L 10 U 4356/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 1 U 7230/06
Datum
30.05.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 4356/12
Datum
16.06.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 30.05.2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von Verletztenrente streitig.

Die am 1949 geborene, bei der Beklagten damals als Unternehmerin (Betrieb eines Grillimbisses) versicherte Klägerin wurde am 15.07.2003 gegen 16.30 Uhr in ihrem Betrieb Opfer eines Raubüberfalls. Dabei schlug der Täter mit einem harten Gegenstand mehrmals auf den Kopf der Klägerin ein und bedrohte sie mit einem Messer. Der Täter, der schließlich mit der Kasse flüchtete, wurde noch am selben Tag festgenommen und durch Urteil des Landgerichts S. vom 18.12.2003 wegen schweren Raubes in Tateinheit mit schwerer Körperverletzung zu einer Freiheitsstrafe verurteilt. Die Klägerin sagte im Strafprozess als Zeugin aus. Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetzt sind bestandskräftig abgelehnt (s. Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 21.02.2013, L 6 VG 3324/12, Bl. 26 ff. LSG-Akte).

Bei dem Überfall erlitt die Klägerin eine Schädelprellung, Kopfplatzwunden sowie eine Prellung des linken Handgelenks (vgl. Durchgangsarztbericht des Dr. M. , Chefarzt der Chirurgischen Klinik im Kreiskrankenhaus L. , vom 16.07.2003; Bl. 3 VerwA). Wegen des Verdachts auf eine Commotio cerebri wurde die Klägerin im Kreiskrankenhaus L. stationär aufgenommen und bis 18.07.2003 behandelt. Im Zwischenbericht vom 23.07.2003 (Bl. 4 VerwA) berichtete Dr. M. , dass die Klägerin äußerst schreckhaft und ängstlich gewesen sei, eine vorausgegangene Depression bekannt sei und der auf Grund der Befundkonstellation hinzugezogene Neurologe eine akute posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert und eine Verlegung ins Zentrum für Psychiatrie C. empfohlen habe. Dort wurde die Klägerin, die an ausgeprägten Anspannungszuständen und Schreckhaftigkeit sowie ausgeprägten Schlafstörungen litt, zunächst vom 18.07.2003 bis zum 28.08.2003 stationär unter der Diagnose einer PTBS behandelt. Nachdem die erfolgte Probeentlassung abgesehen von nächtlichen Angstattacken zufriedenstellend verlief, erfolgte nach Fortführung der Behandlung ab 01.09.2003 die Entlassung schließlich am 05.09.2003. Wegen zu Hause erlittenen erheblichen Angstattacken wurde die Klägerin am 07.09.2003 notfallmäßig wieder aufgenommen und erneut stationär, und zwar bis 26.09.2003 behandelt. Ausweislich des Behandlungsberichts des Dr. S. , Chefarzt im Zentrum für Psychiatrie C. , vom 01.10.2003 (Bl. 46/48 VerwA) wurden in dieser Behandlungszeit nun zusätzliche psychosoziale Konflikte (unabhängig von der Auslösesituation für die akute Symptomatik) deutlich. Insoweit führte er die Belastung durch den Überfall des Mannes, der schwer verletzt worden, danach wesensverändert war und schließlich verstarb, die berufliche Überlastung seit Erkrankung des Ehemannes mit Aufgabe der geführten Restaurants, die wohl aktuell problematische Führung des Imbisses sowie familiäre Konflikte auf. Vor dem Hintergrund dieser sich summierenden Belastungsfaktoren, die zur Schwere und Dauer der Symptomatik beitrügen, sei eine rasche Entlassung nicht zu verantworten gewesen. Sinnvoll sei eine Überführung in eine tagesklinische Behandlung. Dementsprechend wurde die Klägerin am 01.10.2003 in die teilstationäre Behandlung der Psychiatrischen Tagesklinik B. mit dem Ziel einer guten Traumaverarbeitung, einem Aktivitätenaufbau, der Stärkung der Konfliktfähigkeit und der Reintegration in die Berufsfähigkeit aufgenommen (vgl. Stellungnahme des Dr. F.-E. , Leitender Arzt der Tagesklinik B. , vom 04.12.2003, Bl. 124 VerwA, der zu diesem Zeitpunkt von einer Behandlungsdauer von zwei weiteren Monaten ausging).

Auf Veranlassung der Beklagte erstattete Prof. Dr. S. , Neurologe und Psychiater, ein Zusammenhangsgutachten auf Grund einer am 18.11.2003 erfolgten Untersuchung. Er beschrieb neben in der Zwischenzeit ausgeheilten Narbenkopfschmerzen eine PTBS, die in unmittelbarem zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang (Angst vor Fremden) mit dem Überfall aufgetreten sei. Die Symptome hätten, wie häufig, in der Zwischenzeit eine Ausweitung erfahren, die nicht ursächlich auf das Überfallereignis zurückzuführen seien. So beklage die

Klägerin nunmehr weitergehende Ängste, nämlich vor Reisen und Menschenansammlungen, die nicht ursächlich auf das Unfallereignis zurückgeführt werden könnten. Eine psychisch relevante Vorerkrankung habe nicht vorgelegen. Die Klägerin neige zwar zu eindringlicher und teilweise überzogener Beschwerdeschilderung, jedoch erreichten diese Auffälligkeiten nicht das Ausmaß einer Diagnose. Soweit sich bei der neuropsychologischen Untersuchung erhebliche Leistungsminderungen in fast allen untersuchten Bereichen entsprechend einer schweren demenziellen Entwicklung gezeigt hätten, kontrastiere dies eindeutig mit dem agilen Verhalten der Klägerin in und außerhalb der Untersuchungssituation. Arbeitsunfähigkeit auf Grund des Überfalls sei bis zum Ende der stationären Behandlung im Zentrum für Psychiatrie C. (26.09.2003) anzunehmen. Im Hinblick auf die weiterhin vorhandene klinisch relevante Angstsymptomatik, bestehe weiterhin Behandlungsbedürftigkeit, wobei nun ein Expositionstraining angezeigt sei. Bei der Klägerin bestehe im Übrigen ein deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn, indem sie von den Alltagsaufgaben weitgehend entbunden sei und sich mehrere Familienmitglieder um sie kümmerten, was zweifelsfrei regressive Tendenzen fördere. In dem darüber hinaus eingeholten psychologischen Zusatzgutachten führte die Dipl.-Psychologin M. zusammenfassend aus, dass die Verhaltensbeobachtung, die Exploration und die Ergebnisse der persönlichkeitsdiagnostischen Verfahren auf eine histrionische Persönlichkeitsstruktur mit ausgeprägten Tendenzen zur Dramatisierung hinwiesen.

