

L 10 U 5537/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 2 U 1894/12
Datum
29.11.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 5537/13
Datum
28.01.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 29.11.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung von Verletztenrente.

Der am 1959 geborene Kläger stammt aus der T. und war zuletzt bis ins Jahr 2005 als Maschinenarbeiter beschäftigt. Wegen Kreuzschmerz war er von September 2004 bis 19.04.2005 arbeitsunfähig (Bescheinigung der T. - TK -, Bl. 265 VA). Als er am 03.06.2005 im Rahmen der Nachbarschaftshilfe bei seinem Nachbarn den Giebel an der Garage strich, brach die Leiter und der Kläger fiel aus ca. 2,5 m Höhe zu Boden und auf die rechte Körperseite. Er wurde mit dem Krankenwagen in das Kreiskrankenhaus S. verbracht, wo eine schwere Thoraxprellung, eine Ellenbogenprellung rechts und eine Hüftprellung rechts diagnostiziert wurden. Die Röntgenaufnahmen des Thorax, der Rippen rechts, des rechten Ellenbogens, der Brustwirbelsäule, des rechten Hüftgelenkes und des rechten Oberschenkels ergaben keinen Anhalt für eine frische knöcherne Verletzung. Der Kläger wurde stationär aufgenommen. Am Folgetag waren die Beschwerden deutlich besser und der Kläger entließ sich auf eigene Verantwortung aus der stationären Behandlung. Entsprechend ist für den 03. und 04.06.2005 Arbeitsunfähigkeit verzeichnet (vgl. Bl. 265 VA). Vom 06.06.2005 (Montag) bis 15.01.2006 bestand wiederum Arbeitsunfähigkeit mit der führenden Diagnose eines Bandscheibenvorfalles, vom 18.05.2006 bis 19.05.2006 wegen einer akuten Gastritis und vom 04.07.2006 bis November 2007 wegen einer schweren depressiven Episode (vgl. Bl. 265 VA). Wegen dieser depressiven Erkrankung wurde dem Kläger schließlich auf der Grundlage eines vom Arzt für Neurologie und Psychiatrie S. für die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg im Oktober 2007 erstatteten Gutachtens (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und einem zeitlichen Leistungsvermögen von unter drei Stunden) Rente wegen voller Erwerbsminderung ab dem Jahr 2007 auf Grund eines Leistungsfalles vom 04.07.2006 bewilligt.

Im Juli 2006 befand sich der Kläger wegen Schulterbeschwerden rechts in der V. -Klinik. Er gab gegenüber dem Chefarzt PD Dr. P. an, seit zwei Jahren Beschwerden im Bereich des rechten Schultergelenkes zu haben, wobei es seit dem Sturz von der Leiter zu einer Beschwerdezunahme gekommen sei. Im selben Monat erfolgte eine Arthroskopie mit subakromialer Dekompression und Resektion des AC-Gelenkes (vgl. den Operationsbericht Bl. 252 VA). Nach vorübergehender Beschwerdearmut kam es zu einer Zunahme der Beschwerden mit Bewegungseinschränkungen.

Nachdem die Beklagte zunächst das Vorliegen eines Arbeitsunfalles abgelehnt hatte, erging im folgenden Rechtsstreit das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 16.12.2008, [L 9 U 5921/06](#), mit dem festgestellt wurde, dass es sich bei dem Unfall vom 03.06.2005 um einen Arbeitsunfall handelte. Auf die nachfolgende Anfrage der Beklagten, welche Unfallfolgen vorlägen, teilte der Kläger im Februar 2009 lediglich mit, er habe Schulterprobleme. Auf Veranlassung der Beklagten erstattete daraufhin der Orthopäde Dr. R. ein erstes Rentengutachten. Er ging bei vorbestehender degenerativer Veränderung von einer Schulterprellung rechts beim Unfallereignis aus und sah die in der Untersuchung dokumentierte Bewegungseinschränkung der rechten Schulter als unfallbedingt mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 25 v.H. Sonstige Unfallfolgen lägen nicht vor. In seiner beratungsärztlichen Stellungnahme hierzu gelangte der Chirurg Dr. E. zu dem Ergebnis, dass es durch eine Prellung der rechten Schulter zu einer lediglich vorübergehenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Schadens gekommen sei. Er wies darauf hin, dass im Operationsbericht über die Arthroskopie keine Ruptur im Bereich der Rotatorenmanschette festgestellt worden sei. Es habe sich lediglich eine AC-Gelenksarthrose und im Bereich der Subscapularissehne eine geringgradige Auffaserung in Längsrichtung gefunden. Die übrigen Sehnen seien intakt gewesen. Bestanden habe eine erhebliche subakromiale Bursitis. Unfallbedingte Veränderungen hätten somit nicht vorgelegen, die dauerhafte Bewegungseinschränkung des rechten

