

L 6 U 1013/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 4 U 4052/13
Datum
24.02.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 1013/15
Datum
28.07.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Eine Hirnstammschädigung als organische Störung ist mittels eines Magnetresonanztomogramms oder eines „Durchgangssyndroms“ nach dem psychopathologischen Befund objektivierbar.
2. In eines der gängigen Diagnosesysteme (ICD-10, DSM-IV) einzuordnende Gesundheitsstörungen können durch Verwaltungsakt als Folgen oder Nichtfolgen eines Versicherungsfalles festgestellt werden, nicht aber Symptome oder Befunde.
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 24. Februar 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt wegen des Arbeitsunfalls vom 25. Juli 2009 die weitere Gewährung von Verletztengeld und anschließend Verletztenrente.

Der 1958 geborene Kläger war wie sein Vater und zwei seiner Brüder selbstständiger Fliesenlegermeister. Seinen Betrieb, den er 1996 gründete, gab er 2012 auf. Er arbeitete meist mit einer Voll- und mehreren Teilzeitkräften. Vor seiner selbstständigen Tätigkeit absolvierte er bei seinem Vater die Lehre und legte nach zwei Jahren Abendschule die Meisterprüfung ab. Anschließend arbeitete er weitere vier Jahre im väterlichen Betrieb. Nach zweijährigem Besuch einer Technikerschule arbeitete er projektbezogen als Bauleiter beim Innenausbau einer Klinik mit. Er erlernte mittels eines CAD-Kurses das rechnerunterstützte Konstruieren. Nach eineinhalbjähriger Tätigkeit für ein Unternehmen, welches Spezialaufzüge herstellte, war er zehn Jahre als Bauleiter bei einem Architekten beschäftigt. 2014 trennte sich seine Ehefrau von ihm. Ein halbes Jahr später ging er eine Beziehung zu einer neuen Partnerin ein, ohne mit dieser zusammenzuleben. Einer seiner beiden Söhne, der 1995 geboren wurde, wohnt bei ihm. Der Kläger hält einen Hund. Er bezieht eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung in Höhe von 833 EUR monatlich und erhält überdies Mieteinkünfte. Er ist Mitglied des K.-Z.-P. e. V., bei dem er noch heute einmal wöchentlich trainiert.

Der Verein baute 2009 sein Trainingszentrum in N.-Ö. um, teilweise durch ehrenamtliche Tätigkeit seiner Mitglieder. Am 25. Juli 2009 prüfte der Kläger in dieser Funktion gegen 16 Uhr die Konstruktion des Daches, welches demontiert werden sollte. Nach der Unfallanzeige von H. K., 1. Vorsitzender des K.-Z.-P. e. V., vom 6. Oktober 2009, welcher eine Beschreibung des Unfallherganges durch den Kläger beigefügt war, sei er etwa 3 m in die Tiefe gestürzt. Er sei kurz bewusstlos gewesen. Nach den Angaben des Notarztes sei er ansprechbar, wenn auch desorientiert gewesen. Er wisse noch, dass er kurz vor 16 Uhr auf die Uhr gesehen habe. Die Erinnerung habe dann erst wieder eingesetzt, als er etwa zwei Tage später auf der Intensivstation im Krankenhaus aufgewacht sei. Es sei zu einem Schädelbasis-, Jochbein- und Schambeinbruch gekommen. Zudem seien sieben Rippen frakturiert gewesen. Es seien eine Prellung sowie Schmerzen in der Brust und am Rücken aufgetreten. Er leide immer noch unter Gleichgewichtsstörungen, weshalb er Schwierigkeiten beim Gehen habe. Darüber hinaus sei seine Hörfähigkeit vermindert.

Mit dem Rettungswagen wurde der Kläger gegen 16:30 Uhr in die Klinik für Chirurgie des S. St. T. Klinikums in P. gebracht. Nach dem Durchgangsarztbericht des Chefarztes Dr. Sch. vom 22. Oktober 2009 wurden eine Commotio cerebri, eine dislozierte Jochbogenstückfraktur rechts, Serienfrakturen der Rippen 7 bis 9 rechts und 9 bis 12 L.s., Frakturen der Brustwirbelkörper 8 bis 12 sowie der Lendenwirbelkörper 1 bis 3 diagnostiziert. Unfallunabhängig bestünde eine alte Serienfraktur der Rippen 7 bis 10. Der Bericht sei auf Aufforderung der Beklagten erstellt worden, da nicht bekannt gewesen sei, dass es sich um einen Arbeitsunfall gehandelt habe. Der Kläger habe aus dem Ohr geblutet. Er sei wach und ansprechbar, die Vigilanz indes gemindert gewesen. Es habe ein deutlicher Druckschmerz über dem Linken Jochbein

vorgelegen. Druckschmerzen seien auch über der Schädelkalotte sowie an beiden Seiten des Thorax geäußert worden. Ferner sei ein in diesem Bereich deutlicher Kompressionsschmerz festgestellt worden. Das Computertomogramm (CT) des Schädels habe keinen Anhalt für intrazerebrale Blutungen, hingegen den Verdacht auf eine Fissur im Bereich des Condylus occipitalis rechts, eine dislozierte Jochbogenstückfraktur, eine fragliche Fraktur einer lateralen Lamelle einer dorsalen Ethmoidalzelle rechts gezeigt. Nach dem CT des Thorax habe kein Pneumothorax vorgelegen, indes eine basale Belüftungsstörung beziehungsweise differentialdiagnostisch eine. Darüber hinaus seien kleine basale Pleuraergüsse sowie eine alte Serienfraktur der Rippen 7 bis 10 rechts festgestellt worden. Die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose oder Mitbehandlung sei nicht als erforderlich angesehen worden. Arbeitsunfähigkeit habe ab 25. Juli 2009 vorgelegen.

Hierzu ergänzend hat die Oberärztin Dr. H. nach dem CT des Thorax und des Abdomens ausgeführt, es habe keine Verletzung thorakaler oder abdomineller Organe nachgewiesen werden können. Ebenfalls habe kein Anhalt für eine intrathorakale oder abdominale Blutung bestanden. Vermutlich sei ein Hämatom im L.en zystalen Rückenbereich vorhanden gewesen. Es sei kein Pneumothorax festgestellt worden. Beidseits hätten kleine Pleuraergüsse vorgelegen, rechts etwas mehr als L.s. Zudem seien bilaterale basale Belüftungsstörungen der Lunge erkannt worden. Weiter habe ein verkalktes postinfektionelles kleines Granulom rechts apikal vorgelegen. Ferner seien multiple frische Frakturen an der 7., 8. und 9. Rippe rechts und der 9. bis 12. Rippe L.s zu erkennen gewesen, wobei es sich in Bezug auf die 12. Rippe um eine Stückfraktur gehandelt habe. Es hätten ferner Querfortsatzfrakturen L.s an den Brustwirbelkörpern 10, 11 und 12 sowie Dornfortsatzfrakturen an den Brustwirbelkörpern 8, 9 und 10 vorgelegen. Darüber hinaus habe eine noch nicht knöchern konsolidierte Serienfraktur rechts der mittleren und unteren Rippenabschnitte bestanden. Weiter seien Querfortsatzfrakturen L.s an den Lendenwirbelkörpern 1 bis 3 erkannt worden. Zudem habe eine symphysennahe Schambeinfraktur L.s bestanden. Auffallend sei eine kleine Milz gewesen. Es habe sich ein Status nach Morbus Scheuermann der Brust- und Lendenwirbelsäule gezeigt. Dr. H. hat nach dem CT des Schädels und der Halswirbelsäule ergänzend ausgeführt, eine Fraktur der Halswirbelsäule habe nicht vorgelegen. Es habe eine Osteochondrose im Segment des Halswirbelkörpers 5/6 vorgelegen. Ferner habe eine dislozierte Trümmerfraktur der Jochbogenimpression rechts und der dringende Verdacht auf eine nicht dislozierte Schädelbasisfraktur mit Beteiligung der Pyramidenspitze und des Condylus occipitalis rechts bestanden. Nach dem CT des Schädels habe sich keine intrazerebrale Blutung gezeigt. Hinweise für eine frische Ischämie oder einen raumfordernden Prozess hätten nicht vorgelegen. Dr. H. führte nach Röntgenuntersuchen des Thorax, des thorakolumbalen Überganges, des knöchernen Hemithorax und des Beckens aus, eine eindeutige Fraktur eines Lendenwirbelkörpers habe nicht vorgelegen. Am ehesten habe es sich um einen Status nach Morbus Scheuermann mit keilförmigen Lendenwirbelkörpern 1 und 2 gehandelt. Eine leichte Osteochondrose im Bereich L1/2 und L3/4 mit Spondylosis deformans sei erkannt worden. Bei der Fraktur der 10. rechten Rippe dorsal habe es sich vermutlich um eine ältere gehandelt. Ferner sei eine nicht dislozierte, symphysennahe vordere Beckenringfraktur L.s festgestellt worden. Der Oberarzt Dr. G. beschrieb das CT des Schädels vom 27. Juli 2009 dahingehend, im Vergleich zur Untersuchung zwei Tage zuvor sei keine Befundänderung zu erkennen gewesen. Weiterhin habe kein Anhalt für eine intrazerebrale Blutung oder eine territoriale Ischämie bestanden. Ein Hinweis auf eine Störung der Liquorzirkulation habe ebenfalls nicht vorgelegen. Die Jochbeinfraktur rechts sei unverändert abgebildet worden. Weitere Frakturlinien seien nicht zu erkennen gewesen. Nach der Gabe von Kontrastmittel hätten sich keine Anzeichen für kontrastmittelaufnehmende Herdbefunde ergeben. Ein Anhalt für einen intrazerebralen Tumor oder intrazerebrale Metastasen habe ebenfalls nicht bestanden. Nach dem CT der Nasennebenhöhlen vom 5. Aug. 2009 führte Dr. G. aus, entgegen den klinischen Angaben sei kein Hinweis für eine Fraktur des Orbitalbodens gegeben gewesen. Im Sinus maxillaris habe sich keine Spiegelbildung gezeigt. Es sei lediglich eine umschriebene Verdickung der Schleimhaut auf dem Boden des Sinus maxillaris beidseits festgestellt worden. Eine dislozierte Jochbeinfraktur rechts und eine kleine Fraktur am Jochbogen seien zu sehen gewesen. Es hätten stecknadelkopfgroße Verkalkungen im Meatus acusticus externus vorgelegen. Die übrigen knöchernen Strukturen seien CT-morphologisch unauffällig gewesen. Anzeichen für weitere posttraumatische frische Verletzungen hätten nicht bestanden.

Nach dem Verlegungsbericht des Chefarztes der Klinik für Anästhesie, Operative Intensivmedizin und Schmerztherapie des S. St. T. Klinikums in P., Priv.-Doz. Dr. G., sei der Kläger zum Zeitpunkt der Aufnahme auf die Station am 25. Juli 2009 deutlich schläfrig und verlangsamt gewesen. Ein fokales neurologisches Defizit habe nicht vorgelegen. Ein am 27. Juli 2009 durchgeführtes Verlaufs-CT mit Kontrastmittelgabe habe bis auf die bereits bekannten Befunde keinen Anhalt für eine Blutung oder eine Hirnkontusion ergeben. Im Verlauf dieses Tages sei der Kläger deutlich wacher gewesen. Bei der Verlegung sei er bei weiterhin bestehender retrograder Amnesie zu allen Qualitäten voll orientiert gewesen. Am 28. Juli 2009 sei er stabil, afebril und bei subjektivem Wohlbefinden auf die Abteilung für Chirurgie verlegt worden.

Nach dem Erstellen des Magnetresonanztomogrammes (MRT) des Schädels am 28. August 2009 führte der Ärztliche Leiter Dr. K. aus, es habe eine Verschattung des Mastoids rechts bestanden. Zudem sei eine Jochbogenfraktur rechts erkannt worden. Im Übrigen habe ein unauffälliger intrakranieller Befund vorgelegen.

In der Klinik für Chirurgie des S. St. T. Klinikums P. hielt sich der Kläger schließlich bis 4. September 2009 auf. Nach dem Entlassungsbericht von Dr. Sch. wurden eine Comotio cerebri, eine dislozierte Jochbogenstückfraktur rechts, der Verdacht auf eine nicht dislozierte Felsenbeinfraktur rechts, Serienfrakturen der Rippen 7 bis 9 rechts und 9 bis 12 L.s, Dornfortsatzfrakturen im Bereich der Brustwirbelkörper 8 bis 10, Querfortsatzfrakturen L.s im Bereich der Brustwirbelkörper 10 bis 12 und Lendenwirbelkörper 1 bis 3, eine nicht dislozierte Beckenringfraktur L.s, eine Fazialisparese rechts sowie ein ausgeprägter posttraumatischer Lagerungsschwindel und ein leichtes Psychosyndrom diagnostiziert. Der Kläger sei am Tag der stationären Aufnahme aus einer Höhe von etwa 3 m von einem Dach auf eine Mauer gestürzt und dann noch einmal weitere 3 m nach unten auf den Boden gefallen. Es sei eine kurzfristige Bewusstlosigkeit eingetreten. Zum genauen Unfallhergang habe eine retrograde Amnesie bestanden. Nach Durchführung der Primärdiagnostik sei die Überwachung auf der Intensivstation erfolgt. Der Kläger sei zu diesem Zeitpunkt deutlich schläfrig und verlangsamt gewesen. Ein fokales neurologisches Defizit habe allerdings nicht bestanden. Ein am 27. Juli 2009 durchgeführtes Verlaufs-Schädel-CT habe weiterhin keinen Anhalt für eine Blutung oder eine Hirnkontusion gezeigt. Ansonsten hätten gleichbleibende Befunde zu der Untersuchung zwei Tage zuvor bestanden. Im Verlauf sei es nur sehr langsam zu einer Verbesserung der Vigilanz gekommen. Am 28. August 2009 sei der Kläger auf die periphere Station verlegt worden. Zur Analgesie sei weiterhin Dipidolor-PCA notwendig gewesen. Außerdem sei weiterhin eine Infusionstherapie bei vorhandenen Schluckstörungen vorgenommen worden. Die Mobilisation habe sich entsprechend der intensiven Schmerzsymptomatik sehr langwierig und schwierig gestaltet. Im Rahmen der Breischluckuntersuchung habe sich kein pathologischer Befund des Ösophagus und der Magenpassage ergeben. Dennoch habe weiterhin eine deutliche Schluckproblematik vorgelegen. Im Rahmen eines Hals-, Hasen- und Ohren (HNO)-ärztlichen Konsils sei zunächst eine Fazialisparese diagnostiziert worden. Nach weiteren entsprechenden Untersuchungen sei unter anderem eine geschlossene Reposition der dislozierten Jochbogenstückfraktur durchgeführt worden. Außerdem seien bei deutlichem

Lagerungsschwindel Lagerungsübungen begonnen worden. Es habe sich kein Hinweis für eine peripher vestibuläre Läsion gezeigt. Im Rahmen eines neurologischen Konsils habe sich ebenfalls der Befund eines ausgeprägten posttraumatischen Lagerungsschwindels gezeigt. Bei Schluckstörungen und leichter Dysarthrie hätten Läsionen des Nervus vagus und des Nervus glossopharyngeus nicht sicher ausgeschlossen worden. Es sei ein MRT des Schädels erstellt worden, welches neben dem mittels des CT des Schädels gewonnenen Befunden keine auffällige intrakranielle Pathologie gezeigt habe. Die Röntgenverlaufskontrollen vom 30. Juli, 6. August und 2. September 2009 hätten weiterhin keinen Hinweis für einen Pneumothorax erbracht. Der in der Anfangsdiagnostik vorhandene Pleuraerguss sei noch nicht verschwunden gewesen. Am 4. September 2009 habe der Kläger schließlich in stabilem Allgemeinzustand und bei gebesserter Schmerzsymptomatik, aber noch weiter vorhandenem Lagerungsschwindel und anhaltenden Schluckbeschwerden nach Hause entlassen werden können.

Der Facharzt für Neurologie Dr. Sch. diagnostizierte nach seinem Befundbericht vom 28. Oktober 2009 einen Zustand nach einer Contusio cerebri am 25. Juli 2009, eine anhaltende Dysphagie, einen ausgeprägten posttraumatischen Lagerungsschwindel, eine reaktive Depression sowie Konzentrationsstörungen, differentialdiagnostisch ein organisches Psychosyndrom nach Kontusion und eine affektbedingte Pseudodemenz. Die Dysphagie habe nach dem Unfallereignis angehalten, vor allem bei festen trockenen Speisen. Es hätten Wortfindungsstörungen bestanden. Die Konzentration sei eingeschränkt, die Stimmung gedrückt und der Schlaf, vor allem ob des trockenen Mundes, gestört gewesen. Es hätten Schwindelattacken bestanden. Ursache des weiterhin bestehenden Drehschwindels sei ein ausgeprägter benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel des rechten posterioren Bogenganges gewesen. Nach mehrfacher Durchführung der Lagerungsübungen sei kein Nystagmus aufgetreten und kein Schwindel mehr auslösbar gewesen. Die berichtete Konzentrationsstörung und die psychomotorische Verlangsamung sowie die Aufmerksamkeitsstörung seien möglicherweise auf die ausgeprägte reaktive depressive Verstimmung zurückzuführen. Ein kontusionell bedingtes organisches Psychosyndrom erscheine ihm weniger wahrscheinlich. Insgesamt sei jedoch von einer Hirnstammkontusion mit Störung der basalen Hirnnerven auszugehen. Eine Fortsetzung der logopädischen Behandlung sei unbedingt erforderlich. Er habe eine antidepressive Behandlung mit Venlafaxin, 75 mg (1-0-0) begonnen.

