Klägerin die die Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE mind. 40 v. H. sowie von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geltend.

Die Beklagte wies beide Widersprüche jeweils mit Widerspruchsbescheiden vom 17.02.2011 zurück.

Mit ihrer am 18.03.2011 beim Sozialgericht München eingelegten Klage begehrt die Klägerin die Festsetzung einer "adäquaten" MdE. Sie sei durch die Unfallfolgen erheblich beeinträchtigt, als in der Entscheidung zugrunde gelegt werde. Auf die in der Ergänzung vom 17.8.2010 zum psychiatrischen Fachgutachten vom 12.03.2010 ausführlich beschriebenen Unfallfolgen weise sie hin.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Beiziehung eines Befundberichts des Neuropsychologen Dr. Rupert D. (Klinikum D-Stadt) vom 17.06.2011 über die Behandlung von April 2009 bis September 2010, der Akte der Polizeidirektion C-Stadt sowie durch Einholung zweier Sachverständigengutachten auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet von Dr. M. vom 30.08.2011 (mit ergänzender Stellungnahme vom 24.09.2011) und auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet von Dr. N. vom 06.02.2012.

Dr. M. führte aus, dass im erstbehandelnden Krankenhaus ein im Hinblick auf die biomechanischen Gegebenheiten des Unfalls ein erstaunlich undramatischer Befund erhoben werden konnte. Als gesicherte Unfallverletzungen seien ausweislich der vorliegenden bildgebenden Befunde lediglich ein kleines und umschriebenes Kopfschwartenhämatom im Bereich des behaarten Schädels der linken Schädelkalotte, eine oberflächliche Weichteilverletzung im Sinne einer Riss- und Platzwunde an der linken Ohrmuschel retroaurikulär, eine Thoraxprellung durch den Sicherheitsgurt, eine Prellung des linken Unterarms durch Anstoß an der Fahrertür sowie eine leichte Halswirbelsäulendistorsion anzunehmen. Eine über diese reversiblen Verletzungen hinausgehende, wie auch immer geartete strukturelle Gewebeverletzung sei aufgrund der vorliegenden Bilddokumente ohne vernünftigen Zweifel auszuschließen. Der protrahierte

Krankheitsverlauf ab der zweiten oder dritten Woche nach dem Unfall mit einem Entgleisen des normalen Heilungsverlaufs leichtgradiger Prellungen und der Distorsion erschließe sich nur vor der Annahme einer somatoformen Störung, deren Unfallzusammenhang auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet abzuklären sei. Unfallfolgen seien lediglich diverse Prellungen und Kontusionen und eine vorübergehende Verschlimmerung der statischen Wirbelsäulenbeschwerden und der psychischen Erkrankung. Unfallunabhängig bestünden altersvoraussetzende multisegmentale degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule, an Brust- und Lendenwirbelsäule eher geringgradige Veränderungen ohne echten Krankheitswert. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit hätten für maximal drei Monate bestanden.

Dr. N. führte aus, dass bei der Klägerin eine chronisch rezidivierende Störung vorliege, bei der sich ein Unfallzusammenhang unter Berücksichtigung der bis ins Jahr 1995 zurückreichenden Vorgeschichte mit rezidivierenden depressiven Störungen, Angst und Panikzuständen und insbesondere auch einer im Entlassungsbericht des Reha-Zentrums T-Stadt, Klinik O-Stadt (stationärer Aufenthalt vom 06.01.2009 bis 23.03.2009, Bericht vom 23.03.2009) noch unmittelbar vor dem Unfall beschriebenen depressiven Symptomatik nicht begründen lasse. Gleiches gelte für eine Angststörung, die ebenfalls offensichtlich bereits vor dem Unfall bestanden habe. Bei der von der Klägerin kurz nach dem Unfall aufgetretenen Schwindelsymptomatik handele es sich vermutlich um einen unfallbedingten benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel bzw. Otolithenschwindel, deren Symptomatik nicht selten im Gefolge von Schädeltraumata aufträfe. Die Symptomatik habe sich damals offensichtlich rasch wieder zurückgebildet. Eine Commotio cerebri sei im Zusammenhang mit der erlittenen Schädelprellung wohl nicht aufgetreten. Selbst wenn im Zusammenhang mit dem Schädeltrauma doch eine kurzzeitige Bewusstlosigkeit aufgetreten sein und somit eine Commotio cerebri vorgelegen haben sollte, könne man davon ausgehen, dass sich die damit in Zusammenhang aufgetretenen Beschwerden (Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit) nach sechs Wochen wieder zurückgebildet hätten. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit hätten maximal für sechs Wochen vorgelegen.

Auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) wurde anschließend der Sachverständige Prof. Dr. P. auf psychologischem Fachgebiet gehört (Gutachten vom 18.09.2012 nach Untersuchung am selben Tag). Prof. Dr. P. diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, und einen Verdacht auf eine generalisierte Angststörung. Im Rahmen der Exploration, gestützt durch Testergebnisse, sei recht schnell der Eindruck entstanden, dass die Klägerin schwierige und belastende Erlebnisse depressiv verarbeite. In den einzelnen Lebenssituationen, in denen die Klägerin in für sie schwierige Situationen gekommen sei (Versetzung am Arbeitsplatz) oder mit somatischen Krankheiten konfrontiert worden sei (Operation, Virusinfektion) habe diese mit typischen depressiven Symptomen (Schlafstörungen, Verlust von Lebensfreude etc.) reagiert. Hinzu seien jeweils Symptome von Angst gekommen, die den Verdacht einer generalisierten Angststörung nahelegten. Diese Symptomatik bzw. dieses pathologische Verarbeitungsmuster habe bereits vor dem Unfall bestanden und sei als unfallunabhängig zu betrachten. In den Wochen und Monaten nach dem Unfall habe die Klägerin mit typischen Symptomen reagiert, die für eine Belastungsreaktion sprächen (Angst, Depression, gedankliche Fixierung auf den Unfall und seine möglichen Folgen, Schlafstörungen). Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung wie Wiedererleben, Vermeidung, Übererregung hätten nicht vorgelegen. Die psychische Störung sei weder durch den Unfall verursacht worden, noch liege eine wesentliche Mitursache vor. Die MdE betrage 30 v. H.

In auf Veranlassung der Klägerin eingeholten ergänzenden Stellungnahmen vom 31.05.2013 und vom 05.11.2013 führte Prof. Dr. P. aus, dass die kognitive Leistungsfähigkeit der Klägerin für klinisch unauffällig erachtet und die Durchführung von Tests zu kognitiven Defiziten - auch im Hinblick auf den MRT-Befund vom 07.05.2009 ("kleine Signalanhebung rechts in der Pons am oberen Bildrand; eine gliotische Läsion lässt sich nicht ausschließen.") - deshalb für entbehrlich erachtet würden. Dass vom Notarzt ein "Hochrasanztrauma" festgestellt worden sei, habe für die Feststellung eines Psychotraumas keine Bedeutung.

Der außerdem auf Antrag der Klägerin auf neurochirurgischem Fachgebiet gehörte Sachverständige Dr. Q. (Gutachten vom 22.10.2014, Untersuchung am 04.07.2014) stellte folgende Diagnosen: 1. Degeneratives HWS-Syndrom mit spondylotischen Veränderungen, Osteochondrosen HWK3 bis HWK 7 und kypothischer Knickbildung HWK 3 / HWK 4; Spinalkanalstenose, Radikulopathie und Myelopathie-Zeichen: mittelgradige Funktionseinschränkung. 2. Degeneratives BWS-Syndrom mit vermehrter Kyphosebildung und geringer Funktionseinschränkung. 3. Degeneratives LWS-Syndrom mit Lumboischialgien beidseits bei Osteochondrose LWK 4 / LWK 5 und LWK 5 /SWK 1 und ISG-Veränderungen mit mittelgradiger Funktionseinschränkung. 4. Somatoforme Schmerzkrankung mit depressiver und angstbesetzter Ausprägung: mittelschwere Ausprägung und entsprechende mittelstarke Leistungseinschränkung. 5. Posttraumatisches Psychosyndrom mit kognitiven mittelschweren Funktionseinbußen. 6. Posttraumatische Belastungsstörung mittelgradiger Schwere mit mittelstarken Leistungseinschränkungen. 7. Rezidivierende depressive Episoden, z. Zt. Mittelgradig mit leichten Leistungseinschränkungen. 8. Schwindel und Gleichgewichtsstörungen mit leichter bis mittlerer Ausprägung. 9. Hypertonie. 10. Asthma bronchiale, COPD. 11. Übergewicht.