Nachfolgend berichtete Dr. F.-E. in seiner Stellungnahme vom 16.12.2003 (Bl. 135 VerwA) von einer allmählichen Besserung und über ein Expositionstraining, dessen Beginn im neuen Jahr geplant sei. Unter dem 17.02.2004 (Bl. 146 VerwA) führte er dann aus, dass die zunächst für den 13.02.2004 vorgesehene Entlassung auf Grund einer erneuten depressiven Dekompensation (vermutlicher Auslöser retraumatisierendes Erlebnis, Klägerin sei Zeugin eines Raubüberfalls im Supermarkt in ihrer Straße geworden) nicht habe umgesetzt werden können. Ausweislich des Abschlussberichts des Dr. F.-E. vom 02.03.2004 (Bl. 160/162 VerwA) erfolgte die Entlassung der Klägerin schließlich am 27.02.2004 in ausreichend stabilisiertem Zustand, wobei die behandelnden Ärzte von einer günstigen Prognose ausgingen. Bei Fortführung einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung hielten sie nach weiterer Stabilisierung die Wiederaufnahme der bisherigen Berufstätigkeit für denkbar. Im Abschlussbericht ist weiter ausgeführt, dass sich die Klägerin als Persönlichkeit mit viel Temperament und ausgeprägtem eigenen Willen gezeigt habe. Histrionische Anteile im Sinne eines starken emotionalen Auslebens erlebter Gefühle seien sicher als Erklärung für die zeitweilig vorhandene Tendenz der Aggravierung der bestehenden Symptome zu werten. Sie sei in ihrem Anliegen bestärkt worden, im Prozess des Täters auszusagen, was ihr mit Hilfe ihres Sohnes gut gelungen sei und ihr die Möglichkeit gegeben habe, eine neue Wahrnehmung des ursprünglich als bedrohlich erlebten Täters zu erarbeiten.

Nachfolgend stellte sich die Klägerin bei dem Neurologen und Psychiater Dr. K. vor, der am 31.03.2004 und fortlaufend Arbeitsunfähigkeit wegen PTBS bescheinigte. Unter dem 26.04.2004 berichtete er der Beklagten von einer antidepressiven Medikation (Remergil, Trevilor) und psychiatrischen Gesprächen, wobei es der Klägerin weiterhin nur mit Mühe möglich sei, ohne Panikattacken an ihrem früheren Arbeitsplatz zu erscheinen. Es sei vorgesehen, mit Hilfe von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen eine schrittweise Besserung der psychischen Beeinträchtigungen zu erreichen. Unter dem 11.05.2004 berichtete er von einem weiterhin bestehenden agitiert-depressiven Zustandsbild mit Panikattacken, wobei eine ambulante Verhaltenstherapie vorgesehen sei, und unter dem 23.08.2004 vom Vorliegen einer schweren chronifizierten PTBS. Die Dipl.-Psychologin G.-S. berichtete unter dem 12.09.2004 schließlich von der Aufnahme einer verhaltenstherapeutischen Behandlung am 09.06.2004 wegen PTBS (Klägerin gut motiviert, strebe nach eigenen Angaben einen beruflichen Wiedereinstieg an). Im Hinblick auf einen möglichen Behandlungserfolg führte sie aus, dass in der Mehrzahl der Fälle eine Heilung erwartet werden könne, wobei sie empfehle, insoweit im März 2005 erneut nachzufragen.

Nachdem die Beklagte im Oktober 2004 Kenntnis von der Aufgabe des Imbissbetriebs erlangt hatte, fand am 09.12.2004 ein Gespräch zwischen einem Mitarbeiter der Beklagten und der Klägerin statt, im Rahmen dessen sie angab, sie sehe sich zu einer Erwerbstätigkeit mittelfristig nicht mehr in der Lage.

Mit Bescheid vom 15.12.2004 beendete die Beklagte die Zahlung von Verletztengeld mit Ablauf des 10.01.2005. Der dagegen eingelegte Widerspruch der Klägerin blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 29.06.2006), ebenso das vor dem Sozialgericht Stuttgart (SG) geführte Klageverfahren S 1 U 5508/06 (Urteil vom 30.05.2007). Das Berufungsverfahren (L 10 U 3797/07) beim Landessozialgericht (LSG) endete am 27.11.2007 durch Abschluss eines Vergleichs, im Rahmen dessen die Beklagte sich zur Prüfung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verpflichtete und die Klägerin die Berufung zurücknahm.

Zur Frage der Rentenberechtigung der Klägerin veranlasste die Beklagte das nervenärztliche Gutachten der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. , die die Klägerin am 01.04.2005 untersuchte. Die Gutachterin ging diagnostisch von einer Anpassungsstörung, einer mittelschweren depressiven Episode, einer Somatisierungsstörung, einer histrionischen Persönlichkeit sowie einem organischen HWS- und LWS-Syndrom aus. Weiter führte sie aus, bei der Klägerin bestehe eine histrionisch-depressive Persönlichkeitsstruktur, vor deren Hintergrund sich aus der anfänglichen Symptomatik einer PTBS bei vorhandenem ausgeprägtem sekundärem Krankheitsgewinn eine Anpassungsstörung mit depressiven Anteilen entwickelt habe. Größtenteils bestehe ein Zusammenhang zwischen diesen Gesundheitsstörungen und dem Unfall. Es sei jedoch anzunehmen, dass die Unfallfolgen unter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bis Ende des Jahres 2005 in den Hintergrund träten, so dass eine eventuelle weitere Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit im Wesentlichen durch eine persönlichkeitsbedingte Fehlverarbeitung des Unfallgeschehens bedingt, also unfallunabhängig sei. Derzeit sei die Symptomatik Folge des Unfalls. Allerdings habe die Verarbeitung des Unfalls angefangen, eine falsche Entwicklung zu nehmen mit pathologischer Regression und Abhängigkeit vom Sohn, was zu weiterer Fehlentwicklung führen könne. Dr. S. schätzte die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ab Wiedereintritt von Arbeitsfähigkeit für drei Monate auf 50 vom Hundert (v.H.) und danach mit 30 v.H. ein, wobei dann eine Überprüfung erforderlich sei.