Prof. Dr. B., Facharzt für HNO-Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie, diagnostizierte nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 7. Oktober 2009 eine neurogene Dysphagie bei Schädigung des Nervus glossopharyngeus und des Nervus vagus rechts, eine Dyseugesie rechts bei Zustand nach Fazialisparese rechts, eine periphere und zentrale Schallempfindungshörstörung beidseits, eine Beeinträchtigung des Richtungshörens im Sinne einer zentralauditiven Verarbeitungsstörung, einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel sowie den Verdacht auf eine zusätzliche zentral-vestibuläre Störung. Beim Kläger seien Hinweise auf eine Hirnstammschädigung vorhanden gewesen. Es habe eine neurogene Dysphagie mit sensorischen und motorischen Defiziten bestanden. Ursächlich für die Probleme beim Schlucken von Festkörpern seien am ehesten eine Öffnungsstörung im Bereich des oberen Ösophagusphinkters und zusätzlich eine motorische Schwäche im Bereich der rechten Pharynxwand. Ungünstig wirkten sich dabei die sensorischen Defizite im Versorgungsgebiet der Hirnnerven IX und X aus. Durch die logopädische Behandlung habe der Kläger eine gute kompensatorische Schlucktechnik erlernt, so dass die orale Ernährung weiterhin möglich sei. Die otoneurologischen Befunde hätten neben der innenohrbedingten Hörschädigung eine zusätzliche zentral-auditive Störung gezeigt. Hierfür sprächen die Beeinträchtigung des Richtungshörens und der pathologischen Befund der Hirnstammaudiometrie (BERA-Messung). Auf eine kalorische Prüfung der Labyrinthse sei verzichtet worden, da diese Untersuchung im August 2009 bei Prof. Dr. H. bereits mit unauffälligem Befund durchgeführt worden sei. Die vestibuläre Symptomatik spräche für einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel. Andererseits müsse wegen der vorliegenden Hirnstammsymptomatik auch eine zentral-vestibuläre Schädigung in Betracht gezogen werden. Da sich im bisherigen Verlauf sowohl die Fazialisparese rechts als auch die nasale Regurgitation zurückgebildet hätten, sehe er eine gute Chance, dass sich die beeinträchtigten Funktionen der Hirnnerven in Zukunft noch weiter verbesserten. Unabhängig dieser erhobenen Befunde beständen beim Kläger noch Defizite im neuro-psychologischen Bereich, etwa Wortfindungsstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme sowie affektive Schwankungen.

Nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 10. November 2009 führte Dr. Sch. aus, es habe weiter eine deutliche depressive Episode vorgelegen. Die Medikation von Venlafaxin sei nicht ausreichend vertragen worden, so dass nun ein Behandlungsversuch mit Solvex, 4 mg unternommen worden sei.

Der Ärztliche Direktor der Abteilung Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Berufsgenossenschaftlichen (BG-)Unfallklinik in T., Prof. Dr. W., diagnostizierte nach der ambulanten Untersuchung des Klägers in der Sondersprechstunde am 16. November 2009 ein Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades mit dislozierter Jochbogenstückfraktur rechts, eine Felsenbeinfraktur rechts, eine neurogene Dysphagie bei Schädigung des Nervus glossopharyngeus und des Nervus vagus rechts, eine Dyseugesie rechts bei Zustand nach Fazialisparese, eine periphere zentrale Schallempfindungsstörung beidseits, eine Beeinträchtigung des Richtungshörens im Sinne einer zentral-auditiven Verarbeitungsstörung, einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel, einen zusätzlichen zentral-vestibulären Schwindel, eine reaktive Depression, eine Konzentrationsstörung, differentialdiagnostisch ein organisches Psychosyndrom nach Kontusion oder eine affektive Pseudodemenz, eine Serienfraktur der Rippen 7 bis 9 rechts und 9 bis 12 L.s., Dornfortsatzfrakturen im Bereich der Brustwirbelkörper 8 bis 10, Querfortsatzfrakturen L.s. in den Bereichen der Brustwirbelkörper 10 bis 12 und der Lendenwirbelkörper 1 bis 3 sowie eine nicht dislozierte Beckenringfraktur L.s. Der Kläger sei am Unfalltag aus 3 m Höhe gestürzt und zunächst gegen eine Mauer geprallt und dann nochmals weiter nach unten gefallen. Zwischenzeitlich seien die Frakturen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule sowie des Thorax und des Beckens weitgehend knöchern abgeheilt. Der Kläger habe insoweit nur noch Restbeschwerden angegeben. Die Beweglichkeit der peripheren Gelenke der Wirbelsäule sei jeweils nur noch endgradig reduziert gewesen. Für den Kläger hätten die psychische Belastung mit der reaktiven Depression und ein immer wieder auftretender Schwindel, welcher ihn stark limitiere, im Vordergrund gestanden. Des Weiteren seien Beschwerden bei der Miktion beklagt worden, welche posttraumatisch aufgetreten seien. Allerdings sei er bereits vor dem Unfall hin und wieder beim Urologen in Behandlung gewesen. Wegen der im Vordergrund stehenden neurologischen und psychiatrischen Symptomatik sollte eine spezifische neurologische Rehabilitationsbehandlung eingeleitet werden. Dr. Sch. bewertete nach einer weiteren Untersuchung des Klägers am 25. November 2009 eine solche Maßnahme ebenfalls als sinnvoll. Zur Stabilisierung der Stimmung sei zunächst die Medikation von Solvex, 4 mg beibehalten worden. Über eine mögliche Erhöhung könne während des stationären Aufenthaltes entschieden werden.

Der Arzt für Urologie Dr. L. diagnostizierte nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 23. November 2009 eine Schambeinfraktur rechts im Juli 2009, einen Druckschmerz suprapubisch, eine nicht neurogene, hyperaktive Blase und eine Urgesymptomatik. Bei der sonographischen Untersuchung habe sich indes eine restharnfreie Blasenentleerung gezeigt. Die Prostata weise ein homogenes Reflexmuster auf.

Der Chefarzt der Sch.-Waldklinik Orthopädie des Park-Klinikums Bad K, Dr. P., diagnostizierte nach der stationären Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen des Re-Integrations-Managements (Re-I-Ma) vom 1. bis 19. Dezember 2009 eine Contusio cerebri mit sekundär diagnostizierter Hirnstammkontusion mit Störung der basalen Hirnnerven, eine dislozierte Jochbeinstückfraktur rechts, eine nicht dislozierte vordere Beckenringfraktur rechts, Querfortsatzfrakturen L.5 in den Bereichen der Brustwirbelkörper 10 bis 12 und Lendenwirbelkörper 1 bis 3, Dornfortsatzfrakturen im Bereich der Brustwirbelkörper 8 bis 10, eine Serienfraktur der Rippen 7 bis 9 rechts und 9 bis 12 L.s, eine Fazialisparese rechts sowie einen Lagerungsschwindel. Diese Gesundheitsstörungen seien auf das Unfallereignis vom 25. Juli 2009 zurückzuführen. Röntgenologisch hätten knöchern konsolidierte Frakturen vorgelegen. Im Bereich des linken Beckens habe sich ein belastungsabhängiges Schmerzsyndrom gezeigt. Zudem habe eine Anpassungsstörung mit längerer mittelschwerer depressiver Symptomatik (ICD-10 F43.21) vorgelegen. Ferner sei ein postkontusioneller Kopfschmerz festgestellt worden. Unfallunabhängig bestünden eine alte Serienfraktur der Rippen 7 bis 9 sowie Scheuermann-Veränderungen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule. Auf neurologischem Gebiet habe eine Geschmacksstörung imponiert. Ein benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel habe nicht mehr bestanden. In Bezug auf die depressive Anpassungsstörung hätten sich keine Hinweise auf eine unfallunabhängige psychische Vorerkrankung gezeigt. Im Rahmen psychologischer Gespräche sei eine verbesserte Befindlichkeit des Klägers zu erkennen gewesen. Die depressive Symptomatik sei als deutlich rückläufig angesehen worden. Bei der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich deutlich verlangsamte Reaktionszeiten gezeigt, welche über eine organische Ursache hinausgingen. Die Gedächtnisleistungen hätten zum Teil im grenzwertigen unteren Normbereich gelegen. Bei leichterem Schwierigkeitsgrad habe sich eine Tendenz zu einer erhöhten Fehlerrate beziehungsweise geringerer Sorgfaltsleistung gezeigt. Aufgrund der erhobenen Befunde, insbesondere des psychopathologischen, und der Verhaltensbeobachtung seien die neuropsychologischen Leistungen eher nicht auf ein organisches Defizit zurückzuführen. Die Beeinträchtigungen seien besser mit der depressiven Symptomatik vereinbar. Aus diesem Grund sei auf eine neuropsychologische Funktionstherapie weitgehend verzichtet worden. Zusätzliche Therapien sollten im verhaltenstherapeutischen Bereich erfolgen. Hierbei sei der neurologische Hintergrund bei der Entstehung der Anpassungsstörung zu berücksichtigen. Der Kläger sollte im Anschluss an die stationäre Rehabilitationsmaßnahme psychosomatisch weiterhin behandelt werden. Der Test zur Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit sei wegen der depressiven Symptomatik nicht durchgeführt worden. Bei weiteren deutlichen Erfolgen im Verlauf der Psychotherapie sei es dem Kläger wieder möglich, seinen bisherigen Beruf auszuüben. Eine Wiederaufnahme der Tätigkeit als Fliesenleger sei auch aus orthopädischer Sicht möglich. Bei der Entlassung habe die Medikation aus Cipralext (Arzneistoff: Escitalopram), 10 mg (1-0-0) bestanden.

Dr. K., Facharzt für Diagnostische Radiologie, bewertete das MRT des Schädels vom 21. Dezember 2009 als normal und ohne Nachweis von Traumaresiduen. Insbesondere seien auch keine Blutungsreste oder ein subdurales Hämatom zu erkennen.

Nach der ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 30. Dezember 2009 diagnostizierte der Facharzt für Orthopädie Dr. M. einen Zustand nach einer nicht dislozierten Beckenringfraktur, mehrfachen Frakturen von Brustwirbelkörpern, beidseitigen Rippenserienfrakturen und einer Comotio cerebri, eine Blockierung im Bereich C0/1 rechts sowie eine Fazialisparese rechts. Es bestehe eine deutliche Restsymptomatik mit erheblichen Verspannungen und einer Blockierung des Kopfelenkes.

Im Rahmen der Heilverfahrenskontrolle erstellte der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. St., unter Einbeziehung des testpsychologischen Untersuchungsbefundes, welchen die Dipl.-Psych. Th. erhob, einen Bericht. Nach ambulanter klinischer Untersuchung des Klägers am 10. Februar 2010 führte Prof. Dr. St. aus, das Unfallereignis habe zu einer üblichen Gewalteinwirkung auf den Schädel geführt, wodurch ein Trümmerbruch des Jochbeines eingetreten sei. Insofern seien die mitgeteilte rechtsseitige Teillähmung des Nervus facialis sowie wegen des später diagnostizierten Felsenbeinbruches auch eine rechtsseitige Hörminderung mit vorübergehender Störung der Gleichgewichtsfunktionen und eine Geschmacksbeeinträchtigung nachvollziehbar. Dies ließe sich den HNO-ärztlichen Berichten entnehmen. Eine Verletzung anderer, insbesondere peripherer Nerven, habe jedoch genauso wenig vorgelegen wie eine Verletzung des Rückenmarks. Bei dem Unfall sei eine Hirnbeteiligung vom Ausmaß einer reversiblen Hirnfunktionsstörung (Gehirnerschütterung, Comotio cerebri) eingetreten, welche folgenlos ausgeheilt sei. Für eine höhergradige Hirnverletzung hätten sich nach mehrfach durchgeführter computer- und kernspintomographischer Befunderhebung, auch unter Verwendung eisensensitiver Sequenzen, keine Hinweise ergeben. Eine axonale Hirnschädigung sei ebenfalls ausgeschlossen worden. Aktuell seien keine Unfallfolgen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet mehr zu erkennen. Hinweise für eine Fehlerarbeitung des Unfalls lägen nicht vor. Die bei der testpsychologischen Untersuchung dargebotene Verlangsamung der Reaktionsfähigkeit und des Arbeitstempos sei auf eine mangelnde Anstrengungsbereitschaft bei den Testverfahren zurückzuführen. Hierfür spreche auch, dass es nach Hinweis auf die Relevanz des Befundes für die Fahreignung zu einer medizinisch unerklärlichen Beschleunigung gekommen sei. Der Kläger habe sich überdies in tadellosem Trainingszustand gezeigt. Zudem hätten ausgeprägte Arbeitsspuren an beiden Händen vorgelegen, die darauf hindeuteten, dass er regelmäßig auch körperlich belastenden Aktivitäten nachgehe. Seitens des neurologisch-psychiatrischen Fachgebietes bestehe Arbeitsfähigkeit. Unfallunabhängig bestünde eine Polyneuropathie mit herabgesetzter Tiefensensibilität. Nach den elektrophysiologischen Befunden handle es sich um eine vorwiegend demyelinisierende sensorische und motorische Neuropathie. Der Kläger habe angegeben, früher K. ausgeübt zu haben und Ski gelaufen zu sein. Aktuell habe er sich mit Krankengymnastik und Gerätetraining beschäftigt, außerdem sei er mit seinem Hund spazieren gegangen. Die Stimmungslage sei bei der Untersuchung ausgeglichen gewesen. Das affektive Schwingungsvermögen habe sich als regelrecht dargestellt. Die Affektäußerung sei normal gewesen. Es hätten sich keine Hinweise für Störungen von Wahrnehmung, Konzentration, Merkfähigkeit und Antrieb gezeigt. Die kritische Wahrnehmung sei erhalten gewesen. In der Interaktion habe er offen gewirkt. Das Wahrnehmungsvermögen für aromatische Geruchsstoffe sei erhalten gewesen. Es seien zwei Stoffe auf jedem Nasenloch angeboten worden, welche prompt identifiziert worden seien.

Der Facharzt für Orthopädie Dr. B. berichtete Anfang März 2010 über einen bei der Anamnese angegebenen rezidivierenden Kopfdruck. Anfang April 2010 habe seit drei Wochen ein verstärktes Schwindelgefühl bestanden und Ende dieses Monats seien weiterhin ein persistierendes Schwindelgefühl und ein Druckgefühl aufgetreten. Eine HNO-ärztliche Abklärung sei erfolgt, pathologische Veränderungen seien indes nicht gefunden worden, insbesondere keine Erklärung für den Lagerungsschwindel. Ende Mai 2010 hätten weiterhin Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule mit Schwindelgefühlen und ein Kopfdruck vorgeherrscht. Es habe eine Unsicherheit beim Treppensteigen bestanden. Der Kläger habe sich beim Neurologen vorgestellt, danach sei der Lagerungsschwindel weg gewesen. Anfang Juli 2010 hätten weiterhin Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule mit einem Schwindelgefühl bestanden. Klinisch sei die Wirbelsäule in diesem Bereich frei beweglich gewesen, weshalb eine erneute Vorstellung beim Neurologen, gegebenenfalls beim HNO-Arzt, erfolgen solle.

Nach HNO-ärztlichen Untersuchungen des Klägers am 8. April und 24. August 2010 diagnostizierten J. K. und N. C., Ärzte der Abteilung

Plastische Gesichtschirurgie des S. St. T. Klinikums in P., einen Zustand nach dislozierter Jochbogenfraktur und -reposition, eine Commotio cerebri sowie einen Lagerungsschwindel, bei jeweils unauffälligen Befunden.

Dr. Sch. berichtete über die ambulante Untersuchung des Klägers am 30. April 2010, es habe sich erneut ein deutlicher benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel gefunden. Nach mehrmaliger Durchführung der Lagerungsübungen sei dieser nicht mehr auslösbar gewesen. Psychopathologisch habe der Kläger wie zuvor eine leichte psychomotorische Verlangsamung gezeigt. Er habe über Konzentrationsstörungen berichtet. Klare depressive Symptome seien jetzt nicht mehr erkennbar gewesen. Die geklagten Konzentrationsstörungen hätten nicht ausreichend objektiviert werden können, hierfür sei eine ausführliche testpsychologische Diagnostik erforderlich. Nach weiteren Untersuchungen am 3. und 12. August 2010 berichtete Dr. Sch., der Kläger habe erwähnt, der Lagerungsschwindel sei drei Wochen lang weg gewesen. Er sei nun in psychologischer Betreuung bei dem Dipl.-Psych. W ... Psychopathologisch habe eine eingeschränkte Konzentration vorgelegen. Der Kläger sei etwas schwerfällig und adynam wirkend gewesen. Klinisch habe sich ein ausgeprägtes Rezidiv des benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels gefunden. Die Lagerungsübungen seien noch mehrmals durchgeführt worden. Zuletzt sei kein solcher Schwindel mehr auslösbar gewesen. Der Kläger habe berichtet, die Übung aus Angst vor den auftretenden Drehschwindelattacken nicht ausreichend selbst durchführen zu können. Es habe sich weiter eine deutliche depressive Verstimmung gezeigt. Der übrige neurologische Befund sei regelrecht gewesen.

Der Dipl.-Psych. W. tat über fünf probatorische Psychotherapiesitzungen im September 2010 kund, das Krankheitsbild habe ausgeprägte posttraumatische Symptome und Anpassungsstörungen aufgewiesen. Während der Sitzungen sei es beim Kläger immer wieder zu spontanen Weinausbrüchen gekommen, welche als adäquate Trauerreaktion auf seine erlittenen multiplen Verlusterlebnisse infolge des Unfalls gedeutet werden könne. Im Hintergrund seiner Krisenbewältigung habe ständig die Aussöhnung mit dem Schicksal und den defizitären Konsequenzen gestanden, welche sich auf sein Selbstwerterleben und seine Lebensmotivation nachhaltig auswirkten.