Schultergelenkes sei nicht durch den Unfall verursacht. Der Neurologe und Psychiater Dr. O. führte in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme unter anderem zu dem von der Beklagten beigezogenen Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie S. aus, dass mit der dort diagnostizierten Depression mit wahnhaften Zuständen keine depressiv getönte Anpassungsstörung in Folge des Arbeitsunfalles, sondern eine eigenständige psychotische Depression vorliege und damit eine unfallunabhängige Erkrankung. Hierauf gestützt anerkannte die Beklagte mit Bescheid vom 21.07.2010 den Unfall vom 03.06.2005 als Versicherungsfall, lehnte jedoch einen Anspruch auf Rente ab. Als Unfallfolgen anerkannte sie eine Prellung des rechten Ellenbogens, eine Prellung der rechten Schulter, eine Prellung der rechten Hüfte und eine Thoraxprellung - jeweils folgenlos ausgeheilt - mit unfallbedingter Behandlungsbedürftigkeit sowie Arbeitsunfähigkeit von drei Monaten, d.h. bis 02.09.2005. Als Unfallfolgen nicht anerkannt wurden unter anderem das Impingement-Syndrom der rechten Schulter, eine chronische Epicondylitis im rechten Ellenbogen mit endgradiger Bewegungseinschränkung sowie eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf den Bescheid Bl. 329 f. VA Bezug genommen.

Im Widerspruchsverfahren machte der Kläger seine psychische Erkrankung als Unfallfolge geltend und später trug er vor, er habe sich beim Unfall den Ellenbogen gebrochen, was im Krankenhaus übersehen worden sei. Dies habe sein behandelnder Chirurg W. festgestellt. Im Rahmen der weiteren Ermittlungen teilte der Chirurg W. mit, die Beschwerden im rechten Ellenbogengelenk seien nicht auf den Unfall vom 03.06.2005 zurückzuführen (vgl. Bl. 413 VA). Die von ihm angefertigten Röntgenaufnahmen zeigten einen Zustand nach Abriss des Epicondylus ulnaris, was auf eine kindliche Verletzung schließen lasse. Bei seiner Untersuchung am 06.06.2005 habe der Kläger zwar Beschwerden im rechten Ellenbogengelenk beklagt, welche in der Ausprägung jedoch sehr gering gewesen und schnell abgeklungen seien. Eine Fraktur hätte eine deutlichere Symptomatik zur Folge gehabt. Außerdem hätten die Beschwerden an der anderen Gelenkseite, am radialen Epicondylus bestanden, und seien auf eine unfallunabhängige Arthrose zurückzuführen.

In seinem für die Beklagte erstatteten Gutachten (Untersuchung des Klägers im März 2011) beschrieb der Orthopäde Dr. T. einen vom Kläger angegebenen Dauerschmerz und einen Druckschmerz im rechten Ellenbogen sowie eine endgradige Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes. Die Röntgenaufnahmen des rechten Ellenbogengelenkes ergaben ein Kalkdepot rechts und beidseits beginnende degenerative Verschleißerkrankungen. Dr. T. referierte in seinem Gutachten über schon vor dem Unfall bestehende Befunde (Kernspintomographie des rechten Schultergelenkes vom März 2005 mit der Diagnose eines subacromialen Impingement; Entlassungsbericht der M. -Klinik vom April 2005 mit der Diagnose eines chronischen Impingement-Syndroms der rechten Schulter; Behandlungsbericht der Orthopädin Dr. M. vom Februar 2005 mit der Beschreibung einer schmerzbedingt eingeschränkten Schultergelenksbeweglichkeit). Er diagnostizierte jeweils folgenlos ausgeheilte Prellungen des rechten Brustkorbs, des rechten Schultergelenkes, des rechten Ellenbogengelenkes und des rechten Hüftgelenkes als Unfallfolgen. Eine MdE habe zu keinem Zeitpunkt bestanden.