Zu diesem Gutachten holte die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. H. ein, der es auf Grund vielfältiger Unstimmigkeiten zwischen den reklamierten Beschwerden und dem tatsächlichem Auftreten der Klägerin für schwierig erachtete, die gestellte Diagnose einer weiterhin unfallbedingten Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik nachzuvollziehen. Es stelle sich die Frage, inwieweit der von der Gutachterin beschriebene sekundäre Krankheitsgewinn im Zusammenhang mit der prämorbiden Persönlichkeitsstruktur der Klägerin die geschilderte Beschwerdelage unterhalte. Seines Erachtens wiesen die Ergebnisse der Begutachtung darauf hin, dass nun prätraumatische, unfallfremde seelische Faktoren das Beschwerdebild bestimmten. Hierzu äußerte sich Dr. S. ergänzend dahingehend, dass bei der Klägerin eine multifaktoriell begründete Störung vorliege, wobei neben der Persönlichkeit der Klägerin der Überfall vom 15.07.2003 ein wesentlicher Faktor darstelle. Vor dem Unfall habe die Klägerin ihre Arbeit mit Hingabe und Erfolg durchgeführt. Der Unfall habe zu einer psychischen Entgleisung geführt, wobei zu der pathologischen Regression auch

die Anpassungsstörung gehöre. Eine Angststörung im Sinne einer selbständigen Krankheitseinheit bestehe demgegenüber nicht. Bei der Aufrechterhaltung des Beschwerdebildes spielten allerdings unbewusste Ängste, den sekundären Krankheitsgewinn zu verlieren, eine Rolle, wobei diese auch Folge des Unfalls seien, da die ganze psychische Entgleisung Folge des Traumas sei.

Vor dem Hintergrund der im beigezogenen Vorerkrankungsverzeichnisses aufgeführten Behandlung der Klägerin wegen eines Erschöpfungssyndroms 1996 und der im Entlassungsbericht des Kreiskrankenhauses L. dokumentierten vorbestehenden Depression führte die Beklagte weitere Ermittlungen zu Vorerkrankungen von nervenärztlicher Seite durch und zog den Arztbrief des Dr. K. , Kurklinik am O. , vom 16.02.1996 (Bl. 281 f. VerwA) über die stationäre Behandlung vom 06.01. bis 17.02.1996 (Diagnosen: u.a. psychovegetativer Erschöpfungszustand) bei und holte u.a. Auskünfte bei dem Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. B. (Behandlung wegen Depression bzw. psychischen Beschwerden im September 1994, im Februar, Mai und November 1995, Mai 1996 und Juni 1997) und dem Arzt für Innere Medizin Dr. D. (Oktober 2000: Diagnose einer Erschöpfungsdepressionen in Begleitung von Wirbelsäulenbeschwerden; antidepressive Medikation mit Trevilor ab 27.03.2001 nahezu regelmäßig bis November 2001, erneut ab Februar 2004) ein.

Sodann holte die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. H. , Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, ein. Dieser teilte die Einschätzung der Dr. S. insoweit, als es sich bei der anfänglichen Symptomatik der Klägerin um eine PTBS gehandelt habe. Da die diagnostizierte Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik, Somatisierungsstörung nach ICD-10 (F43.21) auf maximal zwei Jahre nach einem belastenden Ereignis begrenzt sei, sei die von Dr. S. bescheinigte Anpassungsstörung auf unfallfremde Faktoren, nämlich auf eine vor dem Unfall psychisch auffällige, mit krankheitswertigen Symptomen versehene Persönlichkeit (histrionisch-depressive Persönlichkeitsstörung mit Neigung zu depressiven Verstimmungen) zurückzuführen. In Unkenntnis des Vorerkrankungsverzeichnisses sei die Gutachterin lediglich von einer histrionisch-depressiven Persönlichkeitsstruktur, nicht aber von einer entsprechenden Störung ausgegangen. Der Unfall habe der Klägerin die Möglichkeit des Rückzugs aus dem Beruf und der Delegation von Verantwortung an den Sohn geboten. Die Klägerin sei bis maximal 13.02.2004 arbeitsunfähig gewesen; danach habe keine PTBS mehr bestanden und das Zustandsbild sei von der in der Primärpersönlichkeit verankerten histrionisch-depressiven Persönlichkeitsstörung mit Neigung zu depressiven Verstimmungen beherrscht gewesen. Die PTBS habe nicht zu einer dauerhaften MdE geführt.

Mit Bescheid vom 04.07.2006 lehnte es die Beklagte sodann ab, der Klägerin aus Anlass des Überfalls vom 15.07.2003 Verletztenrente zu gewähren. Sie anerkannte als Folgen des Arbeitsunfalls "Z.n. posttraumatischer Belastungsstörung" und führte weiter aus, dass die Unfallfolgen im Wesentlichen abgeklungen seien. Die "behandlungsbedürftigen Depressionen" seien nicht Folgen des Arbeitsunfalls. Der dagegen eingelegte Widerspruch der Klägerin wurde mit Widerspruchsbescheid vom 31.08.2006 zurückgewiesen. Wesentliche Unfallfolgen, die eine MdE um wenigstens 20 v.H. bedingten, seien nicht verblieben.

Am 29.09.2006 hat die Klägerin dagegen beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage erhoben. Sie hat geltend gemacht und ausführlich dargelegt, dass eine PTBS auch noch über den 13.02.2004 hinaus bestanden habe, sie vor dem Unfall nicht an einer Depression gelitten habe, eine Persönlichkeitsstörung nicht vorliege und auch nicht von einem sekundären Krankheitsgewinn auszugehen sei.

Mit Urteil vom 30.05.2007 hat das SG die allein auf die Gewährung von Verletztenrente gerichtete Klage abgewiesen. Es sei nicht zu beanstanden, dass die Beklagte die Gewährung von Verletztenrente wegen der als Unfallfolge anerkannten PTBS abgelehnt habe. Denn die entsprechenden Symptome seien nach Beendigung der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit bzw. der Verletztengeldzahlung abgeklungen. Die hiernach zwar möglicherweise bestehende Anpassungsstörung mit depressiven Episoden sei nicht auf den Überfall vom 15.07.2003 zurückzuführen, sondern habe ihre Grundlage in der schon davor bestehenden histrionisch-depressiven Persönlichkeitsstruktur der Klägerin, die schon vor dem Überfall mehrmals wegen depressiver Episoden für längere Zeiträume medikamentös behandelt worden sei, was den Berichten von Dr. K. , Dr. B. und Dr. D. zu entnehmen sei. Zudem bestünden unfallunabhängig zusätzliche soziale Konflikte, insbesondere durch den Tod des Ehemannes 1999 nach einem Überfall mit nachfolgender Wesensänderung sowie familiäre Konflikte mit dem Sohn. Soweit Dr. S. eine von ihr angenommene Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik als größtenteils unfallursächlich angesehen habe, überzeuge dies nicht.