Im Auftrag der Beklagten erstattete Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten. Nach der ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 17. August 2010 führte er aus, der Kläger habe als Hauptproblem den ständigen Kopf- und Ohrdruck beidseits angeführt, welcher bei körperlicher oder psychischer Belastung zunehme. Er habe ein Gefühl, als ob er sich in einer Dunstglocke befinde. Er höre auch schlechter. Seit dem Unfallereignis sei er rascher ablenkbar und leide unter immer wieder auftretenden Drehschwindelattacken. Darüber hinaus müsse er immer weinen, wenn er an den Unfall denke. Er könne dies nicht steuern. Insbesondere wenn er in Kontakt zu Personen trete, die ihm wichtig erschienen und vor denen er Achtung habe, bekomme er richtige Weinkrämpfe. Bis heute sei er nicht mehr in der Lage, seiner Tätigkeit als Fliesenleger nachzugehen. Sein Betrieb sei zwar noch angemeldet, seit dem Unfall habe er jedoch keine Aufträge mehr angenommen. Er fühle sich beim Treppensteigen und bei der Benutzung einer Leiter unsicher. Er könne dies nicht mehr tun. Zudem sei er insgesamt schreckhafter geworden. Die neurologische Untersuchung habe mit Ausnahme einer leichten Fazialismundastasymmetrie keine bedeutenden Auffälligkeiten gezeigt. Der Geruchssinn sei intakt gewesen. Auf eine erneute Prüfung des Geschmackssinns habe er wegen der eingehenden Voruntersuchung verzichtet. Der Kläger selbst habe darüber berichtet, dass er die wesentlichen Qualitäten süß, salzig und sauer bemerken könne. Ein Schwindel oder ein Nystagmus seien bei eingehenden Lagerungsproben unter der Frenzelbrille nicht erkennbar gewesen. Vergleichbar zu den Voruntersuchungen zeigten die akustisch evozierten Potenziale beidseits keine sicher produzierbaren Ergebnisse. In psychischer Hinsicht habe eine ängstlich-depressive Symptomatik mit hypochondrischer Selbstbeobachtung, einer deutlich reduzierten affektiven Schwingungsfähigkeit und einem gleichermaßen verminderten Antrieb imponiert. Dieser Befund allein sage jedoch wenig über die Ursache aus. Wegen der Anamnese erscheine die Symptomatik als Folge einer Kränkung des Selbstwertgefühls durchaus denkbar. Anhaltspunkte für eine narzisstisch geprägte, gleichermaßen auch ängstliche Primärpersönlichkeit seien in erheblichem Umfang vorhanden. In diesem Fall wären die neurokognitiven Defizite als so genanntes "pseudodementes Verhalten" zu interpretieren. Es sei jedoch nicht auszuschließen, dass tatsächlich neuro-kognitive Defizite vorlägen und die ängstlich-depressive Symptomatik Folge einer hirnganischen Wesensänderung sei, wofür der Bericht der Ehefrau anlässlich der Rehabilitationsmaßnahme sprechen könnte. Das Vorliegen einer allerdings eher leichtgradigen depressiven Stimmungslage habe sich nach den Selbstbeurteilungsskalen bestätigt, welche im Gesamtbild keine eindeutig verwertbaren Hinweise für das Vorliegen einer Vortäuschung der Beschwerden ergeben hätten. Die Einschätzung von Prof. Dr. St., wonach angesichts des unauffälligen MRT eine bedeutende Hirnschädigung ausgeschlossen sei, greife zu kurz. Wie in der diesbezüglichen wissenschaftlichen Literatur, einschließlich zugehöriger Begutachtungslinien, ausführlich dargestellt sei, sei ein unauffälliges MRT zwar ein bedeutungsvoller Hinweis, der gegen das Vorliegen einer Hirnschädigung spreche. Ein Ausschluss sei damit jedoch keinesfalls möglich. Entscheidend sei in einem solchen Fall der psychopathologische Befund in den ersten Tagen nach dem Unfallereignis. Zeige sich hierbei ein so genanntes "Durchgangssyndrom" über mehrere Tage hinweg, sei nach heutigem Kenntnisstand auch bei negativem MRT eine substantielle Hirnschädigung als gegeben anzusehen. Eine solche Situation könne nach dem Entlassungsbericht von Dr. Sch. nach der Erstversorgung zwar vermutet werden, eine sichere Aussage sei jedoch nicht möglich. Zur weiteren Abklärung erscheine es erforderlich, die Originalakte des erstversorgenden Krankenhauses heranzuziehen, um insbesondere anhand der pflegerischen Dokumentation im Kontext mit möglicherweise bewusstseinseinschränkenden Medikamenten Aussagen zum Vorliegen eines Durchgangssyndroms machen zu können. Der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung sei vom betreuenden Nervenarzt zwar geäußert worden. In dem diesbezüglichen Fragebogen könnten ebenfalls Hinweise für eine derartige Störung herausgelesen werden. Angesichts der Tatsache, dass die Symptome posttraumatischer Belastungsstörungen jedoch gleichermaßen nach persönlichen Lebenskrisen aufträten und der Kläger selbst nicht über typische Marker wie Vermeidungsverhalten oder Intrusionen berichtet habe, hätten sich hierfür keine verwertbaren Anhaltspunkte gefunden. Sofern sich keine hirnganische Ursache der geklagten Kopfschmerzen und der kognitiven Einschränkungen nachweisen lasse, habe er wenig Zweifel daran, dass in diesem Fall die geklagte Symptomatik Folge einer im weitesten Sinne Fehlverarbeitung des Unfalls sei. In diesem Falle wäre jedoch zu differenzieren. Hätten tatsächlich im körperlichen Bereich schwerwiegendere Unfallfolgen vorgelegen, welche eine berufliche Tätigkeit als Fliesenleger unmöglich machte, wodurch die wirtschaftliche Existenz zusammengebrochen sei, wäre eine ununterbrochene Kausalkette zu dem Unfallereignis zu sehen und die Symptomatik als misslungene Anpassung an die körperlichen Unfallfolgen im Sinne einer Anpassungsstörung gemäß der Definition des DSM-IV zu bewerten. Zu Klärung dieser Frage erscheine eine chirurgische Begutachtung erforderlich. Sei es insoweit nicht zu schwerwiegenden Unfallfolgen gekommen, müsse die Symptomatik demgegenüber den konkurrierenden Kränkuserlebnissen zugerechnet werden. Auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet bestehe eine ängstlich-depressive Symptomatik mit geklagten Körpersymptomen in Form von Kopfschmerzen und neurokognitiven Defiziten. Eine bedeutende Geschmacksstörung sei zumindest aktuell nicht mehr zu erkennen. Gleiches gelte für den anamnestisch geklagten Lagerungsschwindel.

Nachdem Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. die von der Beklagten beigezogene Krankenakte des Klägers über dessen stationären Aufenthalt im S.

St. T. Klinikum P. vorlag, führte er am 5. November 2010 ergänzend aus, anhand der nunmehr vorliegenden Unterlagen vermöge er den Vollbeweis einer substantiellen Hirnschädigung medizinisch nicht zu führen. Zwar werde in den Unterlagen in den ersten Tagen eine Schläfrigkeit beschrieben. Gleichzeitig habe der Kläger jedoch eine Dauerinfusion mit relativ hohen Gaben von Dipidolor erhalten. Nach dem gleichzeitig keinerlei Hinweise für das Vorliegen einer Orientierungsstörung oder Verwirrtheit genannt worden seien, vermöge er die Schläfrigkeit nicht als Nachweis einer substantiellen Hirnschädigung zu werten. Diese sei mit Wahrscheinlichkeit der Analgesie zuzurechnen. Hierfür spreche auch, dass sie unmittelbar nach Änderung der Medikation von Dipidolor auf ein orales Opioid, was sich aus der Krankenakte ergebe, verschwunden sei. In den Unterlagen werde zwar eine Beeinträchtigung aller möglichen Hirnnerven wie Nervus facialis, Nervus glossopharyngeus und Nervus vagus sowie eine Schluckstörung beschrieben. Diese Befundbeschreibung sei jedoch äußerst wechselhaft und widersprüchlich. Eine durchgeführte radiologische Schluckdiagnostik habe schließlich keinen fassbaren pathologischen Befund erbracht. Auch insoweit könne er sich nicht mit der geforderten Sicherheit davon überzeugen, dass tatsächlich eine Hirnstammschädigung vorgelegen habe. Wenn aber eine substantielle Schädigung weder kortikaler Strukturen noch des Hirnstammes belegt sei, erübrige sich jede weitere Diskussion möglicher posttraumatischer neuropsychologischer Funktionsstörungen.

Nach der beratungsärztlichen Stellungnahme des Facharztes für Neurologie, Psychiatrie und Neuroradiologie Priv.-Doz. Dr. R. von Dezember 2010 seien sowohl Prof. Dr. St. als auch Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. übereinstimmend zu der Auffassung gelangt, dass über eine Gehirnerschütterung hinaus keine substantielle Hirnschädigung nachgewiesen sei. Damit sei die Grundlage für die Anerkennung der vom Kläger geltend gemachten kognitiven Beeinträchtigungen als Unfallfolge entfallen. Darüber hinaus seien die geklagten Geruchs- und Geschmacksstörungen nicht hinreichend objektiviert worden. Auch für die beklagte Schwindelsymptomatik hätten sich keine objektivierbaren Korrelate gefunden. Nach der ungewöhnlich sorgfältigen und ausführlichen gutachterlichen Äußerung von Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. könne davon ausgegangen werden, dass der Unfall zu keiner posttraumatischen Belastungsstörung geführt habe, wohl aber zu einer Fehlverarbeitung der Unfallfolgen. Ob der Unfall lediglich ein Anknüpfungspunkt oder eine wesentliche Teilsache der Fehlverarbeitungssymptomatik und der daraus resultierenden sozialen Einschränkung sei, habe Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. davon abhängig gemacht, ob auf chirurgischem oder HNO-ärztlichem Gebiet schwerwiegendere gesundheitsbedingte Funktionseinschränkungen verblieben seien. Nach den vorliegenden chirurgischen Berichten hätten die Wirbelsäulenfrakturen offensichtlich zu keiner wesentlichen Beeinträchtigung geführt. Insofern könne die unfallbedingte Beeinträchtigung des Bewegungsapparates nicht zur Stützung der Diagnose einer Anpassungsstörung herangezogen werden könne. Gleiches gelte für die Schwindelproblematik. Diese sei nach Art und Umfang nicht hinreichend geeignet, psychische Reaktionen zu begründen. Ohnehin sei zweifelhaft, ob es sich bei diesen Erscheinungen um organisch begründbare Störungen handele.

Die Beklagte beauftragte anschließend den Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des heutigen H. Klinikums P., Priv.-Doz. Dr. M., mit der Erstattung eines Gutachtens. Nach der ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 4. März 2011 führte dieser aus, als Unfallfolgen bestünden eine knöchern konsolidierte Rippenserienfraktur beiderseits mit Beschwerden im Bereich des rechten Rippenbogens und paravertebral Beschwerden thorakal beiderseits, knöchern konsolidierte Dornfortsatz- und Querfortsatzfrakturen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule, im unteren Teil der Wirbelsäule mit geringen paravertebralen Restbeschwerden, eine knöchern konsolidierte vordere Beckenringfraktur links mit geringgradiger Bewegungseinschränkung im Bereich beider Hüftgelenke. Unfallunabhängig bestünde eine etwa acht Wochen vor dem Unfallereignis vom 25. Juli 2009 erlittene Rippenserienfraktur. Der Kläger werde als fähig erachtet, alle Arbeiten, welche in seinem ursprünglichen Beruf als Fliesenleger notwendig gewesen seien, auszuführen. Wegen der Gesamtkonstellation erscheine jedoch eine Umschulung sinnvoll. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätze er ab dem Tag des Unfalls und weiterhin auf unter 10 vom Hundert (v. H.). Begleitend zum Gutachten von Priv.-Doz. Dr. M. führte der Chefarzt des Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin des H. Klinikums P., Dr. H., eine röntgenfachärztliche Befundung durch, wonach die ehemaligen Rippenserienfrakturen, rechts etwas ausgeprägter als links, vollständig knöchern konsolidiert gewesen seien. Sie seien recht gut an einer kallusbedingten geringfügigen Auftreibung in der ehemaligen Region der Fraktur zu erkennen. Die ehemaligen Frakturrenden seien minimal gegeneinander versetzt. Außer einem vermutlich winzigen Granulom im rechten Oberlappen seien an den Thoraxorganen keine Auffälligkeiten zu sehen. In den Weichteilen habe sich in Höhe des Wirbels Th2 wahrscheinlich ein eingesprengter metallischer Fremdkörper befunden. An der Brust- und Lendenwirbelsäule seien die ehemaligen Quer- und Dornfortsatzfrakturen als komplett und ohne Fehlstellung knöchern konsolidiert aufzufassen. Die vordere Beckenringfraktur sei ebenfalls vollständig konsolidiert gewesen. Auch insoweit seien die ehemaligen Frakturregionen an einer kallusbedingten geringfügigen Auftreibung und mit minimaler Fehlstellung zu erkennen.

Des Weiteren beauftragte die Beklagte den Chefarzt der Klinik für HNO-Heilkunde und Plastische Gesichtschirurgie des S. St. T. Klinikums P., Prof. Dr. H., mit der Erstattung eines Gutachtens. Nach der ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 28. Februar 2011 teilte dieser mit, fassbare Gesundheitsschäden im Bereich der Ohren oder des Gleichgewichtsorgans, welche einen "Grad der Behinderung" bewirkten, lägen nicht vor. Als Unfallfolgen seien die noch persistierenden Schluckbeschwerden, das Kopfdruckgefühl und gegebenenfalls ein zentraler, vielleicht auch psychogener Schwindel anzusehen. Im Bereich der Geruchs- und Geschmackssinne sei es jeweils nur zu einer geringgradigen Einschränkung gekommen. Diese Gesundheitsschäden seien mit hoher Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis verursacht worden. Abschließend schlage er zur endgültigen Beurteilung der unfallbedingten Dysphagie, also der Schluckbeschwerden, ein phoniatisches Zusatzgutachten vor.

In seiner weiteren beratungsärztlichen Stellungnahme von Mai 2011 führte Priv.-Doz. Dr. R. aus, nach den nun vorliegenden Gutachten lägen weder auf chirurgischem noch auf HNO-ärztlichem Fachgebiet körperliche, auf den Unfall zurückzuführende Beeinträchtigungen vor, die es rechtfertigten, eine ursächlich auf den Unfall zurückzuführende Anpassungsstörung anzunehmen. Vielmehr sei Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. in seiner Einschätzung zu folgen, welcher bei dieser Sachlage die vom Kläger geltend gemachten Beschwerden auf eine Fehlverarbeitung des Unfalles zurückführe, in diesem Ereignis jedoch nur einen Anknüpfungspunkt und nicht eine wesentliche Teilsache erblicke.

Mit Bescheid vom 22. Juni 2011 stellte die Beklagte daraufhin fest, dass ein Anspruch auf Rente wegen des Arbeitsunfalls vom 25. Juli 2009 nicht besteht. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit werde bis 12. November 2010 anerkannt. Der Anspruch auf Verletztengeld ende damit ebenfalls zu diesem Datum. Die unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit bleibe aufgrund der unfallchirurgischen Unfallfolgen bestehen. Als Folgen des Versicherungsfalles wurden eine vorübergehende, zeitlich bis 12. November 2010 begrenzte Anpassungsstörung und Fehlverarbeitung des Unfallereignisses, eine ohne wesentliche Folgen verheilte Gehirnerschütterung, leichte Sensibilitätsstörungen im Bereich der rechten Wange nach operativ versorgter verschobener Jochbogenstückfraktur rechts mit beteiligter Schädigung des Nervus facialis mit verbliebener leichter Fazialismundastasymmetrie zuungunsten rechts, ohne wesentliche Folgen verheilte Serienfrakturen der Rippen 7 bis 9 rechts und 9 bis 12 links, ohne wesentliche Folgen verheilte Frakturen der Dornfortsätze der Brustwirbelkörper 8 bis 10 sowie

der Querfortsätze der Brustwirbelkörper 10 bis 12 links und der Lendenwirbelkörper 1 bis 3 links sowie leichte Bewegungseinschränkungen im Bereich der Hüftgelenke beidseitig nach nicht verschobener vorderer Beckenringfraktur links festgestellt. Als Folgen des Versicherungsfalls nicht anerkannt wurden, weder im Sinne der Entstehung noch der Verschlimmerung, eine ängstlich-depressive Symptomatik mit subjektiven Körpersymptomen in Form von Kopfschmerzen, Schwindelbeschwerden und neurokognitiven Defiziten, eine hypochochrondrische Selbstbeobachtung, eine deutlich reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit, ein verminderter Antrieb, eine vorbestehende Serienfraktur der Rippen 7 bis 10 "links" sowie Morbus Scheuermann-Veränderungen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule.

Auf seinen Widerspruch gegen den Bescheid vom 22. Juni 2011 hin, den er unter anderem damit begründete, Verletztengeld habe ihm ob der ihm gegenüber getätigten Äußerungen der Beklagten jedenfalls bis zum Erlass dieser Verwaltungsentscheidung weitergezahlt werden müssen, stellte diese mit Bescheid vom 5. August 2011 ein Recht auf Verletztengeld bis 24. Juni 2011 fest, welches sie ihm bereits ab dem Tag des Unfalls am 25. Juli 2009 gewährt hatte. Ein darüber hinausgehender Anspruch bestünde indes nicht. Auf der Grundlage des weiteren Bescheides vom 5. August 2011 wurde dem Kläger im Anschluss an die Verletztengeldzahlung bis 23. Dezember 2010 (Bescheid vom 8. Februar 2011) diese Leistungsart für die Zeit vom 24. Dezember 2010 bis 24. Juni 2011 in Höhe von insgesamt 26.125,54 EUR (kalendertäglich 144,34 EUR, monatlich 4.330,20 EUR) nachgezahlt.