In Bezug auf das psychiatrische Fachgebiet holte die Beklagte Auskünfte der Behandler ein. Der Praxisnachfolger von Dr. J. , bei dem der Kläger zunächst in Behandlung war, der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. D. , übersandte zwei Befundberichte des Dr. J. , einen vom Juni 2005 mit der Diagnose Carpal-tunnelsyndrom und einen vom September 2005, in dem dokumentiert ist, dass der Kläger von phobischen Symptomen im Sinne einer Akrophobie berichtete und eine Verhaltenstherapie empfohlen wurde. Der hierzu befragte Diplom-Psychologe Dr. P. teilte mit, der Kläger sei erstmals im Januar 2006 wegen Höhenangst mit generalisiertem Vermeidungsverhalten vorstellig geworden. Der Kläger habe darüber berichtet, dass er sich fortlaufend mit dem Ablauf des Unfalls und dessen Folgen beschäftigt habe, über regelmäßige Alpträume sowie im Lauf des Tages immer wieder auftretende Flashbacks mit einschließenden Gedanken und Bildern der Unfallsituation (Diagnose posttraumatisches Stresssyndrom). Eine Therapie habe zunächst nicht stattgefunden. Im Januar 2007 sei der Kläger erneut vorstellig geworden wegen der weiterbestehenden Phobie und einer depressiven Entwicklung. Die nachfolgende Therapie sei im März 2007 wegen des Eintritts einer Verschlechterung mit psychotischem Erleben abgebrochen worden. Mit Widerspruchsbescheid vom 21.05.2012 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. In Bezug auf das orthopädische Fachgebiet verwies sie auf die Auskunft des Chirurgen W. , wonach es beim Unfall nicht zu einem Bruch im rechten Ellenbogen gekommen sei, die Beschwerden vielmehr unfallunabhängig bestünden. In Bezug auf die Schulter schloss sie sich dem Gutachten von Dr. T. an.

Hiergegen hat der Kläger am 14.06.2012 beim Sozialgericht Mannheim Klage erhoben. Das Sozialgericht hat ein Gutachten der Neurologin und Psychiaterin Dr. E. nach Untersuchung des Klägers im Dezember 2012 eingeholt. Ihr gegenüber hat der Kläger angegeben, nach dem Unfall einen Tag lang bewusstlos gewesen zu sein. Den Widerspruch, es fehle hierzu an jeglicher medizinischer Dokumentation und zu dem Umstand, sich am Folgetag selbst entlassen zu haben, hat er nicht aufzulösen vermocht. Dr. E. hat den Kläger als in der Interaktion zurückhaltend, verschlossen und wortkarg beschrieben, seine Angaben sind vage und ungenau gewesen (Bl. 32, 45 SG-Akte). Diagnostiziert hat sie eine leichte bis mittelschwere depressive Symptomatik mit psychotischen Symptomen sowie eine generalisierte Angststörung mit Panikattacken. Für beide Gesundheitsstörungen hat sie eine generelle Eignung des Unfallereignisses als Ursache verneint. Das Unfallereignis sei prinzipiell nicht geeignet, eine Depression mit psychotischen Symptomen hervorzurufen. Diese Symptome gehörten klar nicht zu einer Anpassungsstörung bzw. depressiven Belastungssituation. Auch die vom Kläger geschilderte phobische Störung (unter anderem Angst davor, dass andere Menschen ihn beobachten, verfolgen, bedrohen, vergiften könnten, Angst allein außer Haus zu sein, vor Leitern und der Höhe) gingen weit über eine spezifische Phobie im Sinne einer Höhenangst hinaus. Auch insoweit sei das Unfallereignis prinzipiell nicht geeignet, eine solche Störung auszulösen. Vielmehr sei von eigenständigen Krankheitsbildern auszugehen. Das von Dr. P. in seiner Auskunft gegenüber der Beklagten angeführte posttraumatische Stresssyndrom hat sie nicht nachvollziehen können. Auch auf mehrmaliges Nachfragen hätten sich keine sogenannten Flashbacks nachweisen lassen, sondern lediglich Alpträume im Sinne von Fallen mit Schreckhaftigkeit, was die diagnostischen Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nicht erfülle.

Mit Gerichtsbescheid vom 29.11.2013 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. In Bezug auf Unfallfolgen auf orthopädischem Fachgebiet hat es auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid verwiesen und in Bezug auf Unfallfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet hat es sich dem Gutachten von Dr. E. angeschlossen.

Gegen den ihm am 03.12.2013 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 23.12.2013 Berufung eingelegt. In Bezug auf das orthopädische Fachgebiet verweist er auf das Gutachten des Dr. R. (MdE 25 v.H.) und in Bezug auf das psychiatrische Fachgebiet auf das nach [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) auf Antrag des Klägers bei Prof. Dr. S. eingeholte Gutachten. In der mündlichen Verhandlung legt der Kläger den Bescheid der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie vom 23.06.2004 (Anerkennung einer Lärmschwerhörigkeit als Berufskrankheit) vor und er weist auf einen möglichen Stützrententatbestand hin.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 29.11.2013 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 21.07.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.05.2012 zu verurteilen, ihm Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v.H. bzw. 10 v.H. unter Berücksichtigung eines Stützrententatbestandes zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und das Gutachten von Prof. Dr. S. nicht für überzeugend.