Gegen das ihr am 10.07.2007 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 02.08.2007 beim Landessozialgericht (LSG) Berufung (L 10 3802/07) eingelegt. Sie hat ihren Standpunkt aus dem Klageverfahren wiederholt und vertieft und auf ihre robuste und wenig anfällige Seele hingewiesen, was daran deutlich werde, dass sie in den 80er-Jahren in ihrer damaligen Gaststätte in mindestens 15 Massenschlägereien verwickelt gewesen sei und gleichwohl nie unter einer psychischen Erkrankung gelitten habe, obwohl das Sondereinsatzkommando der Polizei und der Notarztwagen praktisch Stammgast gewesen seien.

Im Hinblick auf die in dem Verfahren L 10 U 3797/07 (Vergleich vom 27.11.2007) vereinbarte Prüfung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hat der Senat auf Antrag der Beteiligten das Ruhen des Verfahrens angeordnet. Mit Schriftsatz vom 18.10.2012 hat die Klägerin das Verfahren wieder angerufen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 30.05.2007 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 04.07.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31.08.2006 zu verurteilen, der Klägerin Verletztenrente ab 11.01.2005 zu gewähren hilfsweise ein psycho-physiologisches Gutachten einzuholen und das Gutachten des MDK vom September 2004 beizuziehen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochten Entscheidung für zutreffen.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten, der Akten beider Rechtszüge sowie der Akten der im Übrigen aufgeführten Verfahren verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 Abs. 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß den §§ 143, 144 SGG statthafte Berufung der Klägerin ist zulässig, sie ist jedoch nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 04.07.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31.08.2006 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat wegen der gesundheitlichen Folgen des am 15.07.2003 erlittenen Raubüberfalls keinen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente.

Anspruchsgrundlage für das geltend gemachte Begehren auf Verletztenrente ist § 56 Abs. 1 Satz 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente (§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nach § 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern. Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII).

Versicherungsfälle sind nach § 7 Abs. 1 SGB VII Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind nach § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit).

Bei dem Ereignis vom 15.07.2003, bei dem die Klägerin im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit als Betreiberin des Imbisses Opfer eines Raubüberfalls wurde, handelt es sich um einen Arbeitsunfall in diesem Sinn. Dies ist zwischen den Beteiligten unstreitig. Die Beklagte hat dieses Ereignis in dem angefochtenen Bescheid auch selbst als "Arbeitsunfall" bezeichnet und als dessen Folge einen "Z.n. posttraumatischer Belastungsstörung" anerkannt. Streitig ist zwischen den Beteiligten dementsprechend lediglich, ob die PTBS, die nach den weiteren Ausführungen "im Wesentlichen abgeklungen" sei, bzw. den Folgen auch weiterhin besteht und über das Ende des Verletztengeldanspruchs hinaus, d.h. auch noch nach den 10.01.2006, die Erwerbsfähigkeit der Klägerin in einem rentenberechtigenden Ausmaß einschränkt bzw. eine solche Einschränkung ggf. durch andere Unfallfolgen bedingt ist.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbe-gründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit) und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung erwiesen sein, d.h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 30.04.1985, 2 RU 43/84 in SozR 2200 § 555a Nr. 1). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 30.04.1985, a.a.O.); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, B 2 U 47/98 R in SozR 3-1300 § 48 Nr. 67; Urteil vom 02.05.2001, B 2 U 16/00 R in SozR 3-2200 § 551 Nr. 16). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.1988, 2/9b RU 28/87 in SozR 2200 § 548 Nr. 91). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, 2 RU 31/90 in SozR 3-2200 § 548 Nr. 11).

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gilt wie allgemein im Sozialrecht für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden die Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 12.04.2005, B 2 U 27/04 R in SozR 4-2700 § 8 Nr. 15). Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden schon aus diesem Grund nicht ursächlich. Andernfalls ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob das versicherte Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinn), z.B. Krankheitsanlagen, so war die versicherte Ursache wesentlich, sofern die unversicherte Ursache nicht von überragender Bedeutung war. Eine überwiegende oder auch nur gleichwertige Bedeutung der versicherten gegenüber der konkurrierenden Ursache ist damit für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs nicht Voraussetzung.

Nach diesen Grundsätzen liegt bei der Klägerin als Folge des Überfalls vom 15.07.2003 ab 11.01.2005 kein Gesundheitsschaden mehr vor, der die Bewertung mit einer MdE um wenigstens 20 v.H. rechtfertigen würde.

Der Senat geht ebenso wie der 6. Senat des LSG in seinem rechtskräftigen (siehe Beschluss des BSG vom 07.08.2013, B 9 V 4/13 BH - Bl. 38ff LSG-Akte) Urteil vom 21.02.2013 in dem Verfahren nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG) L 6 VG 3324/12 (Bl. 26ff LSG-Akte) davon aus, dass die Klägerin auf Grund des Raubüberfalls vom 15.07.2003 zwar eine PTBS erlitt, diese sich jedoch durch die nachfolgenden Behandlungen besserte und bis Februar 2004 weitgehend abklang, das Vorliegen einer Anpassungsstörung nicht nachgewiesen ist und die weiteren psychischen Störungen in Form einer depressiven Erkrankung nicht ursächlich auf dem hier in Rede stehenden Arbeitsunfall beruht. Dies hat der 6. Senat in seinem Urteil ausführlich, zutreffend und fehlerfrei (BSG, Beschluss vom 07.08.2013, a.a.O.) dargelegt. Der Senat nimmt daher hinsichtlich der Einzelheiten zunächst auf diese Ausführungen des 6. Senats Bezug.