Im weiter betriebenen Widerspruchsverfahren legte der Kläger einen Befundbericht von Dr. Sch. nach seiner ambulanten Untersuchung am 19. Juli 2011 vor, wonach ein anhaltender posttraumatischer Lagerungsschwindel im Bereich des linken posterioren Bogenganges, eine posttraumatische Belastungsreaktion, ein Kopfdruck und eine depressive Verstimmung diagnostiziert worden seien. Es habe weiterhin ein schwerer Lagerungsschwindel des linken posterioren Bogenganges vorgelegen. Dieser schwere traumatische Schwindel bestehe seit dem Unfall. Er habe zweifellos zur Berufsunfähigkeit geführt. Andererseits habe sich eine posttraumatische Belastungsreaktion mit depressiver Verstimmung und Antriebsstörung entwickelt. Weiter habe eine Konzentrationseinschränkung vorgelegen, welche ebenfalls Folge des Traumas sein könne. Eine stationäre psychosomatische Behandlung habe der Kläger abgelehnt, da er finanzielle Konsequenzen befürchte, die er nicht tragen könne. Eine antidepressive Behandlung sei nicht gewünscht worden, da frühere Behandlungsversuche subjektiv nicht zu einem verbesserten Zustand geführt hätten.

Der Kläger reichte zudem ein für die Deutsche Rentenversicherung Bund erstelltes Gutachten von Dr. T., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, zu den Akten. Nach der ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 15. August 2011 führte dieser aus, er habe eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und einen erheblich ausgeprägten Lagerungsschwindel unklarer Ursache (ICD-10 H81.4) diagnostiziert. Bei der psychiatrischen Befunderhebung hätten sich zusammenfassend das Bild einer deutlich ausgeprägten depressiven Verstimmung mit Antriebsminderung und Interesseverlust, aber auch Hinweise auf eine gewisse hirnororganische Schädigung, welche über eine depressive Pseudodemenz hinausgehe, gezeigt. Der Kläger übe eine überwiegend sitzende und lediglich zeitweise stehende Tätigkeit in "Tagesschicht" aus. Die bei ihm erhobenen neurologischen und psychiatrischen Störungen seien augenblicklich derart ausgeprägt, dass er keiner sinnvollen Erwerbstätigkeit nachgehen könne.

Priv.-Doz. Dr. R. führte in seiner der Beklagten im Januar 2012 zugeleiteten abschließenden beratungsärztlichen Stellungnahme aus, Dr. T. spreche zwar ebenfalls eine mögliche Störung im Hirnstammbereich an. Der Nachweis sei aber auch von ihm nicht geführt worden. Auch ein persistierender posttraumatischer Lagerungsschwindel sei nicht belegt worden. Vielmehr seien die jetzt noch geklagten Schwindelbeschwerden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit als unfallunabhängiger benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel zu klassifizieren. Gelegentlich seien unspezifische Befindlichkeitsstörungen des Klägers wohl unter den Begriff "Schwindel" subsumiert worden.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 29. März 2012 gegenüber dem Kläger zurück.

Am 29. Juni 2012 beantragte der Kläger die Überprüfung des Bescheides vom 22. Juni 2011 im Wege des Zugunstenverfahrens nach [§ 44](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Hierfür legte er den Bericht des Chefarztes der Klinik für Neurologie des H. Klinikums P., Prof. Dr. K., vor, welcher nach der ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 20. Juni 2012 den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostizierte. Er könne sich gut eine Fehlverarbeitung eines schweren Traumas vorstellen, da der Kläger als "Freiberufler" auf seine Vitalität angewiesen sei. Er selbst sei jedoch nicht so firm in der Beurteilung solcher Erkrankungen, weshalb er den Kläger gebeten habe, sich bei dem Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Ch.-Bad G., Priv.-Doz. Dr. H., vorzustellen. Der dortige ambulante Untersuchungstermin sei bereits für 28. Juni 2012 vorgesehen.

Priv.-Doz. Dr. H. berichtete nach der auf die ambulante Untersuchung folgenden stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung des Klägers vom 14. August bis 10. Oktober 2012, es seien der Verdacht auf eine organische emotional labile Störung (ICD-10 F06.6), ein schweres depressives Syndrom (ICD-10 F32.2) sowie der Zustand nach einem Arbeitsunfall im Jahre 2009 mit Contusio cerebri, multiplen Frakturen und einer Hirnstammkontusion diagnostiziert worden. Der Kläger habe bei der Aufnahme berichtet, er sei sehr aufgewühlt. Er habe das Thema eigentlich längst begraben wollen, spüre nun jedoch, dass er so nicht weitermachen könne. Es gehe ihm sehr schlecht und er habe einsehen müssen, dass eine Behandlung notwendig sei. Er habe geschildert, dass sich das depressive Zustandsbild langsam nach dem Unfall aufgebaut habe. Unmittelbar nach seinem schweren Sturz sei er psychisch noch recht gut drauf gewesen. Seit etwa einem Jahr habe die depressive Symptomatik indes stark zugenommen. Es hätten weitere Belastungen zu dieser Verschlechterung geführt, wie etwa ein familiärer Todesfall und Ähnliches. Aufnahmegrund sei ein zunehmendes depressives Syndrom nach schwerem Arbeitsunfall im Jahre 2009 gewesen. Der Kläger habe sich zu Beginn stark affektlabil gezeigt, so dass diagnostisch an eine organische emotional labile Störung gedacht worden sei. Er habe ein großes Bedürfnis gehabt, das Unfallthema zu besprechen. Es habe sich gezeigt, dass er seither kaum Gelegenheit gehabt habe, den Unfall zu verarbeiten. Er habe sich weitgehend sozial zurückgezogen sowie sehr mit der Berentung und den Auswirkungen auf sein Selbstwertgefühl gehadert. Beides seien sicherlich auslösende Faktoren für das depressive Syndrom gewesen. Ein Hinweis auf Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung habe nicht bestanden, insbesondere habe der Kläger Intrusionen, Flashbacks und Alpträume verneint.

Mit Bescheid vom 5. Februar 2013 lehnte es die Beklagte ab, den Bescheid vom 22. Juni 2011 zurückzunehmen. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 31. Oktober 2013 zurückgewiesen. Weder sei von einem unrichtigen Sachverhalt ausgegangen worden, noch habe sie das Recht unrichtig angewandt. Die eingeholten und ihr vorliegenden Gutachten bestätigten die von ihr angenommenen unfallbedingten Funktionseinschränkungen, welche jedoch keine MdE in rentenberechtigendem Grad zur Folge hätten. Wegen der Unfallfolgen sei der Kläger lediglich bis Mitte November 2010 arbeitsunfähig gewesen, Verletztengeld sei ihm aus formalen Gründen sogar

bis 24. Juni 2011 gezahlt worden.

Hiergegen hat der Kläger am 21. November 2013 beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage erhoben, welches den Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. B. und den Facharzt für Orthopädie Dr. G. als sachverständige Zeugen befragt hat.

Dr. B. hat im Februar 2014 ausgeführt, der Kläger sei von Anfang Oktober 2009 bis zuletzt Ende Mai 2013 sporadisch in seiner Behandlung gewesen. Im Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen vom 25. Juli 2009 habe der Kläger über Schlafstörungen, Kopfschmerzen und eine ausgeprägte Depression berichtet. Eine spezifische Behandlung habe durch ihn nicht stattgefunden.

Dr. G. hat im April 2014 kundgetan, er habe den Kläger von Anfang Juni 2006 bis aktuell behandelt. Er habe ihm gegenüber angegeben, am Unfalltag aus einer Höhe von 3 m auf eine Mauer und anschließend auf einen steinernen Boden eines 1,30 m tiefen Schachtes im Innenhof einer Gebäudeanlage gestürzt zu sein. Nach einem ihm vorliegenden neurologischen Fremdbefundbericht habe für den genauen Unfallhergang eine retrograde Amnesie bestanden. Zum damaligen Untersuchungszeitpunkt sei der Kläger schläfrig und verlangsamt gewesen. Es habe ein ausgeprägter posttraumatischer Lagerungsschwindel, eine Schluckstörung und eine leichte Dysarthrie vorgelegen. Läsionen des Nervus vagus und des Nervus glossopharyngeus seien nicht sicher ausgeschlossen worden. Er habe im Laufe der Zeit beim Kläger einen zunehmenden sozialen Rückzug festgestellt. Bei jedem Gespräch über den Unfall sei eine starke emotionale Labilität mit Weinen und offensichtlichen Merkfähigkeitsstörungen vorhanden gewesen. Es habe demgegenüber weniger eine körperlichen Fehlfunktion der Extremitäten oder der Rumpfmuskulatur bestanden. Eine deutliche Besserung habe sich lediglich passager durch den stationären Aufenthalt im Ch.-Bad G. von Mitte August bis Mitte Oktober 2012 ergeben. Im Mai 2014 hat Dr. G. ergänzt, eine fachärztlich orthopädische Diagnostik erfordere selbstverständlich auch die Gesamterfassung des Leidensdruckes eines Patienten. Ungeachtet der Tatsache, dass sein Arbeitsalltag in einem sehr hohen Maße neurologische Leistungsbeurteilungen beinhalte, wäre die nach dem Unfall aufgetretene psychische Alteration des Klägers von jedem anderen, nicht fachärztlich vertieft ausgebildeten Kollegen ebenfalls leicht erkannt worden.

Das SG hat zudem den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. H. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Nach der ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 22. Oktober 2014 hat er ausgeführt, bei der ersten ärztlichen Untersuchung nach dem Unfallereignis sei der neurologischen Seite keine besondere Bedeutung beigemessen worden. Denn nach dem Durchgangsarztbericht sei ein Konsiliararzt nicht als erforderlich angesehen worden, obwohl eine Commotio cerebri diagnostiziert worden sei. Bei seiner Untersuchung habe der Kläger über ganz unspezifische Beschwerden berichtet. So habe er sich nicht in der Lage gefühlt, zu arbeiten. Er habe die Angst angeführt, am Telefon mit anderen zu kommunizieren. Er habe befürchtet, dass der andere merke, dass er zu nichts mehr fähig sei. Er bringe die Dinge, welche selbstverständlich seien, nicht mehr so richtig zusammen. Er habe wetterabhängige Kopfschmerzen und einen ständigen Druck in den Ohren. Psychopharmaka habe er zuletzt vor zwei Jahren eingenommen, diese aber nicht vertragen. Neurologisch habe sich nichts Krankhaftes gefunden, insbesondere kein Anhalt für einen Nystagmus oder eine Störung des Gleichgewichtssystems. Psychisch sei er zu Beginn der Untersuchung auffällig gewesen. Es sei zu einem starken Tränenausbruch mit Schluchzen gekommen, als er ihn nach dem Unfallhergang gefragt habe. Auf Vorhalt habe er indes sofort mit dem Weinen aufgehört. Im Laufe des Gespräches habe sich auch die anfänglich deutlich ausgeprägte Langsamkeit beim Sprechen verloren. Die jetzt vorgebrachten Beschwerden könnten keinesfalls dem Unfallereignis vom 25. Juli 2009 zugerechnet werden. Zum einen müsste ein Primärschaden am Gehirn nachweisbar sein, was im Vollbeweis auf keinen Fall gelinge. Hierauf hätten schon frühere Gutachter hingewiesen. Selbst wenn beim Kläger etwa im CT eine Contusio, also eine Hirnverletzung mit Substanzdefekten, nachzuweisen wäre, könnte dieser Körperschaden die jetzigen Beschwerden nicht erklären. Eine Depression habe sicher bereits früher bestanden, wobei unfallunabhängige Teilgründe eine Rolle gespielt haben dürften. Die Ehe des Klägers sei etwa schon längere Zeit zerrüttet gewesen. Eine Depression geringeren Ausmaßes sei momentan nicht ganz auszuschließen, könne aber nicht mit dem Unfall in Zusammenhang gebracht werden. Der Kläger habe sich auch weitgehend wieder gefangen. Mit seiner neuen Partnerin mache er sehr lange Wanderungen und habe wieder soziale Kontakte geknüpft. Eine psychiatrische Behandlung beziehungsweise eine solche mit Psychopharmaka habe schon seit Jahren nicht mehr stattgefunden. Auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet bestünden folglich aktuell keine Gesundheitsstörungen. Dr. T. habe einen ausgeprägten Lagerungsschwindel beschrieben, welcher jetzt nicht mehr bestehe. Der von diesem erwähnte Rückzug habe sicher im Zusammenhang mit einer Depression gestanden, welche jedoch abgeklungen sei.

Das SG hat die Klage, mit der zuletzt unter Aufhebung der angefochtenen Verwaltungsentscheidung die Verurteilung der Beklagten zur Aufhebung des Bescheides vom 22. Juni 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. März 2012 und Gewährung von Verletztengeld ab 13. November 2010, hilfsweise Verletztenrente nach einer MdE von 50 v. H., begehrt worden ist, mit Urteil vom 24. Februar 2015 abgewiesen. Ein Anspruch auf Verletztengeld ab 13. November 2010 und ein solcher auf Verletztenrente bestünden wegen des Arbeitsunfalls vom 25. Juli 2009 nicht. In Übereinstimmung mit den Ausführungen der Neurologen und Psychiater Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W., Prof. Dr. St., Priv.-Doz. Dr. R. und Dr. H. sei davon auszugehen, dass auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet zum Zeitpunkt der Beendigung der Verletztengeldzahlung keine wesentlichen Gesundheitsstörungen mehr vorgelegen hätten, welche auf den Arbeitsunfall zurückzuführen seien. Auch wenn Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. nicht mehr abschließend dazu Stellung genommen habe, lasse sich aus seinen mehrfachen Äußerungen deutlich entnehmen, dass er maßgeblich auf eventuelle Beweisergebnisse auf orthopädisch-chirurgischem und HNO-ärztlichem Fachgebiet verwiesen habe. Seine Bedenken seien durch das schlüssige und eindeutige Gutachten von Prof. Dr. H. und die überzeugende sachverständige Zeugenaussage von Dr. G. ausgeräumt worden. Da nach den Ausführungen von Dr. G. und Priv.-Doz. Dr. M. auf unfallchirurgischem Gebiet nur eine MdE von unter 10 v. H. gerechtfertigt sei, lägen insgesamt die Voraussetzungen für die Gewährung einer Verletztenrente nicht vor. Sofern Dr. T. im Rentenverfahren ein anderes Leistungsbild des Klägers gesehen habe, zumal unter weitgehender Ausklammerung von Fragen der Kausalität, lasse sich seinem Gutachten entnehmen, dass diese Beurteilung auf den beiden Diagnosen schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome und erheblich ausgeprägter Lagerungsschwindel beruhe. Ein Lagerungsschwindel sei indes zuletzt nicht mehr festgestellt und auch vom Kläger gegenüber dem als letzten Sachverständigen gehörten Dr. H. nicht mehr angegeben worden. Bezüglich der Diagnose einer depressiven Episode lasse sich dem Gutachten von Dr. T. entnehmen, dass dieser selbst nicht von einem Dauerzustand ausgegangen sei. Die Tatsache, dass sich der Kläger im Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall nicht in eine einschlägige psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung begeben habe, riefen darüber hinaus Zweifel am Vorhandensein wesentlicher psychischer Beeinträchtigungen hervor. Das Fehlen einer solchen Behandlung könne als Indiz eines geringen Leidensdruckes wegen der geschilderten Beeinträchtigung gewertet werden. Bei fehlender ärztlicher Behandlung könne in der Regel nicht davon ausgegangen werden, dass ein diagnostiziertes seelisches Leiden bereits eine stärker behindernde Störung darstelle.

Hiergegen hat der Kläger am 18. März 2015 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) Berufung eingelegt.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist Priv.-Doz. Dr. H. mit der Erstattung eines psychiatrischen Gutachtens beauftragt worden. Nach seinen Ausführungen vom 14. Juli 2015, die an den stationären Aufenthalt des Klägers ab 11. Juni 2015 zur Restabilisierung und einen weiteren kürzeren Klinikaufenthalt danach anknüpfen, seien eine organische emotionale labile Störung (ICD-10 F06.6), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und eine schwere, rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.2) diagnostiziert worden. Beim Kläger seien bis zu dem wenige Tage vor seinem 51. Geburtstag stattgehabten Unfall keine Störungen auf psychiatrischem Fachgebiet aufgetreten, obwohl er auch davor Härten, Frustrationen oder seinen Selbstwert tangierende Erfahrungen gemacht habe. So habe er die Aufmerksamkeit der viel beschäftigten Mutter mit mehreren Geschwistern teilen müssen. Er habe einen fordernden Vater erlebt. Er habe zudem Strenge und Strafen durch die ihn unterrichtenden Lehrkräfte erfahren. Er sei wegen seiner Legasthenie einer Beschämung ausgesetzt gewesen. Er habe berufliche Neuanfänge starten müssen, auch seien Beziehungen zu Ende gegangen. Dennoch habe er sein Leben bis zum Unfall im Juli 2009 gemeistert, nach eigenen Angaben sei er damit zufrieden gewesen. Die Kindheit habe er als schön beschrieben. Mit fünfzehn oder sechzehn Jahren sei er schon eine sehr sichere Persönlichkeit gewesen, mit klaren Vorstellungen wie es in seinem Leben zu laufen habe und was er erreichen wolle. Zusammenfassend hätten vor dem Unfall eine gute Lebenstauglichkeit und ein Gefühl von Kohärenz, dem Kern von Resilienz, bestanden. Auch während des stationären Aufenthaltes im Park-Klinikum in Bad K. seien keine Hinweise auf eine unfallunabhängige psychische Vorerkrankung gesehen worden. Das Problem des Klägers liege in den hohen Erwartungen, die er an sich stelle, nicht aber an einer mangelnden Bereitschaft, sich anzustrengen. Prof. Dr. St. sei aufgefallen, dass er mit 2 mA von üblichen 16 mA nur eine geringe Stimulationsstärke toleriert habe. Dr. Sch. habe berichtet, der Kläger wünsche keine Befreiungsmanöver, da er diese als belastend empfinde. In gleichem Sinne habe Dr. T. dokumentiert, dass der Kläger Angst vor der neurologischen Untersuchung, insbesondere der Lageprüfung, gehabt habe. Er versuche, mit der Untersuchungssituation verbundene und in der Vergangenheit erlebte negative Konsequenzen wie Lagerungsschwindel, Kopfdruck, Panik sowie traumatische Gefühle von Hilflosigkeit und Beschämung zu vermeiden. Denn diese aktivierten traumaassoziierte Erlebnisweisen. Das Verhalten sei allerdings nicht auf eine Wehleidigkeit zurückzuführen. Biographisch erhärten lasse sich dies jedenfalls nicht. Es sei als traumabedingtes Vermeidungsverhalten zu sehen, nicht als mangelnde Bereitschaft, sich anzustrengen. Mit "Trauma" sei nicht im somatischen Sinne der Moment gemeint, in dem sich der Kläger die körperlichen Verletzungen zugezogen habe. Zu diesem Zeitpunkt habe eine retrograde Amnesie bestanden. Traumatisch sei indes die sich lange hinziehende Zeitspanne danach gewesen. Ein Trauma sei als ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, was mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergehe und so eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- oder Weltverständnisses bewirke, definiert. Eine Amnesie schließe ein Trauma nicht aus. Entgegen einer weit verbreiteten Auffassung könne sich eine posttraumatische Belastungsstörung gleichwohl entwickeln, wenn kurzzeitig Bewusstlosigkeit vorgelegen habe. Es gebe danach lediglich Hinweise, dass mit zunehmendem Schweregrad beziehungsweise längerer Bewusstlosigkeits- oder Komadauer Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung seltener aufträten.