Prof. Dr. S. hat auf Grund einer Untersuchung des Klägers im Dezember 2014 eine somatoforme Störung (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren), eine double Depression (Dysthymia einerseits und rezidivierende depressive Episoden, mittel- bis schwergradig, andererseits), derzeit teilremittiert, eine leichtgradige generalisierte Angststörung sowie einen Zustand nach PTBS, remittiert mit Restsymptomatik im Sinne einer Höhenangst diagnostiziert. Die remittierte (subsyndromale) PTBS sowie die Höhenangst seien unfallbedingt. Für das Ein- und Auftreten aller weiteren Gesundheitsstörungen könne der Unfall auch hinweggedacht werden. Jedoch seien der Sturz und der daraus mitresultierende Verlust des Arbeitsplatzes im Sinne der Entstehung einer depressiven Symptomatik mit als auslösende Faktoren zu bewerten. Die MdE für die Unfallfolgen hat er für die Zeit vom 03.06.2005 bis 02.06.2010 mit 25 v.H., für die Folgezeit mit 15 v.H. eingeschätzt. Klinisch weiterführende Abweichungen zu Vorgutachten bestünden nicht. Da keine spezielle Exploration stattgefunden habe (Dr. P. ausgenommen) habe die mittlerweile weitgehend remittierte PTBS in den vorangegangenen Gutachten nicht festgestellt werden können.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151](#) des SGG zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat in den Gründen der angefochtenen Entscheidung zutreffend die rechtlichen Grundlagen für den hier vom Kläger verfolgten Anspruch auf Verletztenrente ([§ 56](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VII -) und die Grundsätze über die Kausalitätsbeurteilung und die Bemessung der MdE entsprechend den üblichen Ausführungen des Senats in seinen Urteilen dargestellt und ebenso zutreffend ausgeführt, dass beim Kläger keine rentenrelevanten Unfallfolgen, also auf den Arbeitsunfall zurückzuführende Gesundheitsstörungen mit einer MdE um wenigstens 20 v.H., vorliegen. Es hat sich dabei zu Recht auf die zutreffenden Ausführungen der Beklagten im Widerspruchsbescheid in Bezug auf das orthopädische Fachgebiet und die Ausführungen von Dr. E. in Bezug auf das nervenärztliche Fachgebiet gestützt. Der Senat sieht daher insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück.

Soweit sich der Kläger in der Berufungsbegründung auf das Gutachten von Dr. R. beruft, folgt ihm der Senat nicht. Zwar bewertete Dr. R. in seinem für die Beklagte erstatteten Gutachten die Beschwerden, insbesondere die Bewegungseinschränkungen im rechten Schultergelenk, als unfallbedingt und mit einer MdE um 25 v.H. Indessen vermag der Senat diesen Ausführungen nicht zu folgen. Denn im nachfolgenden, ebenfalls für die Beklagte erstatteten Gutachten legte Dr. T. ausführlich dar, dass der Kläger bereits vor dem Unfall an einem Impingement-Syndrom des rechten Schultergelenkes litt. Er verwies auf eine schon vor dem Unfall, nämlich im März 2005 angefertigte Kernspintomographie sowie einen Entlassungsbericht der M. -Klinik vom April 2005 und schließlich auf einen Behandlungsbericht der Orthopädin Dr. M. vom Februar 2005, in dem eine Schmerzhaftigkeit unter anderem im rechten Schultergelenk mit eingeschränkter Schultergelenkbeweglichkeit beschrieben wurde. Diese Unterlagen standen Dr. R. nicht zur Verfügung. Hinzu kommt, dass - worauf Dr. E. in seiner beratungsrätlichen Stellungnahme zutreffend hinwies - im Bereich der rechten Schulter zu keinem Zeitpunkt traumatische Veränderungen beschrieben wurden. Insbesondere im Operationsbericht über die Arthroskopie vom Juli 2006, den Dr. E. auswertete, sind keinerlei Hinweise auf eine traumatische Schädigung des rechten Schultergelenkes enthalten. In diesem Zusammenhang weist der Senat auch darauf hin, dass ausweislich des unmittelbar nach dem Arbeitsunfall dokumentierten medizinischen Befundes (D-Arztbericht von Dr. V. vom Kreiskrankenhaus S.) für den Bereich der rechten Schulter keinerlei auffälligen Befunde dokumentiert sind. Entsprechend findet sich in diesem Bericht auch keine Diagnose in Bezug auf die rechte Schulter. Damit fehlt es insoweit bereits an einem nachgewiesenen Gesundheitserstschaden. Soweit die Beklagte allerdings im angefochtenen Bescheid eine Prellung der rechten Schulter anerkannte, ist dies angesichts der insoweit eingetretenen Bestandskraft ([§ 77 SGG](#)) für die Beteiligten und damit auch für den Senat verbindlich. Indessen resultiert aus dieser Feststellung keine weitere Konsequenz, weil die Beklagte insoweit auch eine Folgenlosigkeit feststellte ("folgenlos ausgeheilte Prellung der rechten Schulter"). Über diese Feststellung hinaus lagen somit im Bereich der rechten Schulter zu keinem Zeitpunkt Gesundheitsstörungen vor, die auf den Unfall zurückzuführen sind.