Die ursprünglich vorhandene PTBS war auch nach Überzeugung des Senats bereits im Februar 2004 abgeklungen und führte im hier streitigen Zeitraum ab 11.01.2005 zu keinen rentenrelevanten Einschränkungen mehr. Dies entnimmt der erkennende Senat - ebenso wie der 6. Senat - insbesondere dem Entlassungsbericht der Psychiatrischen Tagesklinik B. vom 02.03.2004. Danach waren im Anschluss an die stationäre Behandlung im Zentrum für Psychiatrie C. bei Aufnahme in die Tagesklinik am 01.10.2003 keine psychotischen Symptome mehr zu eruieren, auch wenn die Klägerin immer wieder von ängstlichen Bildern des Überfalls überflutet wurde. Gleichwohl äußerte die Klägerin seinerzeit das Anliegen, am Prozess des Täters teilzunehmen und auch als Zeugin auszusagen, wobei sie dann tatsächlich in der mündlichen Verhandlung vor dem Landgericht S. am 08.12.2003 als Zeugin aussagte und sich hierbei persönlich mit dem Täter konfrontierte. Ebenso wie der 6. Senat sieht auch der erkennende Senat in diesem Umstand ein deutliches Anzeichen dafür, dass die von der Klägerin geschilderten Angstzustände, die ärztlicherseits als Symptome der PTBS bewertet wurden, bereits zu diesem Zeitpunkt deutlich abgeklungen waren. Insoweit führte der von der Beklagten hinzugezogene Beratungsarzt Dr. H. in seiner Stellungnahme aus, dass Patienten, die unter einer PTBS leiden, bewusst Gedanken, Gefühle, Gespräche, Aktivitäten, Orte und Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen, vermeiden und bei Konfrontationen mit diesen Belastungen eine intensive psychische oder körperliche Reaktion zeigten. Die Klägerin hat sich mit ihrem Auftreten in der mündlichen Verhandlung aber erfolgreich der größten vorstellbaren psychischen Belastung, nämlich der Konfrontation mit dem Täter und den damit verbundenen Ereignissen im Gerichtssaal gestellt, weshalb sich auch der Senat der Schlussfolgerung des Dr. H. anschließt, dass die behandelnden Ärzte der Psychiatrischen Tagesklinik B. der Klägerin eine solche Konfrontation vor Abschluss einer erfolgreichen Therapie nicht zugemutet hätten. Beachtlich ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Klägerin schon zu Beginn der Therapie in der Tagesklinik B. das für eine PTBS typische Vermeidungsverhalten nicht zeigte, sondern demgegenüber gerade das große Bedürfnis hatte, das Erlebte immer wieder zu schildern. Nachdem die Konfrontation mit dem Täter keinerlei psychische Folgereaktionen bei der Klägerin auslöste und sie sich im weiteren Verlauf der Therapie auch im Alltagsverhalten zutraute, wieder mehr auf die Straße zu gehen, immer wieder ihren Imbiss aufzusuchen und sich dort einige Zeit aufzuhalten und auch wieder an größeren Festen teilzunehmen, ist davon auszugehen, dass die auf dem Überfall vom 15.07.2003 beruhenden Angstsymptome jedenfalls zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Tagesklinik am 27.02.2004 kein krankheitswertiges Ausmaß mehr erreichten. Soweit die ursprünglich für den 13.02.2004 geplante Entlassung nicht umgesetzt wurde, beruhte dies - so die Ausführungen im Entlassungsbericht - darauf, dass die Klägerin zunehmend eine Tendenz zur Hospitalisierung zeigte und glaubte, ohne den Rahmen der Tagesklinik nicht mehr zurecht zu kommen, weshalb der Fokus der Behandlung zuletzt auf der Stärkung der Eigenverantwortung der Klägerin lag und sie schließlich am 27.02.2004 in ausreichend stabilisiertem Zustand mit einer günstigen Prognose entlassen wurde.

Hinweise darauf, dass es in der Folgezeit wieder zu einer wesentlichen Verschlimmerung der Symptome der PTBS kam, die schließlich ab dem streitigen Zeitraum, d.h. ab 11.01.2005, zu einer MdE in einem rentenberechtigenden Grade führten, sind nicht ersichtlich. Entsprechendes ist weder den Ausführungen des behandelnden Neurologen und Psychiaters Dr. K. zu entnehmen noch den Darlegungen der Dipl.-Psychologin G.-S ... So berichtete Dr. K. im April 2004 über die medikamentöse Therapie mit Remergil und Trevilor und psychiatrische Gespräche und damit über eine unveränderte Fortführung der Medikation seit Entlassung aus der Tagesklinik B. und im Mai 2004 über ein weiterhin bestehendes agitiert-depressives Zustandsbild mit Panikattacken und eine deshalb vorgesehene ambulante Verhaltenstherapie, die nach den Ausführungen der Dipl.-Psychologin G.-S. vom 12.09.2004 schließlich zum 09.06.2004 aufgenommen wurde. Diese ging nach ihren weiteren Ausführungen von guten Heilungschancen aus, berichtete von einer guten Motivation der Klägerin und dem von der Klägerin angestrebten beruflichen Wiedereinstieg, wobei sie voraussichtlich im März 2005 Angaben zum Erfolg der Therapie machen könne. Vor diesem Hintergrund vermag der Senat auch aus der Mitteilung des Dr. K. in seinem Schreiben an die Beklagte vom 23.08.2004, wonach bei der Klägerin eine schwere chronifizierte PTBS vorliege, nicht auf eine zuvor eingetretene und über den 10.01.2005 hinaus fortbestehende Verschlimmerung zu schließen. Eine solche Verschlimmerung lässt sich schon nicht den Angaben der Klägerin gegenüber der von der Beklagten mit einer Begutachtung beauftragten Dr. S. entnehmen. Vielmehr gab die Klägerin anlässlich der am 01.04.2005 erfolgten Untersuchung insoweit an, dass ihr Zustand seit Entlassung aus der Tagesklinik B. wesentlich besser geworden sei, sie die psychotherapeutischen Gespräche aber weiterhin brauche, da sie ihr sehr helfen würden. Die hierin zum Ausdruck kommende positive Entwicklung der PTBS-Symptomatik nach Abschluss der tagesklinischen Behandlung wird schließlich auch dadurch bestätigt, dass Dr. S. im Rahmen ihres Gutachtens die Diagnose einer PTBS nicht mehr stellte.

Entgegen der Ansicht der Klägerin begründete die bei ihr auf Grund des Überfalls vom 15.07.2003 erlittene PTBS daher keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Gewährung von Verletztenrente.