Aufgrund des Autounfalls vom 26.02.2009 sei es bei der Klägerin zu einer Commotio cerebri mit nachfolgend psychischen und kognitiven Störungen sowie zum Teilbild einer posttraumatischen Belastungsstörung in Kombination mit einer chronischen somatoformen Schmerzstörung mit depressiven und ängstlichen Komponenten gekommen, die sich nach einem erneuten Autounfall 2013 zum Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt habe. Bezüglich der degenerativen Veränderungen im HWS-Bereich und im LWS-Bereich müsse davon ausgegangen werden, dass es durch den Unfall zu keinen strukturellen Verletzungen gekommen sei, sondern dass die schon vorher bestehenden degenerativen Veränderungen durch entsprechend stumpfe Traumata nach dem Unfall zu Schmerzen geführt hätten, welche aufgrund vorbestehender gebahnter Verarbeitungsprozesse nicht mehr adäquat hätten bewältigt werden können. Das schwere Unfallerebnis in Kombination mit vorbestehenden degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule und einer, wenngleich geringen, psychischen Komorbidität der bestehenden stabilisierten Depressionserkrankung hätten letztlich zu einem protrahierten Verlauf, in dem vor allem auch die durch den Unfall entstandenen kognitiven Störungen den adäquaten Verarbeitungsmechanismus einer gesunden Person nicht hätten erreichen lassen. Da bereits vor dem Unfall die degenerativen Veränderungen über mindestens fünf Jahre in ihrem Schweregrad bestanden hätten, bereits auch während der schweren depressiven Episoden 2004, und dies nicht zu einem chronischen somatoformen Schmerzbild geführt habe, sei in keiner Weise davon auszugehen, dass bei einer leichten depressiven Episode dies als wesentliche Ursache für die jetzt bestehende chronische Schmerzkrankung heranzuziehen sei. Als wesentliche Ursache der somatoformen Schmerzstörung sei unter Berücksichtigung aller Aspekte des Verlaufs und Würdigung der vorbestehenden Teilkomponente das in vielfacherweise traumatischen Unfallgeschehens von 2009 zu sehen. Eine zusätzliche Verschärfung sei durch den weiteren Unfall 2013 eingetreten, der als Teilkomponente bei der MdE-Bewertung mit berücksichtigt werde.

Als Unfallfolgen anzuerkennen seien:

1. Posttraumatisches Psychosyndrom und ein Zustand nach Commotio cerebri mit kognitiven Defiziten und Gleichgewichtsstörungen. 2. Somatoforme Schmerzkrankung mit depressiven und ängstlichen Komponenten auf dem Boden einer psychovegetativen gesteigerten Erregbarkeit und der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen. 3. Posttraumatische Belastungsstörung.

Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe bis zum Jahresende 2010 bestanden; darüber hinaus sei nicht bewertbar, ob Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit habe für die psychisch-kognitiven Veränderungen sicher über September 2010 hinaus, für die somatoforme Schmerzkrankung und die posttraumatische Belastungsstörung bis zum Jahre 2013 bestanden. Die Gesamt-MdE sei für den Zeitraum ab dem Unfall bis Dezember 2010 mit einer MdE von 60 v. H., ab 2011 mit einer MdE von 40 v. H. zu bewerten.

Im Einzelnen: * Vor dem Unfall:) MdE von 30 v. H. für die chronisch-degenerativ veränderte Wirbelsäule,) MdE von 10 v. H. für die rezidivierenden depressiven Episoden.

* Nach dem Unfall: - Vom 26.02.2009 bis Ende 2010:) MdE von 40 v. H. für das posttraumatische Psychosyndrom mit kognitiven Störungen,) MdE von 10 v. H. für die Gleichgewichtsstörungen,) MdE von 30 v. H. für die somatoformen Schmerzen,) MdE von 0 v. H. für die posttraumatischen Belastungsstörungen. - 2011 bis April 2013:) MdE von 20 v. H. für das posttraumatische Psychosyndrom mit kognitiven Störungen,) MdE von 10 v. H. für die Gleichgewichtsstörungen,) MdE von 30 v. H. für die somatoformen Schmerzen,) MdE von 0 v. H. für die posttraumatischen Belastungsstörungen - Ab April 2013:) MdE von 40 v. H. für das posttraumatische Psychosyndrom mit kognitiven Störungen,) MdE von 10 v. H. für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen,) MdE von 40 v. H. für die somatoformen Schmerzen,) MdE von 20 v. H. für die posttraumatischen Belastungsstörungen.

Die Klägerin bezog zunächst eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, zwischenzeitlich steht sie in Rentenbezug wegen voller Erwerbsminderung (bis 31.01.2016) von der Deutschen Rentenversicherung Bund (Bescheid vom 02.05.2014).