Entgegen der Auffassung des Klägers belegt auch das Gutachten von Prof. Dr. S. keine Unfallfolgen in rentenberechtigendem Ausmaß. Die Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen sind nicht überzeugend.

So begegnet bereits die von Prof. Dr. S. für die Vergangenheit gestellte Diagnose einer PTBS, für den aktuellen Zustand in remittierter Form, durchgreifenden Bedenken. Prof. Dr. S. hat in seinem Gutachten zwar die einzelnen Voraussetzungen für diese Diagnose aufgeführt, er hat jedoch nicht überzeugend dargestellt, dass diese tatsächlich auch vorliegen.

Durchschlagende Bedenken an der Diagnosestellung begründet bereits die Feststellung des Sachverständigen (Bl. 74 f. LSG-Akte), die Angaben des Klägers in der Exploration seien mit den Angaben im Fragebogen in Bezug auf die PTBS nicht deckungsgleich, es würden keine präzisen Angaben dazu gemacht, dass die Lebens- und Alltagsgestaltung durch eine spezielle posttraumatische Symptomatik eingeschränkt sei und es lägen Diskrepanzen in der Selbst- und Fremdeinschätzung der Folgebeschwerden des Ereignisses sowie der subjektiven Beschwerdeangabe und der objektivierbaren Symptomeinschätzung, insbesondere hinsichtlich der PTBS vor. Diese Diskrepanzen hat er

dann bei der Diskussion der PTBS nur noch eingangs erwähnt (Bl. 82 LSG-Akte), bei der Begründung seiner Diagnosestellung im Einzelnen aber nicht mehr thematisiert, sondern die Angaben des Klägers zu Grunde gelegt. Dabei hat der Sachverständige außer Acht gelassen, dass den Angaben des Klägers mit kritischer Zurückhaltung zu begegnen ist. Denn neben den beschriebenen Diskrepanzen hat der Sachverständige - ähnlich wie schon Dr. E. - über eine eingeschränkte Kooperationsbereitschaft des Klägers berichtet, über vage und ungenaue Angaben (Bl. 68 LSG-Akte), über eine hohe Versorgungserwartung und einen sekundären Krankheitsgewinn (Bl. 69 LSG-Akte), über Verdeutlichungstendenzen (auch wenn er sie für krankheitsimmanent gehalten hat - Bl. 73 LSG-Akte -) sowie die Haltung des Klägers, all seine Probleme (unter anderem fehlende Wertschätzung der Familie) auf den Sturz zu attribuieren (Bl. 75 LSG-Akte). Vor diesem Hintergrund wäre es erforderlich gewesen, dass der Sachverständige die vagen Angaben des Klägers gerade in Bezug auf die einzelnen Kriterien einer PTBS einer kritischen Überprüfung unterzieht. Dies ist nicht geschehen.

Darüber hinaus sind auch - worauf schon die Beklagte hingewiesen hat - die Ausführungen zum Vorliegen einzelner Kriterien einer PTBS nicht überzeugend.

So hat Prof. Dr. S. in Bezug auf die zur Diagnose einer PTBS erforderlichen Intrusionen (B-Kriterien, von denen mindestens eines vorliegen muss) nur das sogenannte B.5-Kriterium (körperliche Reaktionen bei Konfrontation mit internen oder externen Reizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder diesem ähnlich sind) bejaht, allerdings auch nur "partiell". Grundlage ist - so die Ausführungen des Sachverständigen - die bloße Angabe des Klägers gewesen, "es gebe Schwindel", "manchmal werde ihm sogar schon auf einem Stuhl schwindelig, sobald seine Füße vom Boden weg seien". Dabei hat der Sachverständige ausdrücklich dokumentiert, dass im Rahmen der Exploration derartige Vorgänge nicht zu beobachten gewesen seien. Damit fehlt es aber an einem konkreten Nachweis für eine derartige Erscheinung, so dass das B.5-Kriterium bereits nicht nachgewiesen ist, auch nicht "partiell". Schon dies schließt die Diagnose einer PTBS aus.