Der Kläger habe sich im Juni 2015 abermals in seine stationäre Behandlung begeben, nachdem er durch die Begutachtung von Dr. H. und die rechtliche Auseinandersetzung erneut mit der Traumageschichte konfrontiert worden sei, was seine Strategie der Verdrängung außer Kraft gesetzt habe. In diesem Zusammenhang sei es zu depressiven Einbrüchen sowie emotionaler Labilität mit häufigem und raschem Weinen gekommen. Er versuche zu vermeiden, suche aber auch nach Gerechtigkeit. Zudem sei seine finanzielle Situation sehr eng, die Verletztenrente wäre höher als die Erwerbsminderungsrente. Bei der Untersuchung durch Prof. Dr. St. habe er sich unter Druck gesetzt gefühlt. Es sei auf ihn "eingeschlagen" worden, um zu sehen wie er reagiere. Es seien ihm Elektroschocks "in die Beine gejagt" worden. Es sei Übermenschliches von ihm verlangt worden. Seine Schwächen seien ausgenutzt worden. Es sei ihm gedroht worden, wenn er nicht alles gebe, sei sein Führerschein weg. Er habe den Reaktionstest dann nochmal machen müssen. Danach sei sein ganzer Kopf durcheinander geworfen gewesen. Er habe vierzehn Tage wegen Kopfschmerzen sein Zimmer nicht mehr verlassen. Ohnehin sei er aus jeder Begutachtung depressiver herausgekommen. Medikamentös habe er mit Venlafaxin, Cipralex und Solvex drei verschiedene Präparate ausprobiert, welche er jedoch nicht vertragen habe. Er habe das Gefühl gehabt, nicht mehr er selbst zu sein und unter Benommenheit gelitten. Bis auf fünf probatorische Sitzungen habe er keine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen.

In Auseinandersetzung mit den Vorgutachten zeige sich, dass es verschiedene Beschwerdestränge gebe, welche teilweise eine gewisse Schwankung im Zeitverlauf zeigten, sich aber über die Jahre durchzögen. Sie seien vielfältig und begründeten isoliert betrachtet keine MdE. Weder habe sich eine strukturelle Hirnschädigung mittels Bildgebung darstellen lassen noch sei das Bild einer beidseitigen oder kompletten Störung klinisch konsistent gewesen, wie es bei höhergradigen Hirnstammschädigungen auch aufgrund anderer Erkrankungen, welche diesen Bereich betreffen, anzutreffen sei (Pseudobulbärparalyse mit etwa Dysarthrie, Schluckstörungen, Heiserkeit und Affektlabilität mit Zwangslachen oder -weinen, aber auch Zeichen einer extrapyramidalmotorischen Störung und weitergehende Lähmungen). Andererseits seien wiederholt diskrete Befunde in diesem Bereich vorhanden gewesen. Betroffen gewesen sei der Hirnnerv VII, zu Beginn noch die Hirnnerven VIII, IX und X. Ein Uhrglasverband sei angelegt worden, wobei sich noch eine leichte Mundastchwäche gezeigt habe. Ein Nystagmus sei festgestellt worden. Ferner seien neurologische Befunde erhoben worden. Der Kläger leide noch nach Jahren an einer diskreten kognitiven Teilleistungsschwäche, welche nicht alleine durch eine depressive Pseudodemenz erklärbar sei. Er gehe davon aus, dass die verschiedenen Stränge wie Lagerungsschwindel, Schluck-, Sprach-, Geschmacks- und Hörstörungen, leichte kognitive Beeinträchtigungen sowie teilweise auch die Affektlabilität in der Hirnstammsymptomatik ihre Ursache hätten. Die Ausprägung sei in der Tat jeweils nicht massiv, allerdings spürbar und anhaltend. Sie bekämen ihr Gewicht durch ihre überadditive Wechselwirkung.

Bei synoptischer Betrachtung der diagnostischen Einschätzungen sämtlicher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sei am ehesten davon auszugehen, dass eine unfallbedingte, organisch emotionale Instabilität bestanden habe, woraus sich zusammen mit anderen diskreten neurologisch-neuropsychologischen Residualsymptomen eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt habe. Die Kriterien nach DSM-IV seien erfüllt, insbesondere nach dem Essener Trauma Inventar (ETI). Die ICD-10-Kriterien gruppieren sich um dieselbe Kernsymptomatik von Vermeidung, welche beim Kläger ausgeprägt vorhanden sei, Hyperarousal, also vegetative Übererregung mit Angst und Anspannung, die vorliegend streckenweise sehr ausgeprägt sei, sowie Intrusionen. Das Zeitkriterium sei ebenfalls erfüllt, zumal als Trauma die erlebte Situation nach dem Unfall, nicht dieser selbst anzusehen sei. In allen drei Bereichen lägen somit die Voraussetzungen vor, wobei sich der Aspekt der Intrusion, bedingt durch die Amnesie, nicht auf das Unfallgeschehen selbst beziehe und es auch keine Albträume oder Flashbacks gebe. Traumatisch im engeren Sinne sei nicht das Unfallgeschehen selbst gewesen, sondern die Zeit danach mit der Erfahrung körperlicher Beeinträchtigung, Angst, Hilflosigkeit, des Scheiterns der bisherigen Lebensstrategien, das Leben zu bewältigen, der damit verbundenen Infragestellung eigener Werte sowie der Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses. Dies habe sich in einem Kreislauf der Selbstverstärkung erst allmählich aufgebaut. Anfänglich sei der Kläger noch optimistisch gewesen, dass er sich schon aufrappeln werde und seine Arbeit in naher Zukunft wieder aufnehmen könne. Als dies nicht geschehen und die von ihm positiv

wahrgenommene Unterstützung weggebrochen sei, seien eine längere Phase des depressiven Rückzuges und ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten aufgetreten. In dieser Zeit hätten keine Therapien stattgefunden. Klinisch sei die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung schon von Dr. Sch. gestellt worden. Der Dipl.-Psych. W. habe eine ausgeprägte posttraumatische Symptomatik gesehen. Auch Prof. Dr. Dipl.-Ing. W. habe eine vermehrte Schreckhaftigkeit in Form eines Hyperarousal und einer Hypervigilanz dokumentiert und festgestellt, so dass die formalen Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung gegeben seien. Bei dessen Untersuchung hätten sich in der IES-R ein Wert von 0,8 und im PDEQ deutlich erhöhte Werte für peritraumatische Erlebnisweisen gefunden. Die vermehrte Schreckhaftigkeit sei angesichts der Bewusstlosigkeit als schwer zu interpretieren eingestuft worden, was jedoch die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht ausschließe. Diese sei erst spät gestellt worden, weil es sich um eine Erkrankung handle, welche sich vermeidungs- und schambedingt nicht sofort erschließe.

Auch er habe während des ersten stationären Aufenthaltes des Klägers im Jahre 2012 diesen Aspekt noch nicht so klar gesehen und stärker den Aspekt der unfallbedingten organischen emotionalen Instabilität in den Vordergrund gerückt. Weiter habe sich als traumatisch erst die selbstverstärkende Situationsdynamik nach dem eigentlichen Unfallereignis ausgewirkt. Darüber hinaus seien bedingt durch die Amnesie Flashbacks und Alpträume nicht im üblichen Gewand dahergekommen, da unfallbezogene Inhalte erwartet worden seien. Es seien dissoziative Mechanismen wegen der organisch getönten affektiven Instabilität unterlaufen worden. In der Tat schwierig sei die Abgrenzung zwischen Hyperarousal als Trauma- und organischer emotionaler Instabilität als Unfallfolge. Da beides aber ursächlich aus dem Unfall abzuleiten sei und eine Durchdringung der verschiedenen Aspekte als überadditiver Aspekt vorliege, sei die genaue Grenze nicht wesentlich. Die jetzigen Beschwerden hätten sich nach dem Unfall manifestiert und seien mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Teilursache für die Entstehung des Gesundheitsschadens. Selbst wenn beim Kläger Persönlichkeitsakzentuierungen wie narzisstisch oder zwanghaft unterstellt würden, komme diesen kein wesentlicher Einfluss zu. Ohne diesen Unfall hätten sich die bei ihm vorhandenen Erkrankungen nicht entwickelt. Die MdE schätze er für den in Frage stehenden Zeitraum wegen der stärker behindernden Störung auf psychotraumatischer Grundlage mit 30 bis 40 v. H. ein. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe durchgehend bestanden. Das gründliche Gutachten von Prof. Dr. Dipl.-Ing. W. gebe umfänglich die relevanten Befunde wieder. Es seien von ihm die richtigen Fragen gestellt, jedoch der Aspekt der organischen emotionalen Instabilität und die posttraumatische Belastungsstörung nicht hinreichend gewürdigt worden. Durch die sich ihm selbst bietenden Möglichkeiten habe der Kläger über Wochen hinweg und unabhängig von Begutachtungskontexten, bei denen Affektausbrüche als Dramatisierung oder Simulationsneigung, zumindest aber als situationsbezogene Anspannung fehlgedeutet worden seien, erlebt werden können, weshalb sich ihm dieser Aspekt besser erschlossen habe. Das kognitive und situative Vermeidungsverhalten sei beim Kläger sehr stark ausgeprägt gewesen. Die Intrusionen bezögen sich vorliegend nicht auf das wegen der Bewusstlosigkeit amnesierte Unfallereignis, sondern eher auf die Situationen der Scham oder solche, bei denen sich die Möglichkeit ergebe, einen Unfall zu erleiden, wie auf Treppen oder Leitern. Es gebe keinen Anhalt für eine persönliche Lebenskrise des Klägers vor dem Unfall. Die in der Tat existentiell einschneidenden und belastenden Veränderungen seien demgegenüber Folge des Unfallereignisses gewesen. Ohne kognitive Erschwernis, Schwindelattacken und diesbezügliche Ängste, Affektlabilität, daraus resultierendem Rückzug, Hilflosigkeit und Frustration wären mit hoher Wahrscheinlichkeit weder der Betrieb noch die Ehe gefährdet gewesen. Die Ehefrau habe ihn als wesensverändert erlebt. Sie habe sich zunächst engagiert und ihn unterstützt, indem sie sich um den Betrieb gekümmert habe. Nicht nachvollziehbar sei, worauf sich die Aussage stütze, die Ehe sei davor zerrüttet gewesen. Weiterhin sei nicht plausibel, dass dies ausreichte, eine posttraumatische Belastungsstörung zu induzieren. Die damit verbundenen möglichen Belastungen des allgemeinen Lebens seien von der gleichen Art wie sie der Kläger früher gemeistert habe und auch heute nach dem Scheitern der Ehe wieder bewältige. Bei der Begutachtung durch Dr. H. sei der Gesichtspunkt der gegenseitigen Verstärkung von kleinen Effekte im Sinne von Verstärkungskreisläufen zu kurz gekommen und die im Verlauf letztlich entscheidenden psychiatrischen Aspekte nicht ausreichend gewürdigt worden. Zudem sei die Interpretation in eine Interaktion umgeschlagen und habe die Situation verändert. Der Kläger sei getriggert, verstört und zugemacht worden.

Der Kläger trägt im Wesentlichen vor, der Sachverständige Priv.-Doz. Dr. H. stütze auf psychiatrischem Fachgebiet eine MdE zwischen 30 und 40 v. H. Hinzu kämen die Einschränkungen auf orthopädischem Fachgebiet, welche eine MdE von mindestens 10 v. H. zur Folge hätten. Es lägen Funktionseinschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule vor, insbesondere eine eingeschränkte endgradige Rotation beiderseits. Die sonstigen Unfallfolgen auf diesem Fachgebiet seien im Gutachten von Priv.-Doz. Dr. M. zusammengefasst. Ärztlicherseits sei ihm geraten worden, jegliche Überkopfarbeiten deswegen zu vermeiden. Eine Berufsausübung im Fliesenlegerbereich sei indes oftmals und ganz wesentlich mit einer solchen Tätigkeit verbunden, etwa beim Einsetzen der Materialien.

Er beantragt zuletzt noch,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 24. Februar 2015 und den Bescheid vom 5. Februar 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Oktober 2013 aufzuheben sowie die Beklagte zu verpflichten, den Bescheid vom 22. Juni 2011 in der Fassung des Bescheides vom 5. August 2011 teilweise zurückzunehmen, und diese zu verurteilen, ihm wegen des Arbeitsunfalls vom 25. Juli 2009 Verletzengeld über den 24. Juni 2011 hinaus, hilfsweise eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 vom Hundert ab 25. Juni 2011, zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, Priv.-Doz. Dr. H. sei bei der Begutachtung einem Rollenkonflikt ausgesetzt gewesen. Nach seinen Ausführungen habe sich der Kläger ab 11. Juni 2015 stationär zu einer Stabilisierungsbehandlung im Ch-Bbad G. aufgehalten. An dessen nicht genanntem Ende habe der Kläger den Wunsch nach einer Begutachtung geäußert. Neben den Gerichtsakten habe sich Priv.-Doz. Dr. H. unter anderem auf die Eindrücke aus diesem stationären Alltag und während des Therapieprogrammes sowie auf die bei der früheren stationären Behandlung im Jahre 2012 in derselben Klinik gewonnenen Erkenntnisse gestützt. Diese Konstellation beinhalte prinzipiell die Gefahr, dass sich die gutachtliche Meinungsbildung mit Elementen aus dem verstehenden therapeutischen Prozess vermische. Darüber hinaus seien an vielen Stellen im Gutachten Aspekte der Befundebene, auf der objektiv zu erhebende Sachverhalte zu dokumentieren seien, mit Gesichtspunkten der Beschwerdebene, also den Angaben des Klägers, vermischt worden. Priv.-Doz. Dr. H. habe zwar eine organische emotional labile Störung, eine posttraumatische Belastungsstörung und eine schwere, rezidivierende depressive Störung diagnostiziert. Bei einer emotional labilen Störung handle es sich indes um ein unspezifisches Syndrom. Wenn es als organisch klassifiziert und, wie von ihm