Die Klägerin beantragt, die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 05.10.2010 in Gestalt des Widerspruchbescheids vom 17.02.2011 zu verurteilen, die im Gutachten von Dr. Q. auf Blatt 135/136 unter "Ad 2" als "1." bis "3." bezeichneten Unfallfolgen als Folgen des Arbeitsunfalls vom 26.02.2009 anzuerkennen und eine Verletztenrente im Anschluss an das Verletztengeld nach einer MdE von 60 v. H. bis Dezember 2010 und nach einer MdE von 40 v. H. bis auf Weiteres weiter zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Das Gericht hat die Akten der Beklagten sowie die Akten der Polizeidirektion C-Stadt beigezogen. Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der Prozessakte sowie der beigezogenen Akten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage wurde nach Durchführung des gesetzlich vorgeschriebenen Widerspruchsverfahrens form- und fristgerecht ([§§ 87, 90, 92 SGG](#)) beim zuständigen Sozialgericht München eingelegt und ist zulässig, soweit es um die Anerkennung weiterer Unfallfolgen sowie die Gewährung einer Verletztenrente geht. Soweit die Klägerin außerdem die Weiterzahlung von Verletztengeld begehrt, ist die Klage unzulässig, weil hierüber in dem angefochtenen Bescheid keine Entscheidung getroffen wird. Die Verletztengeldzahlung wurde mit gesondertem Bescheid nach Anhörung im August 2010 eingestellt.

Die Klage erweist sich in der Sache jedoch als unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 05.10.2010 in Gestalt des Widerspruchbescheids vom 17.02.2011 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Beklagte hat die Unfallfolgen in der angegriffenen Entscheidung vollständig erfasst und die Gewährung einer Verletztenrente zu Recht abgelehnt.

Vorliegend bestehen keine Zweifel daran, dass die Klägerin am 26.02.2009 gegen 08:00 Uhr einen Arbeitsunfall i. S. d. [§§ 7, 8 Abs. 1](#), 2 Nr. 1 SGB VII erlitten hat, als sie auf der Fahrt von ihrer Wohnung zu ihrer Arbeitsstelle in C-Stadt bei einem Überholmanöver auf freier Landstraße mit ihrem Kleinwagen wegen Eisglätte ins Schleudern geriet, von der Fahrbahn abkam und sich mit dem Wagen mehrfach überschlug, der schließlich auf der Beifahrerseite auf einem Acker zum Liegen kam.

Weiter steht für die Kammer unzweifelhaft fest, dass sich die Klägerin dabei als Gesundheitserstschäden (mindestens) eine Schädelprellung, eine Kopfplatzwunde retroaurikulär, eine Risswunde an der linken Ohrmuschel, eine Thoraxprellung, eine Prellung am rechten Unterarm sowie eine Schürfung am rechten Unterarm erlitten hat.

Über die im Bescheid vom 05.10.2010 anerkannten Unfallfolgen "Vorübergehende Verschlimmerung einer depressiven Erkrankung und einer vorbestehenden Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates" sowie einer folgenlos verheilten Schädelprellung und der Körperprellungen hinaus sind zur Überzeugung der Kammer jedoch keine weiteren Unfallfolgen anzuerkennen.

Diese Überzeugung gewinnt die Kammer aufgrund der eingeholten Gutachten der Sachverständigen Dr. M. und Dr. N., dem Gutachten des Dr. Q., soweit diesem gefolgt werden kann, und insbesondere dem im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten des Neurologen und Psychiaters J.

Die Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge eines Arbeitsunfalles i. S. d. [§ 8 SGB VII](#) und gegebenenfalls die Entschädigung durch Zahlung einer Verletztenrente nach [§ 56 SGB VII](#) setzt voraus, dass die Gesundheitsstörung Folge eines Versicherungsfalles, d.h. eines Arbeitsunfalles, ist. Der Arbeitsunfall muss also wesentlich an der Entstehung der Gesundheitsstörung mitgewirkt haben. Davon ist auszugehen, wenn er neben anderen Bedingungen bei wertender Betrachtung diejenige ist, die wegen ihrer besonderen qualitativen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen hat (Theorie der wesentlichen Bedingung, ständige Rechtsprechung, vgl. z. B. BSG, Urteil vom 28.06.1988, [BSGE 63, 277](#)). Dabei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, d.h. neben dem Arbeitsunfall auch die Gesundheitsstörung, mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen sein (Vollbeweis). Ein vernünftiger, die Lebensverhältnisse

klar überschauender Mensch darf keinen Zweifel mehr haben (BSG, Urteil vom 27.03.1958, [BSGE 7, 103](#), 106). Für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem schädigenden Ereignis und dem Gesundheitsschaden (haftungsbegründende Kausalität) sowie Folgeschäden (haftungsausfüllende Kausalität) ist demgegenüber hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreichend.