Soweit die Klägerin in dem in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Schreiben vom 16.06.2016 Pflichtverletzungen der Beklagten im Sinne einer "Fehlsteuerung" durch die Beklagte geltend macht, rechtfertigen die vorgebrachten Gesichtspunkte keine abweichende Beurteilung. Soweit die Klägerin auf ihren Stress im Zusammenhang mit der Aufgabe ihres Imbisses im November 2003 und den späten Beginn der Verletztengeldzahlung Anfang Dezember 2003 verweist, mag dies einem zügigen Behandlungserfolg nicht zuträglich gewesen sein, gleichwohl waren die nachfolgenden Behandlungen insoweit erfolgreich, als die PTBS - wie bereits dargelegt - nach Abschluss der tagesklinischen Behandlung im Februar 2004 abgeklungen war und jedenfalls ab 11.01.2005 zu keinen rentenrelevanten Einschränkungen mehr führte. Nichts anderes gilt insoweit, als die Beklagte es nach Auffassung der Klägerin versäumt habe, Rehabilitationsmaßnahmen durchzuführen. Denn ungeachtet ihres Wunsches nach Gewährung einer Arbeitstherapie - so ihr Begehren in dem Verfahren L 10 U 3797/97, auf das sie sich bezieht - rechtfertigten die im Wesentlichen abgeklungenen Symptome der erlittenen PTBS nach Ende des Verletztengeldbezugs nicht die Bemessung mit einer MdE um 20 v.H. Angesichts des erzielten Behandlungserfolges im Hinblick auf die überfallbedingt erlittene PTBS ist im Hinblick auf die begehrte Verletztenrente unerheblich, ob die Klägerin an einer Persönlichkeitsstörung litt. Die von der Klägerin geltend gemachte "Fehlsteuerung des Verwaltungshandelns" lässt sich deshalb auch nicht damit begründen, dass die Beklagte es versäumt habe, die Persönlichkeitsstörung zu behandeln.

Auch mit den weiteren, von psychiatrischer Seite diagnostizierten Gesundheitsstörungen (depressive Symptomatik, Anpassungsstörung) lässt sich der von der Klägerin geltend gemachte Anspruch auf Verletztenrente nicht begründen. So steht die depressive Erkrankung der Klägerin, die Dr. S. als mittelschwere depressive Episode mit Somatisierungsstörung diagnostizierte, in dem oben dargelegten Sinn nicht in einem rechtlich wesentlichen ursächlichen Zusammenhang mit dem erlittenen Raubüberfall. Die von Dr. S. darüber hinaus diagnostizierte Anpassungsstörung sieht der Senat - ebenso wie zuvor schon der 6. Senat - nicht als erwiesen an.

Nach Überzeugung des Senats entwickelte sich das depressive Zustandsbild bei der Klägerin insbesondere nicht aus der unfallbedingt aufgetretenen PTBS. Insoweit verneint der Senat daher den naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang. Denn bei der Klägerin war deren Symptomatik zunächst durch Anspannungszustände und Schreckhaftigkeit und im weiteren Verlauf durch Angstzustände geprägt,

nicht aber durch Zustände depressiver Herabgestimmtheit. So bestätigte der Sachverständige Prof. Dr. S. anlässlich seiner Untersuchung der Klägerin im November 2003 zwar die Diagnose einer PTBS auf Grund der anamnestischen Angaben der Klägerin, die er als charakteristisch für dieses Krankheitsbild bezeichnete, führte jedoch im Hinblick auf den aktuellen psychiatrischen Befund aus, dass dieser keine Auffälligkeiten zeige. So habe sich die Klägerin zu Beginn der Untersuchung zwar als deutlich leidend und verlangsamt gezeigt, jedoch sei sie im Laufe der Exploration rasch aufzulockern gewesen und habe sich als schwingungsfähig und mitteilsam gezeigt. Der Antrieb sei vollkommen regelrecht und das affektive Ausdrucksverhalten ungestört gewesen. Hinweise für Störungen der Wahrnehmung, der Konzentration und der Merkfähigkeit hätten sich nicht gezeigt. Soweit sich nachfolgend und nach Ausheilung der unfallbedingten PTBS-Symptome eine depressive Episode entwickelte, ist diese auf die vorbestehende histrionisch-depressive Persönlichkeitsstruktur der Klägerin und auf den von der Klägerin erzielten Krankheitsgewinn zurückzuführen. Auch insoweit teilt der erkennende Senat die Auffassung des 6. Senats, wonach die Einschätzung der Dr. S. insoweit nicht überzeugt, als sie sämtliche der von ihr diagnostizierten Gesundheitsstörungen dem angeschuldigten Überfall zuordnete.

So ging Dr. S. im Rahmen ihrer Beurteilung zwar von einer histrionisch-depressive Persönlichkeitsstruktur der Klägerin aus, allerdings legte sie ihrer Beurteilung fehlerhafter Weise zu Grunde, dass keine psychisch relevanten Vorerkrankungen vorlagen. Dem von ihr selbst eingangs wiedergegebenen Hinweis über eine anderorts angegebene vorangegangene Depression ging sie nicht nach. Tatsächlich wurde die Klägerin jedoch schon seit 1994 immer wieder wegen psychischer Beschwerden und Depressionen behandelt, was erst deutlich wurde, nachdem die Beklagte im weiteren Verlauf des Verfahrens Befundberichte aus Zeiten vor dem Überfall beizog. Danach war die Klägerin wegen einer beruflich und privat begründeten Überlastungssituation im September 1994, im Februar, Mai und November 1995 sowie im Mai 1996 und im Juni 1997 bei Dr. B. und nachfolgend erstmals im Oktober 2000 bei Dr. D. in Behandlung, der sie vom 27.03.2001 bis November 2001 mit einem Antidepressivum (Trevilor) behandelte. Trotz ausdrücklicher Befragung zu früheren Erkrankungen durch Prof. Dr. S. und Dr. S. gab die Klägerin diese Vorbehandlungen nicht an, obwohl ihr bewusst sein musste, dass gerade diese Erkrankungen im Rahmen einer nervenärztlichen Begutachtung von Bedeutung sind und obwohl sie gerade das seit der Behandlung in der Tagesklinik B. eingesetzte Medikament Trevilor zuvor schon im Jahr 2001 über einen Zeitraum von mehr als acht Monaten - so die Angaben des Dr. D. - eingenommen hatte.