vorgenommen, auf den Unfall zurückgeführt werde, bedürfe es des Nachweises einer organischen Hirnschädigung. Dies sei allerdings nicht belegt worden. Er habe ohnehin lediglich diese bereits während des stationären Aufenthaltes im Jahre 2012 gestellte Diagnose übernommen und damit auch eine substantielle Hirnschädigung unterstellt. Worauf sich die diagnostizierte organische emotionale labile Störung bei dem damaligen stationären Aufenthalt gestützt habe, sei dem Gutachten indes nicht zu entnehmen. Dr. H. und die sonstigen Gutachter seien übereinstimmend zu dem Ergebnis gelangt, dass der Vollbeweis für eine bei dem Unfall erlittene substantielle Hirnschädigung nicht zu erbringen sei. Ob und in welchem Umfang eine emotional labile Störung bei dem Kläger vorliege, könne dahingestellt bleiben. Ein Zusammenhang dieser Störung mit dem Unfall sei nicht herzustellen, nachdem die Grundlage für eine Klassifizierung als organisch bedingt fehle, also eine substantielle Hirnschädigung nicht nachgewiesen sei. Anders als Priv.-Doz. Dr. H. sei von keinem der Vorgutachter eine posttraumatische Belastungsstörung überhaupt nur in Erwägung gezogen worden. Bemerkenswert sei, dass diese Diagnose auch von den Ärzten des Klinikums Ch.-Bad während des achtwöchigen stationären Aufenthalts im Jahre 2012 nicht gestellt worden sei. Damals sei gezielt nach einer solchen Störung geforscht worden. Im Gutachten von Priv.-Doz. Dr. H. sei ausdrücklich erwähnt worden, dass der Kläger Intrusionen, Flashbacks und Alpträume, also wesentliche Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, verneint habe. Nach dem stationären Aufenthalt im Jahre 2012 hätten beim Kläger wohl keine ins Gewicht fallenden psychischen Beeinträchtigungen bestanden. So sei im Gutachten wiedergegeben, dass in diesem Jahr bis Dezember, bis auf wiederkehrende, kurze depressive Einbrüche von drei bis vier Tagen, eigentlich alles ganz in Ordnung gewesen sei. Medikamente seien keine eingenommen worden. Priv.-Doz. Dr. H. habe die Diagnose zum einen auf einzelne, in seinem Gutachten im psychischen Befund beschriebene Symptome wie Vermeidungsverhalten und eine Reaktion auf Triggerreize sowie auf die Ergebnisse mehrerer Selbstbeurteilungsbögen gestützt. Aus dem sechs Jahre nach dem Unfall erhobenen Querschnittsbefund lasse sich das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung daraus nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit herleiten. Zudem habe sich Priv.-Doz. Dr. H. im Wesentlichen allein auf die Angaben des Klägers gestützt, welche im Hinblick auf die Gesamtsituation, in der sie gemacht worden seien, relativiert werden müssten. Im Übrigen könne aus den prinzipiell unspezifischen Teilsymptomen nicht die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung abgeleitet werden. Die Selbstbeurteilungsbögen seien aus naheliegenden Gründen prinzipiell nicht geeignet, das tatsächliche Vorliegen von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung hinreichend zu beweisen. Mit der entscheidenden Frage, ob nach den international anerkannten Diagnosesystemen die Eingangskriterien A1 und A2 einer posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt seien, habe sich Priv.-Doz. Dr. H. nicht befasst. Würden die Kriterien der ICD-10 oder des DSM-IV zugrunde gelegt, sei mit dem A2-Eingangskriterium eine grundlegende Bedingung für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht erfüllt. Denn der Kläger habe keine Erinnerung an das Unfallereignis. Zwar werde im wissenschaftlichen Schrifttum diskutiert, dass eine Amnesie die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht ausschließe. Diese Diskussion sei jedoch noch nicht abgeschlossen und bewege sich zum Teil im Spekulativen. Außerdem würden in der neuen fünften Fassung des DSM die Eingangskriterien präziser gefasst. Es werde nunmehr gefordert, dass Betroffene ein akutes, katastrophales und lebensbedrohliches Ereignis erlebten. Eine Amnesie für das Unfallereignis schließe ein solches Erleben aus. Indirekt habe Priv.-Doz. Dr. H. die Frage der Eingangskriterien umgangen, indem er losgelöst von allen gängigen Definitionen als Trauma nicht das Unfallereignis selbst, sondern die erlebte Situation danach angesehen habe. Sein Postulat einer überadditiven Wechselwirkung verschiedener Faktoren könne nicht als Ersatz für das A2-Kriterium dienen. Abgesehen davon genüge die vom Kläger bewusst erlebte Situation nach dem Unfall objektiv nicht dem A1-Kriterium. Unabhängig dieser Diskussion um die Eingangskriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung, habe keiner der nervenärztlichen Vorgutachter Symptome beobachten können, welche das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung nahelegten. Gleiches gelte für die Ärzte, welche den Kläger im Jahre 2012 über längere Zeit in der der Psychiatrischen Klinik Ch.-Bad G. betreut hätten. Auch im weiteren Verlauf seien bis zum Zeitpunkt der jüngsten Begutachtung keine entsprechenden Symptome dokumentiert worden. Eine organisch begründbare depressive Störung könne aus den Gründen, weshalb eine organische emotionale labile Störung nicht Folge des Unfallereignisses sein könne, ebenfalls nicht angenommen werden. Da keines der von dem Priv.-Doz. Dr. H. angenommenen Krankheitsbilder auf psychiatrischem Fachgebiet auf das streitgegenständliche Unfallereignis zurückzuführen sei, entfalle die Grundlage für eine MdE.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen sowie die Verwaltungsakte der Beklagten (5 Bände) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143](#), [§ 144 Abs. 1 SGG](#)), aber unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist zuletzt noch das angefochtene Urteil des SG vom 24. Februar 2015, soweit damit die in der dortigen mündlichen Verhandlung als kombinierte Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 Abs. 4 SGG](#); vgl. BSG, Urteil vom 11. April 2013 - [B 2 U 34/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 200 Nr. 4, Rz. 30 m. w. N. zur Zulässigkeit einer Kombination von solchen Klagen) erhobene Klage, mit welcher der Kläger sinngemäß unter Aufhebung des Bescheides vom 5. Februar 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Oktober 2013 die Verpflichtung der Beklagten zur teilweisen Rücknahme des Bescheides vom 22. Juni 2011 in der Fassung des Bescheides vom 5. August 2011 und Gewährung von Verletztengeld über den 24. Juni 2011 hinaus, hilfsweise Verletztenrente nach einer MdE von 50 v. H. ab 25. Juni 2011, verfolgt hat, abgewiesen worden ist (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 18. September 2009 - [L 8 U 5884/08](#) -, juris, Rz. 32 ff. zu einer Teilrücknahme der Klage durch spätere Antragsbeschränkung).

Nach [§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist, soweit es sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht worden sind, der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen.

Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht erfüllt. In Bezug auf die begehrte Gewährung von Verletztengeld über den 24. Juni 2011 hinaus hat die Beklagte jedenfalls diese Sozialleistung nicht zu Unrecht nicht erbracht. Hinsichtlich der hilfsweise beanspruchten Feststellung eines Rechts auf Verletztenrente ab 25. Juni 2011 ist sie bei Erlass des Bescheides vom 22. Juni 2011 weder von einem Sachverhalt ausgegangen, der sich als unrichtig erweist, noch hat sie das Recht unrichtig angewandt.

Als Rechtsgrundlage für die von dem Kläger beanspruchte Gewährung von Verletztengeld ab 25. Juni 2011 kommt, da die Voraussetzungen für einen Anspruch auf das so genannte "Übergangs-Verletztengeld" nach [§ 45 Abs. 2](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) ersichtlich

nicht vorliegen, einzig [§ 45 Abs. 1 SGB VII](#) in Betracht. Danach wird Verletztengeld erbracht, wenn Versicherte infolge eines Versicherungsfalles arbeitsunfähig sind oder wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können und unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder die dort aufgeführten Sozialleistungen hatten. Gemäß [§ 46 Abs. 1 SGB VII](#) wird Verletztengeld von dem Tag an gezahlt, ab dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, oder mit dem Tag des Beginns einer Heilbehandlungsmaßnahme, welche die Versicherten an der Ausübung einer ganztägigen Erwerbstätigkeit hindert. Die Zahlung von Verletztengeld endet nach [§ 46 Abs. 3 Satz 1 SGB VII](#) mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit oder der Hinderung an einer ganztägigen Erwerbstätigkeit durch eine Heilbehandlungsmaßnahme (Nr. 1) oder mit dem Tag, der dem Tag vorausgeht, an dem ein Anspruch auf Übergangsgeld besteht (Nr. 2). Wenn mit dem Wiedereintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht zu rechnen ist und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erbringen sind, endet das Verletztengeld gemäß [§ 46 Abs. 3 Satz 2 SGB VII](#) mit dem Tag, an dem die Heilbehandlung so weit abgeschlossen ist, dass die Versicherten eine zumutbare, zur Verfügung stehende Berufs- oder Erwerbstätigkeit aufnehmen können (Nr. 1), mit Beginn der in [§ 50 Abs. 1 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten Leistungen, es sei denn, dass diese Leistungen mit dem Versicherungsfall im Zusammenhang stehen (Nr. 2), im Übrigen mit Ablauf der 78. Woche, gerechnet vom Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an, jedoch nicht vor dem Ende der stationären Behandlung (Nr. 3).

Für die Zeit ab 25. Juni 2011 fehlt es an einer wegen des Ereignisses vom 25. Juli 2009 bestehenden Arbeitsunfähigkeit des Klägers. Arbeitsunfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles liegt anknüpfend an die Rechtsprechung zu diesem Begriff in der gesetzlichen Krankenversicherung vor, wenn Versicherte aufgrund der Folgen eines Versicherungsfalles nicht in der Lage sind, ihrer zuletzt ausgeübten oder einer gleich oder ähnlich gearteten Tätigkeit nachzugehen (vgl. zur ständigen Rechtsprechung in der gesetzlichen Krankenversicherung: BSG, Urteile vom 30. Mai 1967 - [3 RK 15/65](#) -, [BSGE 26, 288](#), 9. Dezember 1986 - [8 RK 12/85](#) -, [BSGE 61, 66](#) und 8. Februar 2000 - [B 1 KR 11/99 R](#) -, [BSGE 85, 271](#) (273); zur Übernahme dieses Begriffs in die gesetzliche Unfallversicherung: BSG, Urteile vom 29. November 1972 - [8/2 RU 123/71](#) -, [BSGE 35, 65](#), 4. Dezember 1991 - [2 RU 76/90](#) -, [SozR 3-2200 § 560 Nr. 1](#) und 13. Aug. 2002 - [B 2 U 30/01 R](#) -, [SozR 3-2700 § 46 Nr. 1](#)). Arbeitsunfähigkeit ist danach gegeben, wenn Versicherte ihre zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles konkret ausgeübte Tätigkeit wegen Krankheit nicht weiter verrichten können (vgl. hierzu und zum Folgenden: BSG, Urteil vom 30. Oktober 2007 - [B 2 U 31/06 R](#) -, [SozR 4-2700 § 46 Nr. 3](#), Rz. 12). Dass sie möglicherweise eine andere Tätigkeit trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung noch ausüben können, ist unerheblich. Geben sie nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit die zuletzt innegehabte Arbeitsstelle beziehungsweise bei selbstständiger Tätigkeit ihre Arbeitstätigkeit auf, ändert sich allerdings der rechtliche Maßstab insofern, als für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr die konkreten Verhältnisse an diesem Arbeitsplatz maßgebend sind, sondern nunmehr abstrakt auf die Art der zuletzt ausgeübten Beschäftigung abzustellen ist. Versicherte dürfen dann auf gleich oder ähnlich geartete Tätigkeiten verwiesen werden, wobei aber der Kreis möglicher Verweisungstätigkeit entsprechend der Funktion des Kranken- oder Verletztengeldes eng zu ziehen ist. Handelt es sich bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit um einen anerkannten Ausbildungsberuf, so scheidet eine Verweisung auf eine außerhalb dieses Berufes liegende Beschäftigung aus. Auch eine Verweisungstätigkeit innerhalb des Ausbildungsberufes muss, was die Art der Verrichtung, die körperlichen und geistigen Anforderungen, die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten sowie die Höhe der Entlohnung angeht, mit der bisher verrichteten Arbeit im Wesentlichen übereinstimmen, sodass Versicherte sie ohne größere Umstellung und Einarbeitung ausführen können. Dieselben Bedingungen gelten bei ungelerten Arbeiten, nur dass hier das Spektrum der zumutbaren Tätigkeiten deshalb größer ist, weil die Verweisung nicht durch die engen Grenzen eines Ausbildungsberufes eingeschränkt ist.

Der Kläger übte zum Zeitpunkt des von der Beklagten mit Bescheid vom 22. Juni 2011 festgestellten Arbeitsunfalls vom 25. Juli 2009, für den sie nach [§ 114 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) in Verbindung mit Anlage 1 Nr. 7, [§ 121 Abs. 1 SGB VII](#) in Verbindung mit [§ 3 Abs. 1 Ziff. I Nr. 9](#) ihrer Satzung die verbandszuständige Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung ist, eine selbstständige Tätigkeit als Fliesenlegermeister aus. Seinen Betrieb gab er erst im Jahre 2012 auf, weshalb für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ab 25. Juni 2011 bis dahin die von ihm konkret ausgeübte Tätigkeit maßgeblich ist. Als Fliesenlegermeister plante er die Arbeitsabläufe und leitete seine Mitarbeitenden an. Er nahm kaufmännische und verwaltende Aufgaben wahr, verhandelte mit Lieferanten, kalkulierte Angebote, erledigte den betriebsbezogenen Schriftverkehr und beriet Kunden. Ob der Anstellung von nur einer Voll- und einigen wenigen Teilzeitkräften arbeitete er auch selbst mit und gestaltete etwa Fliesenbeläge. Hierbei bearbeitete er Bodenbeläge, was handwerkliches Geschick und eine gute Augen-Hand-Koordination erforderte. Der Kläger musste über räumliches Vorstellungsvermögen verfügen, wenn etwa Verlegepläne mit Mustern zu erstellen und zu lesen waren. Es wurden Zwangshaltungen eingenommen sowie Fliesenpakete oder Mörtelsäcke gehoben und getragen. Dies entnimmt der Senat der Berufsinformation der Bundesagentur für Arbeit (im Internet unter "[www.berufenet.arbeitsagentur.de](#)", Beruf "Fliesenlegermeister" und "Fliesenleger"), womit der Bevollmächtigte des Klägers im Termin zur mündlichen Verhandlung beim LSG konfrontiert worden ist. Von dieser in einem Kleinbetrieb üblichen Arbeitsweise abweichende Angaben hat der Kläger nicht gemacht, insbesondere nicht bei den anamnestischen Erhebungen während der gutachterlichen Untersuchungen, als er hiernach gefragt wurde. Soweit er sich hierzu überhaupt näher eingelassen hat, entsprach seine Arbeitstätigkeit der üblichen in seinem Beruf als selbstständiger Fliesenlegermeister, welcher einen Kleinbetrieb führt. Nach dem im Wege des Urkundenbeweises ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 415 ff.](#) Zivilprozessordnung - ZPO) verwerteten Gutachten von Dr. T. übte er eine überwiegend sitzende und lediglich zeitweise stehende Tätigkeit in "Tagesschicht" aus, was damit in Einklang steht.

Diese konkret zum Zeitpunkt des Unfalls ausgeübte Tätigkeit konnte der Kläger wegen der Folgen des Ereignisses vom 25. Juli 2009 ab 25. Juni 2011 wieder verrichten, zu einem Zeitpunkt also, als er seinen Betrieb noch nicht aufgegeben hatte. Spätestens ab diesem Datum hat der Arbeitsunfall weder durch einen unfallbedingten Gesundheitserst- noch einen damit im Ursachenzusammenhang stehenden Gesundheitsfolgeschaden (unmittelbare Unfallfolge) oder infolge der Erfüllung eines Tatbestandes des [§ 11 SGB VII](#) als mittelbare Unfallfolge zur Arbeitsunfähigkeit des Klägers geführt.

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweismäßigkeit des Berufungsgerichts als Tatsacheninstanz bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, welche die Tatbestandsmerkmale "Unfallereignis" und "Gesundheitsschaden" der haftungsausfüllenden Kausalität bei unmittelbaren Unfallfolgen oder die Tatbestandsvoraussetzungen nach [§ 11 SGB VII](#) erfüllen sollen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis des naturphilosophischen Ursachenzusammenhanges zwischen diesen Voraussetzungen der Grad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 31. Januar 2012 - [B 2 U 2/11 R](#) -, [SozR 4-2700 § 8 Nr. 43](#), Rz. 17). Der Gesundheitsschaden muss darüber hinaus nicht nur sicher feststehen, sondern auch durch Einordnung in eines der gängigen Diagnosesysteme (z. B. ICD-10, DSM IV) unter Verwendung der dortigen Schlüssel exakt bezeichnet werden (BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 31/11 R](#) -, [juris](#), Rz. 18; Urteile des Senats vom 26. November 2015 - [L 6 U 50/15](#) -, [juris](#), Rz. 48 m. w. N. und vom

17. März 2016 - [L 6 U 4796/13](#) -, juris, Rz. 37).

Die Zurechnung als unmittelbare Unfallfolge setzt voraus, dass die versicherte Einwirkung aufgrund eines sicher feststehenden Unfallereignisses den Gesundheitsschaden objektiv und rechtlich wesentlich verursacht hat (vgl. dazu und zum Folgenden BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 38 mit 31 ff.).

Voraussetzung ist daher zunächst, dass die Verrichtung der versicherten Tätigkeit den Schaden, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, objektiv (mit-)verursacht hat. Für Einbußen der Verletzten, für welche die versicherte Tätigkeit keine (Wirk-)Ursache war, besteht schlechthin kein Versicherungsschutz und haben die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht einzustehen. (Wirk-)Ursachen sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die in Frage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen. Insoweit ist Ausgangspunkt der Zurechnung die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolges gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen ("conditio sine qua non"). Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung muss eine versicherte Verrichtung, die im Sinne der "Conditio-Formel" eine erforderliche Bedingung des Erfolges war, darüber hinaus in seiner besonderen tatsächlichen und rechtlichen Beziehung zu diesem Erfolg stehen. Sie muss (Wirk-)Ursache des Erfolges gewesen sein, muss ihn tatsächlich mitbewirkt haben und darf nicht nur eine im Einzelfall nicht wegdenkbare zufällige Randbedingung gewesen sein. Ob die versicherte Verrichtung eine (Wirk-)Ursache für die festgestellte Einwirkung und die Einwirkung eine (Wirk-)Ursache für den Gesundheitserstschaden war, ist eine rein tatsächliche Frage. Sie muss aus der nachträglichen Sicht ("ex post") nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen, gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten, beantwortet werden (vgl. dazu BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 61 ff.). Eine Verrichtung ist jedes konkrete Handeln von Verletzten, das objektiv seiner Art nach von Dritten beobachtbar und subjektiv, also jedenfalls in laienhafter Sicht, zumindest auch auf die Erfüllung des Tatbestandes der jeweiligen versicherten Tätigkeit ausgerichtet ist. Als objektives Handeln der Verletzten kann es erste Ursache einer objektiven Verursachungskette sein. Diese kann über die Einwirkung auf den Körper, über Gesundheitserstschäden oder den Tod hinaus bis zu unmittelbaren oder im Sinne von [§ 11 SGB VII](#), der für die zweite Prüfungsstufe andere Zurechnungsgründe als die Wesentlichkeit regelt, mittelbaren Unfallfolgen sowie etwa auch zur MdE und zu den Bedarfen reichen, derentwegen das SGB VII Leistungsrechte vorsieht (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 31). Erst wenn die Verrichtung, die möglicherweise dadurch verursachte Einwirkung und der möglicherweise dadurch verursachte Gesundheitsschaden festgestellt sind, kann und darf auf der ersten Prüfungsstufe der Zurechnung, also der objektiven Verursachung, über die tatsächliche Kausalitätsbeziehung zwischen der Verrichtung und der Einwirkung mit dem richterlichen Überzeugungsgrad mindestens der Wahrscheinlichkeit entschieden werden. Es geht hierbei ausschließlich um die rein tatsächliche Frage, ob und gegebenenfalls mit welchem Mitwirkungsanteil die versicherte Verrichtung, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, eine (Wirk-)Ursache der von außen kommenden, zeitlich begrenzten Einwirkung auf den Körper von Versicherten war (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 32). Zweitens muss der letztlich durch die versicherte Verrichtung mitbewirkte Schaden rechtlich auch unter Würdigung unversicherter Mitursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich der begründeten Versicherung fallenden Gefahr, eines dort versicherten Risikos, zu bewerten sein. Denn der Versicherungsschutz greift nur ein, wenn sich ein Risiko verwirklicht hat, gegen das die jeweils begründete Versicherung Schutz gewähren soll (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 33).