Die Annahme des Sachverständigen, insoweit sei in den ersten Monaten und Jahren eine deutlich stärkere Symptomatik vorhanden gewesen (Bl. 85 LSG-Akte), hält ebenfalls einer Prüfung nicht stand. Gerade für die ersten Jahre nach dem Unfall liegen fachliche Dokumentationen vor. Der erstmalig konsultierte Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. J. beschrieb psychische Beschwerden des Klägers erstmals für September 2005 in Form von phobischen Symptomen im Sinne einer Akrophobie (Höhenangst), nicht aber Schwindelerscheinungen. Der Psychologe Dr. P. gab in seinem Bericht gegenüber der Beklagten die Beschwerdeangaben des Klägers bei dessen Vorstellungen im Januar 2006 und Januar 2007 wieder, Schwindelerscheinungen erwähnte er nicht. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie S. dokumentierte anlässlich seiner gutachterlichen Untersuchung des Klägers im Oktober 2007 ausführlich die Beschwerden des Klägers. Schwindelerscheinungen gehörten nicht dazu. Damit fehlt es für die Annahme des Sachverständigen, es habe in Bezug auf das B.5-Kriterium in den ersten Monaten und Jahren eine deutlich stärkere Symptomatik vorgelegen, an jeglichem Beleg.

Darüber hinaus hat Prof. Dr. S. auch nicht begründet, warum es sich bei derartigen Schwindelerscheinungen um eine dissoziative Reaktion und damit um eine Traumafolge handeln soll. Angesichts der vielfältigen Ätiologie von Schwindelerscheinungen ist der Sachverständige insoweit eine nähere Begründung schuldig geblieben, so dass seine Ausführungen spekulativ anmuten. Insbesondere fehlt eine Auseinandersetzung im Rahmen der Diskussion des B.5-Kriteriums mit der sowohl von Dr. E. als auch von Prof. Dr. S. selbst diagnostizierten generalisierten Angststörung und dem Aspekt, dass der angegebene Schwindel - was sich aus den Ausführungen von Dr. E. ergibt - hiermit im Zusammenhang steht. Denn Dr. E. hat die Beschwerden des Klägers zur Konkretisierung seiner Ängste und damit die konkreten Symptome der Angststörung zusammenhängend aufgelistet (Bl. 28 SG-Akte: wenn er das Haus verlasse empfinde er eine Beklemmung mit Schwitzen, Zittern, Mundtrockenheit, Schwindel, Schreckhaftigkeit und Angst, die Kontrolle zu verlieren) und damit die Schwindelerscheinungen des Klägers der Angststörung zugeordnet. Zum selben Ergebnis gelangt Prof. Dr. S. dann am Ende seiner Ausführungen zur PTBS (Bl. 88 LSG-Akte), wenn er ausführt, die jetzt noch bestehende Symptomatik mit Schwindel, die in der Untersuchungssituation nicht zu beobachten sei, sei der generalisierten Angststörung zuzuordnen.

Das C-Kriterium für die Diagnose einer PTBS (Vermeidung) hat der Sachverständige für den Untersuchungszeitpunkt verneint (Bl. 86 LSG-Akte), für die ersten zwei bis drei Jahre nach dem Unfall aber mit "höherer Wahrscheinlichkeit" als erfüllt angesehen. Damit ist selbst unter Zugrundelegung dieses Gutachtens der Nachweis (Vollbeweis, also eine mit an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit, s. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Auflage, § 128 Rdnr. 3 b) des C-Kriteriums nicht geführt. Auch deshalb kann das Vorliegen einer PTBS nicht bejaht werden.