Anhaltspunkte dafür, dass Dr. D. in seinem Schreiben an die Beklagte vom 29.05.2005 unzutreffende Angaben gemacht haben könnte, sieht der Senat nicht. Soweit die Klägerin in dem in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Schreiben vom 16.06.2016 insoweit einwendet, die Angaben des Dr. D. seien mangels Angabe konkreter Vorstellungstage nicht überprüfbar und auch der A. nicht mitgeteilt worden, da sie in dem vorliegenden Vorerkrankungsverzeichnis nicht enthalten seien, ist darauf hinzuweisen, dass in dem Vorerkrankungsverzeichnis lediglich Zeiten einer Arbeitsunfähigkeit dokumentiert sind. Nachdem Dr. D. lediglich über eine medikamentöse Behandlung berichtete, nicht aber über eine seinerzeit bestehende Arbeitsunfähigkeit, ist nicht zu erwarten, dass diese Behandlung Gegenstand des Vorerkrankungsverzeichnisses ist. Auch das weitere Vorbringen, wonach die Klägerin während der Behandlungszeit bei Dr. D. ausweislich des vorgelegten Entlassungsberichts im Mai/Juni 2001 insgesamt vier Wochen stationär in den Fachkliniken H. behandelt wurde und insoweit ein unauffälliger psychologischer Befund dokumentiert wurde, belegt nicht, dass die Klägerin vor dem Überfall zu keinem Zeitpunkt an Depressionen litt. So ließe sich der dokumentierte Befund ohne weiteres mit der von Dr. D. angegebenen antidepressiven Medikation erklären. Im Übrigen berichtete auch Dr. B. von Vorstellungen wegen Depressionen, und zwar zwischen September 1994 und Juni 1997 und auch im Entlassungsbericht des Kreiskrankenhauses L. vom 23.07.2003 ist in der Anamnese dokumentiert, dass vorausgegangene Depressionen bekannt sind. Dass dieser auf den anamnestischen Angaben der Klägerin beruhende Umstand, der in Einklang zu bringen ist mit den Angaben des Dr. D. und des Dr. B. , unzutreffend sein soll, überzeugt nicht.

Darüber hinaus überzeugt die Einschätzung der Dr. S. auch deshalb nicht, weil sich bereits nach Aktenlage Auffälligkeiten in früheren Untersuchungssituationen zeigten und sich auch anlässlich ihrer Untersuchung zahlreiche Diskrepanzen zwischen geschilderten Beschwerden und dokumentierten Befunden zeigten, die sie als Ausdrucksverhalten im Sinne eines "sich dumm stellen" beschrieb, denen sie anlässlich ihrer Untersuchung aber nicht weiter nachging. So waren schon die Angaben bzw. das Verhalten der Klägerin im Rahmen der psychologischen Zusatzbegutachtung durch die Dipl.-Psychologin M. geeignet, ihre Glaubhaftigkeit in Frage zu stellen. Denn während des testpsychologischen Teils der Untersuchung verhielt sich die Klägerin extrem unmotiviert, verlangsamt und unkonzentriert und setzte Instruktionen trotz Sprachverständnisses erst nach mehreren Versuchen um. Obwohl auf Grund der langjährigen selbständigen Tätigkeit als Gastronomin von einem zumindest durchschnittlich ausgeprägten prämorbiden Intelligenzniveau auszugehen war und besonders die Gedächtnisfunktion nach eigenen Angaben der Klägerin, die sich alles gemerkt haben will, ohne Notizen zu machen, als gut trainiert vorausgesetzt werden konnte, lagen die Leistungen der Klägerin sowohl für die verbal-kristallinen als auch für die konstruktiv-analytischen Intelligenzkomponenten sowie im verbalen und visuellen Gedächtnis drastisch unter dem Normbereich. Dies wiederholte sich im Rahmen der testpsychologischen Untersuchung durch die Psychiatrische Tagesklinik B ... Auch dort waren die Testergebnisse im demenziellen Bereich anzusiedeln, was jedoch mit der allgemeinen Verhaltensbeobachtung auf der Station nicht in Einklang zu bringen war. Dass Dr. S. all diesen Auffälligkeiten nicht nachging, ist neben dem Umstand, dass sie im Hinblick auf nicht vorliegende psychisch relevante Vorerkrankungen von falschen Tatsachen ausging, maßgeblicher Grund dafür, dass der von ihr angenommene ursächliche Zusammenhang zwischen den diagnostizierten Gesundheitsstörungen und dem Überfall nicht überzeugt.

Wie der 6. Senat sieht auch der erkennende Senat als Ursache der depressiven Symptomatik nach Abklingen der PTBS neben der histrionisch-depressiven Persönlichkeitsstruktur der Klägerin, die mit dem Überfall in keinem ursächlichen Zusammenhang steht, einen sekundären Krankheitsgewinn, der für die Chronifizierung der Symptomatik ursächlich ist. Dabei stützt sich auch der Senat auf die Ausführungen des Prof. Dr. S ... Dieser hat überzeugend dargelegt, dass dieser für die Klägerin darin besteht, dass sie von den Alltagsaufgaben weitgehend entbunden ist und sich mehrere Familienmitglieder um sie kümmern, wodurch es wiederum zu regressiven Tendenzen kommt, wodurch Behandlungserfolge ausblieben, was wiederum zu einer Chronifizierung führte. Entsprechend äußerte sich auch Dr. H. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme, der zu Recht darauf hinwies, dass Hintergrund der oben beschriebenen Diskrepanzen unfallfremde Begehrens- und Wunschvorstellungen nach Entlastung und Versorgung sind. Bestätigt wird dies schließlich auch durch die Ausführung von Dr. S. , wonach sie den Eindruck gewonnen habe, dass die Erinnerungen der Klägerin an den Überfall eine Eigendynamik angenommen hätten im Sinne einer unbewussten Zweckgestaltung zur Sicherung des sekundären Krankheitsgewinns, bei dem in erster Linie die Beziehung zum Sohn stehe, der sie zu jeder Tag- und Nachtzeit versorge. Ob, wie von Dr. S. angenommen und von Prof. Dr. S. offen gelassen, tatsächlich eine unbewusste oder auf Grund der oben dargestellten Glaubwürdigkeitsbedenken mit einiger Wahrscheinlichkeit von einer bewusstseinsnahen Ausweitung der Beschwerdesymptomatik auszugehen ist, kann offen bleiben. Denn jedenfalls ist hierfür nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit rechtlich wesentlich das angeschuldigte Ereignis ursächlich.