Wird auf der ersten Stufe die objektive (Mit-)Verursachung bejaht, indiziert dies in keiner Weise die auf der zweiten Stufe der Zurechnung rechtlich zu gebende Antwort auf die Rechtsfrage, ob die Mitverursachung der Einwirkung durch die versicherte Verrichtung unfallversicherungsrechtlich rechtserheblich, also wesentlich, war. Denn die unfallversicherungsrechtliche Wesentlichkeit der (Wirk-)Ursächlichkeit der versicherten Verrichtung für die Einwirkung muss eigenständig rechtlich nach Maßgabe des Schutzzweckes der jeweils begründeten Versicherung beurteilt werden (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 34). Sie setzt rechtlich voraus, dass der Schutzbereich und der Schutzzweck der jeweiligen durch die versicherte Verrichtung begründeten Versicherung durch juristische Auslegung des Versicherungstatbestandes nach den anerkannten Auslegungsmethoden erkannt werden. Insbesondere ist festzuhalten, ob und wie weit der Versicherungstatbestand gegen Gefahren aus von ihm versicherten Tätigkeiten schützen soll (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 16/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 2 Nr. 21, Rz. 21 ff.). Nur wenn beide Zurechnungskriterien bejaht sind, erweist sich die versicherte Verrichtung als wesentliche Ursache (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 37).

Diese Voraussetzungen müssen für jede einzelne Gesundheitsstörung erfüllt sein. Eine solche ist jeder abgrenzbare Gesundheitsschaden, der unmittelbar durch eine versicherte Einwirkung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht worden ist, die durch ein- und dieselbe versicherte Verrichtung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde. Es handelt sich also um die ersten voneinander medizinisch abgrenzbaren Gesundheitsschäden, die infolge ein- und derselben versicherten Verrichtung eintreten (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 39).

Zur Überzeugung des Senats steht fest, dass der Kläger, welcher Mitglied im K.-Z.-P. e. V. gewesen ist, am 25. Juli 2009 gegen 16 Uhr das Dach dessen Trainingszentrums in N.-Ö. bestieg, um die Konstruktion vor der Demontage zu prüfen. Die Tätigkeit des Klägers erfolgte ehrenamtlich, ohne dass dieser sie aufgrund einer Mitgliedspflicht schuldete. Hierbei stürzte er 3 m in die Tiefe auf eine Mauer und anschließend auf einen steinernen Boden eines 1,30 m tiefen Schachtes, der sich auf dem Vereinsgelände befand. Eine Erinnerung an den Unfallhergang hat der Kläger selbst zwar ob einer retrograden Amnesie nicht. Der Unfallhergang erschließt sich dem Senat indes zum einen ob der Angaben, welche der 1. Vorsitzende des K.-Z.-P. e. V., H. K., in der Unfallanzeige von Oktober 2009 tätigte. Zum anderen hat der Zeuge Dr. G. im April 2014 insoweit die Angaben des Klägers zum Ereignisablauf wiedergegeben, welche dieser offensichtlich über Dritte in Erfahrung gebracht hatte. Zweifel an diesem Unfallablauf sind beim Senat deswegen nicht entstanden. Den zwischenzeitlichen Aufprall auf eine Mauer und den sich fortsetzenden Sturzvorgang führte der Kläger bereits in der Sondersprechstunde bei Prof. Dr. W. Mitte November 2009 an.

Der Kläger, welcher wegen seiner handwerksberuflichen Fähigkeiten die Umbaumaßnahmen des Trainingszentrums begleiten sollte und in dieser Funktion die Dachkonstruktion prüfte, übte zum Zeitpunkt des Unfallereignisses am 25. Juli 2009 eine versicherte Tätigkeit als so genannter "Wie-Beschäftigter" gemäß [§ 2 Abs. 2 Satz 1](#) in Verbindung mit Abs. 1 Nr. 1 SGB VII für den K.-Z.-P. e. V. aus, da nach dem Gesamtbild diese Tätigkeit wie von einem Beschäftigten ausgeübt wurde (vgl. BSG, Urteil vom 31. Mai 2005 - [B 2 U 35/04 R](#) -, [SozR 4-2700 § 2 Nr. 5](#), Rz. 17 m. w. N.) und sie nicht aufgrund seiner Mitgliedspflicht bei diesem Verein geschuldet war. Die Vereinsmitgliedschaft als solche schließt den Versicherungsschutz als Wie-Beschäftigter nicht aus (vgl. BSG, Urteil vom 24. März 1998 - [B 2 U 13/97 R](#) -, [SozR 3-2200 § 539 Nr. 41](#), S. 166 m. w. N.).

Durch das Aufschlagen zunächst auf die Mauer und anschließend den steinernen Boden infolge des Sturzes von dem Dach kam es zu einer zeitlich bis 12. November 2010 begrenzten Anpassungsstörung und Fehlverarbeitung des Unfallereignisses, einer ohne wesentliche Folgen verheilten Gehirnerschütterung, leichten Sensibilitätsstörungen im Bereich der rechten Wange nach operativ versorgter verschobener Jochbogenstückfraktur rechts mit beteiligter Schädigung des Nervus facialis mit verbliebener leichter Fazialismundastasymmetrie zuungunsten rechts, ohne wesentliche Folgen verheilte Serienfrakturen der Rippen 7 bis 9 rechts und 9 bis 12 links, ohne wesentliche Folgen verheilte Frakturen der Dornfortsätze der Brustwirbelkörper 8 bis 10 sowie der Querfortsätze der Brustwirbelkörper 10 bis 12 links und der Lendenwirbelkörper 1 bis 3 links sowie leichten Bewegungseinschränkungen im Bereich der Hüftgelenke beidseitig nach nicht verschobener vorderer Beckenringfraktur links. Die hierbei angeführten Gesundheitsstörungen als Folgen des Arbeitsunfalls vom 25. Juli 2009 hat die Beklagte im Wesentlichen aufgrund des Gutachtens von Priv.-Doz. Dr. M. mit bestandskräftigem Bescheid vom 22. Juni 2011 bindend festgestellt ([§ 77 SGG](#)).

Wegen der hierdurch bedingten Funktionsstörungen auf orthopädisch-unfallchirurgischem Fachgebiet war es dem Kläger jedenfalls zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Priv.-Doz. Dr. M. Anfang März 2011 wieder möglich, alle Arbeiten, welche in seinem Beruf als selbstständiger Fliesenlegermeister notwendig waren, auszuführen. Dies entnimmt der Senat dessen schlüssiger Expertise, welche im Wege des Urkundenbeweises verwertet worden ist. Die beiderseitigen Rippenserienfrakturen mit bloßen Beschwerden im Bereich des rechten Rippenbogens und paravertebral thorakal beiderseits waren, wie die Dornfortsatz- und Querfortsatzfrakturen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule, welche im unteren Teil der Wirbelsäule mit geringen paravertebralen Restbeschwerden einhergingen, und die vordere Beckenringfraktur links mit geringgradiger Bewegungseinschränkung im Bereich beider Hüftgelenke, jeweils knöchern konsolidiert. Dies steht in Einklang mit der Krankengeschichte des Klägers seit dem Unfall bis zur Begutachtung durch Priv.-Doz. Dr. M. ... Bereits im Zeitpunkt der Untersuchung durch Prof. Dr. W. Mitte November 2009 waren die Frakturen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule sowie des Thorax und des Beckens weitgehend knöchern abgeheilt. Der Kläger gab insoweit nur noch Restbeschwerden an. Die Beweglichkeit der peripheren Gelenke der Wirbelsäule war jeweils nur noch endgradig reduziert. Dr. P. erkannte während der stationären Rehabilitationsmaßnahme im Dezember 2009 ebenfalls knöchern konsolidierte Frakturen. Lediglich im Bereich des linken Beckens äußerte der Kläger noch belastungsabhängige Schmerzen. So kam auch er zu der Bewertung, dass eine Wiederaufnahme der Tätigkeit als Fliesenleger aus orthopädischer Sicht möglich gewesen ist. Soweit Dr. M. Ende Dezember 2009 eine deutliche Restsymptomatik mit erheblichen Verspannungen und eine Blockierung des Kopfes annahm, knüpfte dies auch an einer Blockierung im Bereich C0/1 an, also im Gelenk zum Hinterkopf. In diesem Bereich der Halswirbelsäule wurde indes während des stationären Aufenthaltes in der Klinik für Chirurgie des S. St. T. Klinikums vom Tag des Unfalls bis Anfang September 2009 keine Gesundheitsstörung festgestellt. Priv.-Doz. Dr. M. führte bei seiner gezielten chirurgischen Begutachtung einen solchen Körperschaden schließlich nicht auf das Unfallereignis zurück. Einzig Dr. B. berichtete in der Folgezeit, dass Anfang Juli 2010 weiterhin Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule mit Schwindelgefühl bestanden hätten. Daher haben die vom Kläger im Berufungsverfahren zuletzt noch hervorgehobenen Funktionseinschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule, insbesondere eine eingeschränkte endgradige Rotation beiderseits, zur Überzeugung des Senats nicht zur unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit beitragen können.

Die Anpassungsstörung (ICD-10-GM-2016-F43.2), welche auch Dr. P. im Dezember 2009 fachfremd annahm, dauerte jedenfalls nicht über den 24. Juni 2011 hinaus an. Die Beklagte ist sogar nur von dem 12. November 2010 als Enddatum ausgegangen. Trotz hirnganischer Ursache der geklagten Kopfschmerzen und der kognitiven Einschränkungen ist die vom Kläger nach dem 24. Juni 2011 geklagte Symptomatik zwar Folge einer Fehlverarbeitung des Unfalls vom 25. Juli 2009. Mangels schwerwiegender, die berufliche Tätigkeit als selbstständiger Fliesenlegermeister unmöglich machende körperliche Unfallfolgen ist sie indes nicht rechtlich wesentlich als unfallbedingte misslungene Anpassung zu werten. Die versicherte Einwirkung tritt in dieser Konstellation in ihrer Bedeutung derart zurück, dass solche Folgen nicht mehr vom Schutzzweck der Wie-Beschäftigung, also gegen die Gefahren aus der Tätigkeit als solcher geschützt zu sein, umfasst sind. Ob eine Ursache rechtlich wesentlich ist, ist auch dann zu prüfen, wenn sie als alleinige Ursache festgestellt ist, weil andere (Mit-)Ursachen nicht erwiesen oder nicht in Betracht zu ziehen sind. Denn auch in diesem Fall wird die Einstandspflicht der Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung nur begründet, wenn sich durch den Unfall, der durch die versicherte Verrichtung objektiv verursacht wurde, eine Gefahr verwirklicht hat, gegen die der Versicherungstatbestand schützen soll (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2015 - [B 2 U 8/14 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 55, Rz. 21). Andere Folgen sind dem allgemeinen Lebensrisiko zuzurechnen. Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. hat in seinem Gutachten nebst ergänzender Stellungnahme nach von der Beklagten beigezogener und ihm vorgelegter Krankenakte des Klägers über dessen stationären Aufenthalt in der Chirurgischen Klinik des S. St. T. Klinikums vom 25. Juli bis 4. September 2009 nachvollziehbar dargelegt, dass anhand dieser Unterlagen aus medizinischer Sicht der Nachweis einer substantiellen Hirnschädigung nicht zu führen ist. Zwar ist in den Unterlagen in den ersten Tagen des stationären Aufenthaltes eine Schläfrigkeit beschrieben worden. Gleichzeitig erhielt der Kläger indes eine Dauerinfusion mit relativ hohen Gaben von Dipidolor. Da gleichzeitig keinerlei Hinweise für das Vorliegen einer Orientierungsstörung oder Verwirrtheit genannt worden sind, vermochte Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. die Schläfrigkeit nicht als Nachweis einer substantiellen Hirnschädigung zu werten. Diese ist demgegenüber eher der Analgesie zuzurechnen. Hierfür spricht auch, dass sie unmittelbar nach Änderung der Medikation von Dipidolor auf ein orales Opioid verschwand. In den Unterlagen ist zwar eine Beeinträchtigung aller möglichen Hirnnerven wie Nervus facialis, Nervus glossopharyngeus und Nervus vagus sowie eine Schluckstörung beschrieben worden. Diese Befundbeschreibung ist jedoch äußerst wechselhaft und widersprüchlich, was dem Sachverständige Priv.-Doz. Dr. H. bei seiner synoptischen Betrachtung entgangen ist. Die durchgeführte radiologische Schluckdiagnostik erbrachte schließlich keinen fassbaren pathologischen Befund. Die Breischluckuntersuchung ergab keine krankhafte Veränderung des Ösophagus und der Magenpassage. Eine Hirnstammschädigung als organische Störung liegt daher mangels auffälligem MRT in Bezug auf eine belangvolle Hirnschädigung und fehlendem Durchgangssyndrom nach dem psychopathologischen Befund nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vor. Für dieses Ergebnis nicht hinreichend gewesen ist allerdings, wie Prof. Dr. St. vertreten hat, dass allein das MRT unauffällig gewesen ist. Nicht überzeugt hat den Senat indes die Ansicht von Priv.-Doz. Dr. H., wonach die geklagte Symptomatik in ihrer Ausprägung zwar jeweils nicht massiv, aber spürbar und anhaltend gewesen sei, weshalb sie ihr Gewicht durch ihre überadditive Wechselwirkung bekommen habe und die verschiedenen Stränge wie Lagerungsschwindel, Schluck-, Sprach-, Geschmacks- und Hörstörungen, leichte kognitive Beeinträchtigungen sowie teilweise auch die Affektlabilität in der Hirnstammsymptomatik ihre Ursache hätten. Damit hat Priv.-Doz. Dr. H. nicht schlüssig versucht, den Nachweis einer Krankheitsursache über ihre denknotwendig unterstellte Wirkung zu führen, da deren Voraussetzungen bereits das Beweisziel enthalten haben. Damit in Einklang steht, dass die CT des Schädels vom 25. Juli 2009 und zwei Tage später lediglich den Verdacht auf eine Fissur im Bereich des Condylus occipitalis rechts zeigten. Das zweite Verlaufs-CT mit Kontrastmittelgabe ergab insbesondere keinen Anhalt für eine Hirnkontusion. Dr. Sch. diagnostizierte daher lediglich eine Commotio cerebri, also ein Schädel-Hirn-Trauma 1. Grades. Der Facharzt für Diagnostische Radiologie Dr. K. bewertete das MRT des Schädels von Mitte Dezember 2009 als normal und ohne Nachweis von Traumaresiduen. Demgegenüber sind Dr. Sch. Ende Oktober 2009 und Prof. Dr. W. Mitte November dieses Jahres,