Im Übrigen bleibt der Sachverständige eine Begründung für seine Annahme, die erforderlichen drei von sieben Einzelkriterien seien in der Vergangenheit wahrscheinlich erfüllt, schuldig, insbesondere ist die Bejahung des C.1-Kriteriums (Vermeidung von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Erinnerung stehen) nicht nachvollziehbar. So begründet der Sachverständige seine Beurteilung damit, dass der Kläger zeitnah über die Geschehnisse ohne erkennbare Schwierigkeiten berichtet habe. Zugleich werde eine angebotene Psychotherapie nicht angenommen. Verschiedene juristische und gerichtliche Auseinandersetzungen seien geführt worden, in deren Rahmen sich der Proband mit dem Trauma aktiv beschäftigt habe. Gestützt hat sich der Sachverständige dann allein auf die Angabe des Klägers über ein emotionales Vermeidungsverhalten im Fragebogen, obwohl er selbst - wie eingangs bereits dargelegt - auf die Diskrepanzen zwischen den Angaben im Fragebogen und den Angaben in der Exploration hingewiesen hat. Ähnliches geschieht in Bezug auf das bejahte C.7-Kriterium (Fehlen einer Zukunftsperspektive). Die Angabe des Klägers, er habe mit dem Sturz alles verloren, auch seine Persönlichkeit, hat der Sachverständige nicht hinterfragt. Insbesondere ist er auf die aktenkundigen unfallunabhängigen Beschwerden des Klägers, die vor und nach dem Arbeitsunfall zu längerer Arbeitsunfähigkeit führten, nicht eingegangen und er hat auch außer Acht gelassen, dass es durch den Sturz in körperlicher Hinsicht lediglich zu Prellungen kam, die in der Folgezeit dem normalen Heilungsverlauf entsprechend folgenlos ausheilten (siehe das Gutachten von Dr. T.). Entsprechend ist von der TK in ihrer Information über Arbeitsunfähigkeitszeiten auch nur eine Arbeitsunfähigkeit für die Zeit des stationären Aufenthaltes (03.06. und 04.06.2005) dokumentiert. Die nachfolgende Zeit der Arbeitsunfähigkeit ab 06.06.2005 wurde - ähnlich wie die davor liegende, mehr als ein halbes Jahr dauernde (vom 21.09.2004 bis 19.04.2005) Arbeitsunfähigkeit (wegen Kreuzschmerzen) - mit der führenden Diagnose eines Bandscheibenvorfalles begründet (und lediglich an zweiter Stelle mit dem Unfall vom 03.06.2005). Dabei gibt es keinerlei Hinweise, dass es bei dem Arbeitsunfall zu einer Verletzung der Wirbelsäule, insbesondere zu einem Bandscheibenvorfall kam (vgl. das Gutachten von Dr. R. und das Gutachten von Dr. T.). Selbst der Kläger behauptet dies nicht. Angesichts der auf orthopädischem Fachgebiet nur feststellbaren Prellungen als Gesundheitserstschaden mit maximaler Dauer der Arbeitsunfähigkeit von drei Monaten, also bis 02.09.2005, lässt sich die weiterreichende Arbeitsunfähigkeit bis Januar 2006 nicht auf den Unfall zurückführen. Hinzu kommt, dass der Sachverständige - wie bereits dargelegt - an

anderer Stelle (Bl. 75 LSG-Akte) die Neigung des Klägers thematisiert hat, seine Probleme generell auf den Sturz zurückzuführen. Dementsprechend vermag der Senat dem Sachverständigen nicht zu folgen, wenn er allein auf Grund der Behauptung des Klägers, er habe mit den Sturz alles verloren, auch seine Persönlichkeit, als Kriterium zur Bejahung einer PTBS heranzieht.

Der Sachverständige verneint aktuell auch das Vorliegen des D-Kriteriums (psychovegetative Übererregung), weil von mindestens zwei erforderlichen Einzelkriterien nur das D.1-Kriterium (Schlafstörungen) vorliege. Auf welcher Tatsachengrundlage er am Ende dieser Prüfung annimmt, für die ersten zwei, drei Jahre nach dem Unfall sei das Vorliegen (von mindestens zwei Einzelkriterien) anzunehmen, erschließt sich nicht.

Schließlich begründet der Sachverständige seine Abweichung zur Beurteilung von Dr. E. allein durch seine spezielle Exploration. Auch an dieser Stelle geht der Sachverständige nicht auf die dargelegten Diskrepanzen zwischen den Angaben des Klägers in der eigentlichen Exploration und den Angaben des Klägers in den Fragebögen sowie den sonstigen Auffälligkeiten ein. Aus welchen Gründen seine spezielle Exploration mit inkonsistenten Angaben des Klägers die gestellte Diagnose tragen soll, obwohl Dr. E. eine vergleichbare Verhaltensweise des Klägers in der Exploration beschrieben (in der Interaktion zurückhaltend, verschlossen und wortkarg) und eine PTBS verneint hat, erschließt sich nicht.

Im Ergebnis ist somit das Vorliegen einer PTBS nicht nachgewiesen. Dies gilt auch unter Berücksichtigung der vom Psychologen Dr. P. gegenüber der Beklagten erteilten Auskunft. Die dort beschriebene Symptomatik in Bezug auf eine PTBS, insbesondere die Angabe von Alpträumen und Flashbacks, hat sich - worauf das Sozialgericht in den Gründen seiner Entscheidung zutreffend hingewiesen hat - im Rahmen der Sachaufklärung nicht verifizieren lassen. So hat Dr. E. in ihrem Gutachten dargelegt, dass sich im Rahmen der Exploration des Klägers auch auf mehrmaliges Nachfragen das Vorliegen von Flashbacks nicht nachweisen ließ, sondern lediglich Alpträume, die die diagnostischen Kriterien für Flashbacks nicht erfüllen. Im Übrigen hat selbst Prof. Dr. S. Flashbacks verneint (Bl. 84 LSG-Akte, B.1-Kriterium).