Soweit die Klägerin in dem in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Schreiben vom 16.06.2016 geltend macht, entgegen der Auffassung des Prof. Dr. S. liege bei ihr kein sekundärer Krankheitsgewinn vor, es sei entgegen dessen Darstellung insbesondere nicht zutreffend, dass sich "mehrere Familienmitglieder in rührender Weise um sie kümmern und sie selbst zu der hier erfolgten Begutachtung begleiten", ist darauf hinzuweisen, dass nicht lediglich Prof. Dr. S. , sondern nachfolgend auch die Gutachterin Dr. S. von einem sekundären Krankheitsgewinn ausging. Auch belegt das von der Klägerin vorgelegte Schreiben des Prof. Dr. S. auf ihre Anfrage, welche Personen sie seinerzeit zu der Untersuchung begleitet hätten, entgegen ihrer Darstellung gerade nicht, dass sie tatsächlich nicht von Familienmitgliedern begleitet wurde. Denn Prof. Dr. S. sah sich ausweislich seiner Ausführungen zwei Jahre nach der gutachtlichen Untersuchung nicht mehr in der Lage, Angaben über die Anzahl und die Identität ihrer Begleitpersonen zu machen, nachdem er solches auch nicht dokumentiere. Damit sind die Ausführungen im Gutachten gerade nicht widerlegt. Im Übrigen ist der von Prof. Dr. S. angeführte sekundäre Krankheitsgewinn nicht maßgeblich von der Anzahl der die Klägerin zur Begutachtung begleitenden Familienangehörigen abhängig. Er leitet sich vielmehr aus der Versorgung durch Familienangehörige ab. So dokumentierte Prof. Dr. S. die Angaben der Klägerin hierzu dahin, dass ihre Kinder - auch die Stieftochter - Einkäufe übernähmen, der Sohn koche und den ganzen Schriftverkehr für sie führe. Ähnliches dokumentierte auch Dr. S. und führte darüber hinaus auf, dass der Sohn bei der Klägerin lebe, weil sie nicht allein sein könne, und sie zu jeder Tag- und Nachtzeit versorge.

Vor dem Hintergrund der bestehenden Zweifel an der Glaubhaftigkeit der Angaben der Klägerin vermag sich der Senat - wie auch der 6. Senat - schließlich auch nicht davon zu überzeugen, dass die Klägerin zum Untersuchungszeitpunkt bei Dr. S. an der von ihr allein anhand der Angaben der Klägerin diagnostizierten Anpassungsstörung litt, weshalb es insoweit keiner weiteren Ausführungen mehr im Hinblick auf einen möglichen Unfallzusammenhang bedarf.

Soweit die Klägerin in ihrem in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Schreiben vom 16.06.2016 darauf hingewiesen hat, dass Prof Dr. S. in seinem Gutachten neben einer PTBS (Seite 17; Bl. 113 VerwA) auch eine posttraumatische Anpassungsstörung ("Nach nicht widerlegbaren anamnestischen Angaben der Frau T., die dies in charakteristischer Weise zu schildern vermag, sind die diagnostischen Kriterien einer posttraumatische Anpassungsstörung nach dem DSM IV-TR erfüllt.", vgl. Seite 15 seines Gutachtens; Bl. 112 VerwA) diagnostiziert habe, deuten die zitierten Ausführungen zwar durchaus darauf hin. Nach Auffassung des Senats handelt es bei dem insoweit verwendeten Begriff ("posttraumatische Anpassungsstörung") jedoch lediglich um ein Versehen, wobei der Gutachter demgegenüber vielmehr die diagnostischen Kriterien einer PTBS für erfüllt erachtete. Denn zum einen führte er nachfolgend ab Seite 17 seines Gutachtens im Rahmen der zu beantwortenden Fragen 1, 2 und 3 (Unfallfolgen, ursächlicher Zusammenhang) jeweils lediglich eine "posttraumatische Belastungsstörung" auf, wobei er den Beschwerdevortrag hierfür als charakteristisch bezeichnete, ohne dass eine posttraumatische Anpassungsstörung überhaupt noch Erwähnung fand. Zum anderen zeigt aber auch die Bezugnahme auf das Klassifikationssystem "DSM IV-TR", dass der Gutachter von einer PTBS ausging. Denn in diesem ist zwar unter 309.81 eine PTBS aufgeführt, jedoch kennt das "DSM IV-TR" keine Verschlüsselung für die angegebene "posttraumatische Anpassungsstörung".

Die Einholung des von der Klägerin hilfsweise beantragten psycho-physiologischen Gutachtens lehnt der Senat ab. Denn Feststellungen hinsichtlich Art und Ausmaß von im Januar 2005 gegebenenfalls noch vorhanden gewesenen Rest-Symptomen einer PTBS lassen sich mit einer mehr als elf Jahre später erfolgenden Untersuchung nicht mehr treffen. Ohnehin ließen sich mit einem solchen Gutachten, das auf den Nachweis physiologischer Auffälligkeiten zielt, allenfalls einzelne Indizien für eine PTBS (vgl. zu den Kriterien zur Diagnose einer PTBS ausführlich die Ausführungen des 6. Senats im Urteil vom 21.02.2013, u.a. vegetative Übererregbarkeit) belegen, nicht aber die Diagnose selbst. Vorliegend steht aber nach den vorstehenden Ausführungen fest, dass die PTBS im Februar 2004 abgeklungen war. Der Nachweis von "Restsymptomen" in Form physiologischer Auffälligkeiten zum damaligen Zeitpunkt hätte hieran nichts geändert.

Nicht erforderlich ist im Übrigen die beantragte Beiziehung des MDK-Gutachtens vom September 2004. Hierbei handelt es sich nach den Angaben des Bevollmächtigten der Klägerin in der mündlichen Verhandlung um ein Gutachten nach Aktenlage. Damit enthält dieses Gutachten keine seitens eines Arztes des MDK zeitnah zu dem vorliegend relevanten Zeitraum erhobenen Befunde, deren Auswertung zu einem weiteren Erkenntnisgewinn beitragen könnten.

Die Berufung der Klägerin kann nach alledem keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Für die Zulassung der Revision besteht keine Veranlassung.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2016-06-24