Um eine hinreichende Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges zu bejahen, muss absolut mehr für als gegen die jeweilige Tatsache sprechen (vgl. BSG, Beschluss vom 08.08.2001, [B 9 V 23/01 B](#), Juris Rn 4). Es muss sich also unter Würdigung des Beweisergebnisses ein solcher Grad von Wahrscheinlichkeit ergeben, das ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Möglichkeit ausscheiden und nach der geltenden ärztlichen wissenschaftlichen Lehrmeinung deutlich mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht (BSG, Beschluss vom 08.08.2001, Az. [B 9 V 23/01 B](#), a. a. O., m. w. N.). Was die hinreichende Wahrscheinlichkeit betrifft, sind die diesbezüglichen Anforderungen grundsätzlich höher als diejenigen an die überwiegende Wahrscheinlichkeit (Glaubhaftmachung im Sinne eines Beweismaßes, vgl. BSG, Beschluss vom 08.08.2001, Az. [B 9 V 23/01 B](#), Juris, Rn 5, zum BVG; BSG, Urteil vom 14.12.2006, Az. [B 4 R 29/06 R](#), Juris, Rn 116, [BSGE 45, 1](#), 9 f.; zum Zivilrecht: BGH vom 11.09.2003, Az. [IX ZB 37/03](#), Juris, Rn. 8 = [BGHZ 156, 139](#); vom 15.06.1994, [IV ZB 6/94](#) = [NJW 1994, 2898](#)). Überwiegende Wahrscheinlichkeit bedeutet die gute Möglichkeit, dass der Vorgang sich so zugetragen hat, wobei durchaus gewisse Zweifel bestehen bleiben können; dieser Beweismaßstab ist durch seine Relativität gekennzeichnet (vgl. BSG, Urteil vom 08.08.2001, Az. [B 9 V 23/01 B](#), Juris Orientierungssatz; Urteil vom 14.12.2006, Az. [B 4 R 29/06](#), Juris, Rn 116). Der sogenannte Vollbeweis ist auf der anderen Seite erst erfüllt, wenn eine Tatsache in so hohem Grade wahrscheinlich ist, dass alle Umstände des Falles nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung, die eben bei an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gegeben ist, zu begründen (vgl. BSG, Urteil vom 29.03.1963, Az. [2 RU 75/61](#) = [BSGE 19, 52](#); BSG, Urteil vom 22.09.1977, Az. [10 RV 15/77](#) = [BSGE 45, 1](#); Urteil vom 01.08.1978, Az. [7 RAr 37/77](#); Urteil vom 15.12.1999, Az. [B 9 VS 2/98 R](#) = Breithaupt 2000, 390 f.; BSG, Beschluss vom 08.08.2001, Az. [B 9 V 23/01 B](#) und Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, § 128 Rn 3b m. w. N.).

Mit in diesem Sinne hinreichender Wahrscheinlichkeit liegt ein Zusammenhang zwischen dem Ereignis vom 26.02.2009 und den von der Beklagten im angefochtenen Bescheid vom 05.10.2010 anerkannten Unfallfolgen auf chirurgisch-orthopädischem Gebiet im Sinne einer Verschlimmerung einer vorbestehenden Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates sowie folgenlos verheilte Prellungen vor. Ausweislich der am Unfalltag und wenige Wochen später angefertigten bildgebenden Befunde (Polytrauma-Spiral-CT Kopf bis Becken vom 26.02.2009, Kernspintomogramm der HWS vom 05.05.2009 und der LWS vom 12.05.2009) lassen sich keine frischen, strukturellen Verletzungen, insbesondere keine Frakturen, Luxationen oder anderweitige Verletzungen, entnehmen. Radikuläre Reiz- oder Ausfallzeichen, periphere Paresen oder Sensibilitätsstörungen liegen nicht vor. Alle (unfall- / neurochirurgischen) Gutachter (Dr. L. im Verwaltungsverfahren, Dr. M.), insbesondere auch Dr. Q., stimmen darüber ein, dass bei der Klägerin ausschließlich chronisch-degenerative, keine traumatischen, Veränderungen der HWS, BWS und LWS vorliegen. Diese vorbestehenden degenerativen Veränderungen und das bereits vor dem Arbeitsunfall vom 26.02.2009 bestehende chronische Schmerzsyndrom (vgl. Dr. J.) sind durch das Unfallereignis vorübergehend verstärkt, jedoch nicht richtungweisend verschlimmert worden. Die unfallbedingte Verschlimmerung ist aufgrund der übereinstimmenden Einschätzung von Herrn J. und Dr. M. für maximal drei Monate anzunehmen.

Auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet hält die Kammer die Beurteilung von Herrn J. und Dr. N. für schlüssig und überzeugend, wonach es lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung einer vorbestehenden depressiven Erkrankung gekommen ist. Die Zusammenhangsbeurteilung zwischen einem Unfallereignis und einer psychischen Gesundheitsstörung muss den Schweregrad des Unfallereignisses und des Unfallerlebnisses, die Persönlichkeitsstruktur und die individuellen Erlebnisressourcen, nachgewiesene Vorschäden und mögliche sekundäre Motive berücksichtigen sowie die Frage behandeln, ob anlagebedingte Faktoren die Entstehung derart beeinflusst haben, dass sich das Unfallereignis als bloße Gelegenheitsursache darstellt (vgl. Schönberger/ Mehrrens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, 5.1). Unter Berücksichtigung vorgenannter Kriterien sind die Sachverständigen Herr J. und Herr N. nachvollziehbar zu ihrer Beurteilung gelangt. Dass die Klägerin bereits vor dem Unfall an einer rezidivierenden depressiven Erkrankung gelitten hat, steht ausweislich der vorliegenden ärztlichen Berichte, unter anderem von der Psychiaterin L., der Rehaeinrichtungen R-Stadt, der W-Klinik und der gerade kurz vor dem Unfall erfolgten Rehabilitationsbehandlung in T-Stadt, bei der die depressive Störung als gegenwärtig leicht ausgeprägt beschrieben worden war, fest. Auch insoweit besteht zwischen sämtlichen Sachverständigen (Herrn J., Dr. N., Prof. Dr. P., Dr. Q.) Einigkeit. Einhergehend mit vorübergehend unfallbedingt aufgetretenen affektiven, kognitiven und somatischen Einschränkungen kam es bei der Klägerin zu einer chronifizierten Einbuße der psychologischen Belastbarkeit und der Leistungsfähigkeit mit konsekutivem Insuffizienz erleben. Die Klägerin litt unter einer unfallbedingten psychisch belastenden Schmerzsituation und unter erheblichen Schwierigkeiten in der Verarbeitung des Unfalls bzw. der Unfallfolgen. Dieser geschilderte Beschwerdekomples und die vorbestehende depressive Symptomatik haben sich gegenseitig beeinflusst. Außerdem lag eine zusätzliche somatoforme Komponente sowohl hinsichtlich des Schmerzes als auch des Schwindels vor. Auf dem Boden einer vorbestehenden Vulnerabilität ist es zur Überzeugung der Kammer zweifelsfrei unfallbedingt zu einer Verschlimmerung der depressiven Symptomatik in der beschriebenen Ausprägung gekommen. Diese vorübergehende Verschlimmerung ist etwa für einen Zeitraum von sechs Monaten, wie von der Beklagten anerkannt, gegeben gewesen, nachdem sich bereits im Dezember 2009 sowohl die Kopfschmerzsymptomatik als auch die Merkfähigkeit als gebessert gezeigt hatten. Der von Dr. N. angenommene Verschlimmerungszeitraum von nur sechs Wochen erscheint jedoch als zu knapp bemessen.

Die über den Zeitraum von sechs Monaten hinaus anhaltende Neigung zu depressiver Dekompensation mit wiederholten Episoden von Erschöpfung, Überforderung und Niedergeschlagenheit, zu Anpassungsstörungen und Angstsymptomen ist dagegen als unfallunabhängig anzusehen, die lediglich aus Anlass des Arbeitsunfalls vom 26.02.2009 symptomatisch geworden ist. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass der Begriff der Gelegenheitsursache zwar durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist; daraus kann jedoch nicht der Umkehrschluss gezogen werden, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen oder besonderen Problemen in der anschließenden Heilbehandlung ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne weiteres zu unterstellen ist (vgl. BSG, Urteil vom 09.05.2006, Az. [B 2 U 1/05 R](#), Juris, Rn. 15). Die konkrete Abwägung in vorliegendem Fall führt zur vorgenommenen Beurteilung. Dabei beweist zur Überzeugung der Kammer das dritte von der Klägerin erlebte Unfallereignis vom April 2013 eindrucksvoll, dass die Klägerin - wie Prof. Dr. P. es ausdrückte - schwierige und belastende Erlebnisse depressiv verarbeitet und in Lebenssituationen, in denen diese in für sie schwierige Situationen gekommen ist, mit typischen depressiven Symptomen (Schlafstörungen, Verlust von Lebensfreude etc.) und mit für eine Belastungsreaktion typischen Symptomen (Angst, Depression, gedankliche Fixierung auf den Unfall und seine möglichen Folgen, Schlafstörungen) sowie mit somatischen Erscheinungen (Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule, Schwindel, Wortfindungsprobleme, Vergesslichkeit und Konzentrationsschwierigkeiten) reagiert (alle Symptome so geschildert in der Anamnese im Rahmen der Begutachtung bei Dr. Q., S. 67 / S.