Soweit Prof. Dr. S. von einer (zumindest leichtgradigen) unfallbedingten Verstärkung einer vorbestehenden depressiven Symptomatik bzw. einer vorbestehenden Schmerzsymptomatik ausgeht, überzeugt dies nicht. Eine konkrete Beschwerdeentwicklung anhand aktenkundiger Befunde legt der Sachverständige nicht dar. Er schließt lediglich aus beim Kläger aufgetretenen Problemen (Verlust des Arbeitsplatzes, Tod der Mutter, frühere Trennungserfahrungen) und der später aufgetretenen, insbesondere vom Arzt für Neurologie und Psychiatrie S. diagnostizierten Depression sowie den tatsächlich vorliegenden Schmerzzuständen auf einen entsprechenden ursächlichen Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall (Bl. 99 f. LSG-Akte). Hintergrund ist die vom Sachverständigen zuvor dargelegte allgemeine Erkenntnis über die Entstehung depressiver Störungen (Bl. 98 LSG-Akte). Der Sachverständige legt damit nur die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs dar. Belastbare, auf den konkreten Fall des Klägers bezogene Tatsachen, die die Wahrscheinlichkeit eines derartigen ursächlichen Zusammenhangs begründen könnten, führt der Sachverständige nicht an. Dabei weist er selbst darauf hin, dass die Bedeutung der verschiedenen Faktoren von Patient zu Patient variieren kann (Bl. 98 LSG-Akte). Mangels einer konkreten, also gerade für den Fall des Klägers, durch aktenkundige Befunde begründeten Darstellung der postulierten Verstärkung einer vorbestehenden depressiven Symptomatik bzw. einer vorbestehenden Schmerzsymptomatik ist die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und der depressiven Störung bzw. den Schmerzen des Klägers zu verneinen.

Lediglich ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass sich ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Verlust des Arbeitsplatzes und den (körperlichen) Folgen des Sturzes nicht feststellen lässt. Insoweit ergeben sich nämlich - wie bereits erwähnt - aus den dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten mehrere frühere und spätere Arbeitsunfähigkeitszeiten, die mit dem Arbeitsunfall nicht in Zusammenhang stehen. Unmittelbar vor dem Arbeitsunfall war der Kläger mehr als ein halbes Jahr wegen Kreuzschmerzen arbeitsunfähig (vom 21.09.2004 bis 19.04.2005). Die Entlassung durch seinen damaligen Arbeitgeber erfolgte - so die Angaben des Klägers gegenüber Prof. Dr. S. - bereits im Juli 2005 gegen Entschädigung. Zu diesem Zeitpunkt war für die damalige Arbeitsunfähigkeit nach den Angaben der TK bereits der unfallunabhängige Bandscheibenvorfall führend. Wenn ihm somit - so seine Angaben gegenüber dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie S. - vom Arbeitgeber wegen langer Arbeitsunfähigkeitszeiten gekündigt wurde, so aus unfallunabhängigen Gründen.

Die von Prof. Dr. S. beschriebene Höhenangst ist nicht wesentlich auf den Unfall zurückzuführen. Dr. E. hat insoweit ausgeführt, dass eine isolierte Phobie gerade nicht vorliegt, sondern eine generalisierte Angststörung, eine Diagnose, die Prof. Dr. S. bestätigt hat. Soweit Prof. Dr. S. die Höhenangst als Restsymptom einer PTBS ansieht (Bl. 99 f. LSG-Akte), vermag der Senat dieser Beurteilung schon deshalb nicht zu folgen, weil - wie dargelegt - eine PTBS gerade nicht feststeht und Prof. Dr. S. an anderer Stelle seines Gutachtens diese (angenommene) Restsymptomatik in Form von Schwindel der generalisierten Angststörung zuordnet (Bl. 88 LSG-Akte), die er - in Übereinstimmung mit Dr. E. - als unfallunabhängig wertet (Bl. 101 LSG-Akte). Vor diesem Hintergrund vermag der Senat eine eventuelle Höhenangst lediglich - wie Dr. E. - der unfallunabhängigen generalisierten Angststörung zuzuordnen. Damit liegt auch insoweit keine Unfallfolge vor.

Im Ergebnis gelangt der Senat somit zu der Überzeugung, dass beim Kläger keine Gesundheitsstörungen vorliegen, die auf den Arbeitsunfall zurückzuführen sind. Mit dem Arbeitsunfall im Zusammenhang standen lediglich die von der Beklagten im angefochtenen Bescheid bereits anerkannten Gesundheitserstschäden in Form von diversen Prellungen. Dauerhafte funktionelle Einschränkungen ergaben sich hieraus nicht. Eine MdE über die 26. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus hat zu keinem Zeitpunkt bestanden. Damit scheidet auch ein Anspruch auf Verletztenrente unter Berücksichtigung eines Stützrententatbestandes aus.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-02-03