88).

An dieser Beurteilung ändert sich auch nichts, wenn man, wie Dr. Q., von einer stattgehabten *Comotio cerebri*, anstelle einer bloßen Schädelprellung, ausgeht. Die Diagnose einer *Comotio cerebri* wurde von den Sachverständigen Dr. N. und Herrn J. im Einklang mit der unfallmedizinischen Fachliteratur abgelehnt, da nicht sicher feststeht, ob es bei der Klägerin durch den Unfall vom 26.02.2009 zu einer Bewusstlosigkeit gekommen ist, wie es diese Diagnose voraussetzt. Die Klägerin hat bei Dr. N. selbst angegeben, dass sie nicht mehr wisse, ob sie bewusstlos gewesen sei oder nicht. Selbst wenn man aber eine Bewusstlosigkeit, wie Dr. Q. ausführte, nicht als zwingendes Kriterium ansieht und berücksichtigt, dass im Erstbefund unmittelbar nach dem Unfall (im neurochirurgischen Konsil) ebenfalls trotz Vermerk "keine Bewusstlosigkeit" eine *Comotio cerebri* diagnostiziert wurde, sind über den anerkannten Zeitraum von sechs Monaten bei neurologisch unauffälligem Befund keine bleibenden Beeinträchtigungen wahrscheinlich zu machen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., 5.3.8, S. 180; 5.3.11.1, S. 185).

Ein Rentenanspruch nach [§ 56 SGB VII](#) besteht nicht, da die Klägerin nicht über die 26. Woche hinaus nach dem Versicherungsfall unfallbedingt in ihrer Erwerbsfähigkeit gemindert ist. Soweit Herr J. und Prof. Dr. P. eine MdE von 40 v. H. bzw. 30 v. H. veranschlagt haben, ist diese daher ohnehin irrelevant. Selbst wenn man aber den von Herrn J. vorgeschlagenen Rahmen zur Anerkennung der unfallbedingten Verschlimmerung auf die Dauer von einem Jahr ausschöpfen und eine rentenberechtigende Höhe der MdE annehmen würde, würde sich kein Zahlungsanspruch ergeben, da die Rentenzahlung gemäß [§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) erst im Anschluss an die Verletztengeldzahlung erfolgen könnte, die erst im August 2010 und damit mehr als ein Jahr nach dem Arbeitsunfall geendet hat. Darüber hinaus hat Herr J. bei der Bestimmung der Höhe der MdE klargestellt, dass sich die MdE aus den unfallbedingten als auch den unfallunabhängigen Beeinträchtigungen generiert. Auch bei Prof. Dr. P. ist davon auszugehen, dass er eine MdE-Bewertung ohne Rücksicht auf deren Ursache vorgenommen hat, denn dieser hatte in seinem Gutachten überhaupt keine Unfallfolgen festgestellt.

Darüber hinausgehende Unfallfolgen, wie von Dr. Q. festgestellt, lassen sich dagegen nach Auffassung der Kammer nicht nachweisen bzw. nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Zur Anerkennung einer psychischen Störung als Unfallfolge - unabhängig davon, ob als Primärschaden oder im Sinne der Verschlimmerung - ist eine exakte Diagnose der Krankheit nach einem der international anerkannten Diagnosesysteme (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 Jahr 1994, deutsche Bearbeitung herausgegeben von Saß/Wittchen/Zaudig, 3. Auflage 2001) erforderlich unter Verwendung der dortigen Schlüssel und Bezeichnungen, damit die Feststellung nachvollziehbar ist (BSG, Urteil vom 09.05.2006, Az. [B 2 U 1/05 R](#), Juris). Maßstab für die objektive Kausalitätsbeurteilung ist der neueste anerkannte Stand des Erfahrungswissens (vgl. BSG, Urteil vom 15.09.2011, Az. [B 2 U 25/10 R](#)).

Die Diagnosekriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung, wie sie von Dr. Q. als Unfallfolge festgestellt worden ist, nach den Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-IV / DSM-V (vgl. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5, Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ullrich Wittche, 2015 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG) sind unterschiedlich konzipiert, und zwar insbesondere hinsichtlich des Traumakriteriums, des sog. A-Kriteriums. Die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung ist sowohl nach dem ICD 10 als auch dem DSM-IV bzw. DSM-V möglich. Alle Diagnosesysteme stellen bezüglich der posttraumatischen Belastungsstörung unter anderem auf die Schwere des ihr zu Grunde liegenden Ereignisses ab. Allerdings weisen die Kriterien der Diagnosesysteme Unterschiede auf. Das DSM-IV fordert den Nachweis eines Ereignisses, welches unabhängig vom Erleben des Betroffenen objektiv schwer bedrohlich ist, während der ICD 10 nicht so deutlich zwischen dem subjektiven und objektiven Aspekt der Bedrohungssituation unterscheidet, wenn er eine Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß verlangt, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Dieser Unterschied relativiert sich wieder dadurch, dass das DSM-IV neben dem objektiv bedrohlichen Ereignis auch eine Reaktion der betroffenen Person in Form von intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen fordert und damit nicht allein dem funktionellen Unfallmechanismus bei physikalischer Betrachtung, sondern auch dem subjektiven Erleben als Reaktion des Betroffenen auf ein Unfallgeschehen entscheidende Bedeutung beimisst. Der DSM-V hat demgegenüber das Kriterium A (Stressor-Kriterium) in Bezug darauf, wie ein Betroffener das traumatisierende Ereignis erlebte, deutlich ausgearbeitet, während das Kriterium A2 (subjektive Reaktion auf das Ereignis) gestrichen wurde (vgl. zu Vorstehendem: Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 18.08.2015, Az. [L 3 U 106/10](#), Juris, Rn. 17). Es kann hier unentschieden bleiben, welches der Diagnosesysteme anzuwenden ist und ob der von der Klägerin erlebte Arbeitsunfall vom 26.02.2009 den Voraussetzungen des A-Kriteriums entspricht. Denn jedenfalls fehlt es nämlich an den typischen Reaktionen der Klägerin im Sinne des sogenannten B-Kriteriums. Dieses setzt ein beharrliches Wiedererleben des Ereignisses auf mindestens eine der folgenden Weisen voraus:

"1. Wiederkehrende und eindringliche 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 Intoxikation 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." Wie Herr J. ausführte, schilderte die Klägerin im Rahmen seiner Untersuchung keine flashback-artigen Ereignisse oder Intrusionen oder andere Phänomene einer posttraumatischen Belastungsstörung. Auch Dr. N. konnte keine entsprechenden Symptome feststellen. Die von der Klägerin bei Dr. Q. geschilderten Erinnerungen, Bilder und Alpträume beziehen sich auf den Autounfall vom April 2013 (Bl. 67: "Erinnerungen und Bilder, wie diese Frau ihr ungebremsst ins Auto gefahren sei"; "Aufwachen durch Träume von dem Unfall").

Im Übrigen erscheint es nach Auffassung der Kammer höchst problematisch, dass Dr. Q. die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung "im Vollbild" erst unter Berücksichtigung des weiteren (nicht in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherten) Unfalls der Klägerin vom April 2013 stellt.

Die Diagnose eines Psychosyndroms ist ebenfalls nicht schlüssig. Bezeichnenderweise hat Dr. Q. hier den Zusatz eines (früher: "hirnorganischen", heute) "organischen" Psychosyndroms (ICD 10: F.07.2) nicht angeführt. Denn eine organische Schädigung des Gehirns,

wie sie die Diagnosen im Bereich F.00 bis F.09 voraussetzen, durch den Arbeitsunfall vom 26.02.2009 ist nicht erwiesen, selbst wenn man, wie oben bereits dargelegt, von einer Commotio cerebri, und nicht nur von einer Schädelprellung, ausgeht. Zudem fehlt es nach Auffassung der Kammer jedenfalls an einer eingehenden Differenzierung, inwieweit die von Dr. Q. festgestellten kognitiven Leistungsdefizite auf den anerkannten Arbeitsunfall vom 26.02.2009 und inwieweit diese auf den dritten Autounfall der Klägerin vom April 2013 zurückzuführen sind. Denn Prof. Dr. P. hatte im Rahmen seiner Begutachtung im September 2012 die kognitive Leistungsfähigkeit der Klägerin für klinisch unauffällig erachtet. Wenn Dr. Q. knapp zwei Jahre später und nach einem für die Klägerin traumatischen Ereignis kognitive Leistungsdefizite feststellt, ist eine entsprechende Differenzierung erforderlich.

Nach alledem konnte die Klage keinen Erfolg haben und war daher abzuweisen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2018-05-25