ohne allerdings eine bildgebende Diagnostik durchzuführen und damit nicht nachvollziehbar, von einem Zustand nach Contusio cerebri beziehungsweise einem Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades ausgegangen. Ohne dies mittels eines eigenen Befundes zu untermauern hat Dr. P. sogar eine Contusio cerebri mit sekundär diagnostizierter Hirnstammkontusion mit Störung der basalen Hirnnerven angenommen. Indes hat er diese Annahme bereits selbst durch seine Darlegung relativiert, dass wegen des erhobenen Befundes, insbesondere des psychopathologischen, und der Verhaltensbeobachtung die neuropsychologischen Leistungen eher nicht auf ein organisches Defizit zurückzuführen seien. Dr. T. fand ebenfalls Hinweise auf eine gewisse hirnorganische Schädigung, indes konnte er diese genauso wenig objektivieren, worauf Priv.-Doz. Dr. R. in seiner abschließenden beratungsärztlichen Stellungnahme zutreffend hingewiesen hat. Durch das Unfallereignis ist lediglich eine Hirnbeteiligung vom Ausmaß einer reversiblen Hirnfunktionsstörung eingetreten, welche folgenlos ausgeheilt ist. Für eine höhergradige Hirnverletzung haben sich nach mehrfach durchgeführter computer- und kernspintomographischer Befunderhebung, auch unter Verwendung eisensensitiver Sequenzen, keine Hinweise ergeben. Eine axonale Hirnschädigung wurde ferner ausgeschlossen. Zu diesem überzeugenden Ergebnis ist neben Prof. Dr. St. auch der Sachverständige Dr. H. gekommen. Selbst Priv.-Doz. Dr. H. hat eingestanden, dass sich eine strukturelle Hirnschädigung mittels Bildgebung nicht darstellen lassen. Zudem sei das Bild einer beidseitigen oder kompletten Störung klinisch nicht konsistent gewesen, wie es bei höhergradigen Hirnstammschädigungen auch aufgrund anderer Erkrankungen, welche diesen Bereich betreffen, anzutreffen sei (Pseudobulbärparalyse mit etwa Dysarthrie, Schluckstörungen, Heiserkeit und Affektlabilität mit Zwangslachen oder -weinen, aber auch Zeichen einer extrapyramidalmotorischen Störung und weitergehende Lähmungen). Damit steht eine substantielle Hirnschädigung nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit fest. Mangels schwerwiegender, die berufliche Tätigkeit als selbstständiger Fliesenlegermeister unmöglich machende körperliche Unfallfolgen ist die Symptomatik nicht als unfallbedingte misslungene Anpassung zu werten. Wegen der auf den Arbeitsunfall am 25. Juli 2009 zurückzuführenden Funktionsstörungen auf orthopädisch-unfallchirurgischem Fachgebiet war es dem Kläger jedenfalls im Zeitpunkt der Begutachtung durch Priv.-Doz. Dr. M. Anfang März 2011 wieder möglich, alle Arbeiten, welche in seinem Beruf als selbstständiger Fliesenlegermeister notwendig waren, auszuführen. Gleiches galt zu diesem Datum für die Funktionsstörungen auf HNO-ärztlichem Gebiet. Nach dem ebenfalls im Wege des Urkundenbeweises verwerteten Gutachten von Prof. Dr. H. lagen bei dessen gutachterlicher Untersuchung Ende Februar 2011 keine fassbaren Gesundheitsschäden im Bereich der Ohren oder des Gleichgewichtsorgans vor, welche mit seinen Worten einen Grad der Behinderung bewirkten, sinngemäß also Funktionsbeeinträchtigungen zur Folge hatten. In Bezug auf den Geruchs- und Geschmackssinn war es jeweils nur zu einer nicht relevanten geringgradigen Einschränkung gekommen, weshalb nicht näher darauf einzugehen ist, ob eine stärkere Beeinträchtigung überhaupt zur Arbeitsunfähigkeit des Klägers in seinem Beruf als selbstständiger Fliesenlegermeister hätte führen können. Das Wahrnehmungsvermögen für aromatische Geruchsstoffe ist bereits ein Jahr zuvor bei der Untersuchung durch Prof. Dr. St. erhalten gewesen. Es wurden zwei Stoffe auf jedem Nasenloch angeboten, welche vom Kläger sofort erkannt wurden. Eine relevante Geschmackstörung war bereits zuvor bei der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. Mitte August 2010 nicht zu erkennen. Der Kläger berichtete ihm gegenüber, dass er die wesentlichen Qualitäten süß, salzig und sauer bemerkte. Soweit Prof. Dr. H. persistierende Schluckbeschwerden angenommen hat, erbrachte die in der Vergangenheit durchgeführte radiologische Schluckdiagnostik keinen fassbaren pathologischen Befund. Die Breischluckuntersuchung ergab keinen krankhaften Befund des Ösophagus und der Magenpassage. Sonstige körperliche Unfallfolgen, welche die berufliche Tätigkeit des Klägers hätten unmöglich machen können, sind nicht ersichtlich. Die nach Darlegung des Klägers beklagten Beschwerden bei der Miktion, welche posttraumatisch aufgetreten seien, derentwegen er allerdings bereits vor dem Unfall hin und wieder beim Urologen in Behandlung gewesen sei, stellten sich jedenfalls bei der sonographischen Untersuchung durch Dr. L. Ende November 2009 nicht als pathologisch dar. Die Blase konnte restharnfrei entleert werden. Im Übrigen zeigte die Prostata ein homogenes Reflexmuster. Nach Prof. Dr. St., welcher die beim Kläger vorhandene Polyneuropathie mit herabgesetzter Tiefensensibilität, einer vorliegend vorwiegend demyelinisierenden sensorischen und motorischen Neuropathie, nachvollziehbar nicht auf den Unfall vom 25. Juli 2009 zurückführte, ging seitens des neurologisch-psychiatrischen Fachgebietes bereits Anfang Februar 2010 ebenfalls nicht mehr von der Arbeitsunfähigkeit des Klägers aus.

Eine organische emotional labile Störung (ICD-10-GM-2016 F06.6), wie von Priv.-Doz. Dr. H. diagnostiziert, liegt nicht im Vollbeweis vor. Nach der Umschreibung in der Kodierung handelt es sich um eine Störung, charakterisiert durch Affektdurchlässigkeit oder -labilität, Ermüdbarkeit sowie eine Vielzahl körperlicher Missempfindungen wie Schwindel und Schmerzen, jedoch als Folge einer organischen Störung. Nicht schlüssig ist bereits, dass Priv.-Doz. Dr. H. zur Feststellung dieser Gesundheitsstörung nur gelangt ist, indem er bei synoptischer Betrachtung der diagnostischen Einschätzungen sämtlicher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie am ehesten davon ausgegangen ist, dass eine unfallbedingte, organische emotionale Instabilität bestanden hat. Zudem liegt, wie bereits ausgeführt, eine insoweit maßgebende organische Störung zur Überzeugung des Senats nicht im Vollbeweis vor. Da eine substantielle Schädigung weder kortikaler Strukturen noch des Hirnstammes belegt ist, sind die beim Kläger vorhandenen neuropsychologischen Funktionsstörungen somit nicht auf den Arbeitsunfall vom 25. Juli 2009 zurückzuführen, wie Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. überzeugend hergeleitet hat.

Bindend steht nach Auslegung des Bescheides vom 22. Juni 2011 auch fest, dass eine depressive Episode (ICD-10-GM-2011 F32.-) und damit auch die von Priv.-Doz. Dr. H. diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10-GM-2016 F33.2), welche durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert ist, Störungen der Vestibularfunktion (ICD-10-GM-2011 H81.-), eine Serienfraktur der Rippen 7 bis 10 rechts (ICD-10-GM-2011 S22.44) und eine Scheuermann-Krankheit im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule (ICD-10-GM-2011 M42.0-) als Gesundheitsstörungen nicht Folgen des Arbeitsunfalls vom 25. Juli 2009 sind. Dabei ist Maßstab der Auslegung der Empfängerhorizont verständiger Beteiligten, die die Zusammenhänge berücksichtigen, welche die Behörde nach ihrem wirklichen Willen ([§ 133](#) Bürgerliches Gesetzbuch - BGB) erkennbar in ihre Entscheidung einbezogen hat (vgl. BSG, Urteil vom 29. Januar 2008 - B [5a/5 R 20/06 R -](#), [BSGE 100, 1](#), (2) m. w. N.; Urteil des Senats vom 30. Juli 2015 - [L 6 U 3058/14 -](#), juris, Rz. 53). Vor Erlass des Bescheides vom 22. Juni 2011 diagnostizierte Dr. Sch. zunächst eine reaktive Depression, später eine depressive Episode. Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. führte in seinem ebenfalls im Wege des Urkundenbeweises verwerteten Gutachten eine ängstlich-depressive Symptomatik an. Dr. Sch. diagnostizierte des Weiteren einen posttraumatischen Lagerungsschwindel, die Ärzte der Abteilung Plastische Gesichtschirurgie des S. St. T. Klinikums P. K. und C. einen Lagerungsschwindel sowie Prof. Dr. B. einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel. Eine Serienfraktur der Rippen 7 bis 10 rechts erkannte Dr. Sch. ... Der Status nach Morbus Scheuermann der Brust- und Lendenwirbelsäule wurde erstmals von Dr. H. erwähnt. In dem Bescheid vom 22. Juni 2011 hat die Beklagte anschließend ausgeführt, dass eine ängstlich-depressive Symptomatik mit subjektiven Körpersymptomen in Form von Kopfschmerzen, Schwindelbeschwerden und neurokognitiven Defiziten, eine hypochondrische Selbstbeobachtung, eine deutlich reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit, ein verminderter Antrieb, eine vorbestehende Serienfraktur der Rippen 7 bis 10 "links" sowie Morbus Scheuermann-Veränderungen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule nicht als Folgen dieses Versicherungsfalles anerkannt werden, weder im Sinne der Entstehung noch der Verschlimmerung. Aufgrund der Prämisse, dass sich der Gesundheitsschaden durch Einordnung in eines der gängigen Diagnosesysteme unter Verwendung der dortigen Schlüssel exakt bezeichnen lässt und vor dem Hintergrund der

Gesundheitsstörungen, welche in den Dokumenten der den Kläger behandelnden und untersuchenden Ärzte enthalten gewesen sind, mussten folglich verständige Beteiligte die negativen "Feststellungen" im Bescheid vom 22. Juni 2011 dahingehend verstehen, dass depressive Episoden, Störungen der Vestibularfunktion, eine Serienfraktur der Rippen 7 bis 10 rechts und eine Scheuermann-Krankheit im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule nicht auf das Ereignis vom 25. Juli 2009 zurückzuführen sind. Von den in dieser schriftlichen Verwaltungsentscheidung angeführten gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind diese Gesundheitsstörungen einer - negativen - Regelung zugänglich gewesen, mangels Einordnung in eines der gängigen Diagnosesysteme aber nicht etwa die hypochondrische Selbstbeobachtung, die deutlich reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit oder der verminderte Antrieb als Symptome und Befundbeschreibungen. Soweit in diesem Bescheid die vor dem streitgegenständlichen Ereignis eingetretene Serienfraktur der Rippen 7 bis 10 als linksseitig bezeichnet worden ist, handelt es sich um eine offenbare Unrichtigkeit (vgl. [§ 38 Satz 1 SGB X](#)), welche der Feststellung als rechtsseitig nicht entgegensteht. Nach dem Durchgangsarztbericht von Dr. Sch. von Oktober 2009 lag die Fraktur auf der rechten Seite vor. Medizinische Dokumente, aus denen eine linksseitige Verletzung ersichtlich wäre, sind nicht vorhanden. Priv.-Doz. Dr. M. ist ausweislich seines ebenfalls im Wege des Urkundenbeweises verwerteten Gutachtens von einer etwa acht Wochen vor dem Unfall am 25. Juli 2009 erlittenen Rippenserienfraktur ausgegangen, wobei die betroffene Seite nach den ihm vorliegenden medizinischen Befundunterlagen letztlich unklar geblieben sei. Dr. H. ist bei seiner begleitenden röntgenfachärztlichen Befundung hierauf nicht eingegangen. Letztlich hat der Kläger auch nicht behauptet, diese Serienfraktur der Rippen sei auf der linken Seite aufgetreten.

Die von dem Sachverständigen Priv.-Doz. Dr. H. diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung steht nicht zur Überzeugung des Senats fest. Der Dipl.-Psych. W. wies zwar im September 2010 nach fünf probatorischen Psychotherapiesitzungen auf ein Krankheitsbild des Klägers mit ausgeprägten posttraumatischen Symptomen hin. Dr. Sch. führte nach einer Untersuchung Mitte Juli 2011 eine posttraumatische Belastungsreaktion an und Prof. Dr. K. äußerte aus fachfremder neurologischer Sicht den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung. Zudem zeigten sich Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. Hinweise für eine derartige Erkrankung. Bei dessen Untersuchung wies der IES-R einen Wert von 0,8 aus und nach dem PDEQ, einem Fragebogen zu peritraumatischen Dissoziationserfahrungen, ergaben sich deutlich erhöhte Werte für peritraumatische Erlebnisweisen. Angesichts des Umstandes, dass die Symptome posttraumatischer Belastungsstörungen gleichermaßen nach persönlichen Lebenskrisen auftreten und der Kläger selbst Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. gegenüber nicht über typische Marker wie Vermeidungsverhalten oder Intrusionen berichtete, fanden sich zum Zeitpunkt dessen gutachterlicher Untersuchung Mitte August 2010 keine verwertbaren weiteren Anhaltspunkte für diese psychische Erkrankung. Die Diagnosestellung von Priv.-Doz. Dr. H. überzeugt darüber hinaus aus mehreren Gründen nicht.

Die posttraumatische Belastungsstörung, welche nach der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in ihrer aktuellen und international gültigen Ausgabe ICD-10, Version 2016 (ICD-10-GM-2016) als F43.1 kodiert wird, bezeichnet eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10-GM-2016 F62.0) über. Kriterien für die Diagnosestellung sind (vgl. Schnyder, MedSach 2003, S. 142 (143 f.)) ein Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde (A-Kriterium), Wiedererleben: Erinnerungen tagsüber, Träume, Flashbacks, Bedrängnis bei Konfrontation mit ähnlichen Ereignissen (B-Kriterium), Vermeidung von Umständen, welche der Belastung ähneln (C-Kriterium), Amnesie oder erhöhte Sensitivität und Erregung: mindestens zwei der folgenden Merkmale: Schlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsstörungen, Hypervigilanz, erhöhte Schreckhaftigkeit (D-Kriterium) sowie das Auftreten in der Regel innerhalb von sechs Monaten nach dem Ereignis (E-Kriterium). Nach diesem Diagnosesystem orientiert sich die vertragsärztliche Behandlung (Urteil des Senats vom 27. August 2015 - [L 6 VS 4569/14](#) -, juris, Rz. 36). Es ist daher in erster Linie auch von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Sachverständigen anzuwenden, da es die nachvollziehbare Feststellung einer konkreten psychischen Gesundheitsstörung unter Verwendung eines üblichen Diagnosesystems sowie des dortigen Schlüssels und der Bezeichnungen ermöglicht. Zur Feststellung einer posttraumatischen Belastungsstörung herangezogen wird auch das von der American Psychiatric Association in den Vereinigten Staaten von Amerika herausgegebene Diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen, seit 1996 auch auf Deutsch; die Textrevision der vierten Auflage wurde 2000 veröffentlicht (DSM-IV-TR). Nach DSM-IV-TR 309.81 ist das so genannte "Traumakriterium", das A-Kriterium, eingängiger gefasst. Danach ist Hauptmerkmal der posttraumatischen Belastungsstörung die Entwicklung charakteristischer Symptome nach der Konfrontation mit einem extrem traumatischen Ereignis. Das traumatische Ereignis beinhaltet unter anderem das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat (A1-Kriterium). Es muss ein extremes, lebensbedrohliches Ereignis tatsächlich stattgefunden haben (Foerster/Leonhardt, MedSach 2003, S. 146 (147)). Bezüglich des Erlebnisses ist eine Reaktion von Angst, Hilflosigkeit oder Grauen zu verlangen (A2-Kriterium). Weitere Kriterien sind (vgl. Schnyder, a. a. O.) ständiges Wiedererleben des traumatischen Ereignisses (B-Kriterium), anhaltendes Vermeiden spezifischer Stimuli, welche an das Trauma erinnern (C-Kriterium), Angst oder erhöhtes Erregungsniveau (D-Kriterium), Dauer mindestens ein Monat (E-Kriterium) sowie erhebliches Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen (F-Kriterium). Die seit Mai 2013 dem DSM-IV-TR folgende, nunmehr in deutscher Sprache vorliegende 5. Auflage des Diagnostischen und statistischen Manuals (DSM-5) steht dem an sich nicht entgegen (vgl. hierzu Urteil des Senats vom 27. August 2015 - [L 6 VS 4569/14](#) -, a. a. O., Rz. 40; W./Dreßing/Gonschorek/Tegenthoff/Drechsel-Schlund, MedSach 2016, S. 156 ff.). Unter das A-Kriterium wird nunmehr allerdings auch die Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details von einem oder mehreren derartigen traumatischen Ereignissen (z. B. Ersthelfer, die menschliche Leichenteile aufsammeln, oder Polizisten, die wiederholt mit schockierenden Details von Kindesmissbrauch konfrontiert werden) gefasst. Damit löst sich, ohne dies deutlich zu machen, die DSM-5 deutlich von der historischen Entwicklung der Erfassung seelischer Folgen schwerer Traumatisierung in den psychiatrischen Klassifikationsschemata, welche nicht zuletzt unter dem Druck der Veteranen des 1955 begonnenen Vietnamkrieges erfolgte, denen ganz unzweifelhaft permanente lebensbedrohliche Ereignisse widerfahren und die Gräueltaten mit anblicken mussten (vgl. Hirschmüller, MedSach 2003, S. 137 (140)). Hiervon unterscheidet sich der Fall des Klägers gravierend, zumal wenn wegen seiner retrograden Amnesie nicht auf den Sturz vom Gebäudedach abgestellt wird, sondern auf die Zeitspanne nach dem versicherten Ereignis, wie von Priv.-Doz. Dr. H. vorgenommen, der von einer selbstverstärkenden Situationsdynamik nach dem eigentlichen Unfallereignis ausgegangen ist. An dem Diagnosesystem DSM-5 wird im fachmedizinischen Schrifttum zudem die fehlende Validität bemängelt (Urteil des Senats vom 27. August 2015 - [L 6 VS 4569/14](#) -, a. a. O., Rz. 41). Da die exakte psychische Diagnose es nachvollziehbar machen muss, warum und in welchem Ausmaß eine Person psychisch krank ist, ist das

DSM-5 besonders bei der posttraumatischen Belastungsstörung nicht geeignet, diese Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten (Urteil des Senats vom 27. AuG. 2015 - [L 6 VS 4569/14](#) -, a. a. O., Rz. 42).

Nach beiden Diagnosesystemen, also nach ICD-10-GM-2016 und DSM-IV-TR fehlt es vorliegend an den Voraussetzungen für eine Diagnosestellung (vgl. hierzu auch Urteile des Senats vom 26. Juni 2014 - [L 6 VU 2236/13 ZVW](#) - und vom 23. Juni 2016 - [L 6 VH 4633/14](#) -, jeweils juris). In Bezug auf das Sturzereignis selbst ist es beim Kläger wegen der retrograden Amnesie weder zu Intrusionen noch zu Albträumen oder Flashbacks gekommen, wie sich dem Gutachten von Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. und den Ausführungen des Sachverständigen Priv.-Doz. Dr. H. entnehmen lässt. Nach ICD-10-GM-2016 und DSM-IV-TR fehlt es dann allerdings jeweils am B-Kriterium. Offenbleiben kann daher, ob wegen der retrograden Amnesie, selbst bei nur kurzer Bewusstlosigkeit, eine Reaktion von Angst, Hilflosigkeit oder Grauen auf das traumatische Ereignis, also das Vorliegen des A2-Kriteriums nach DSM-IV-TR, ausgeschlossen ist, was Priv.-Doz. Dr. H. in Abrede gestellt hat, nach Auffassung der Beklagten indes nicht den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand (vgl. hierzu BSG, Urteile vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#), Rz. 17 und vom 17. Dezember 2015 - [B 2 U 11/14 R](#) -, juris, Rz. 17 f.) wiedergeben soll. In der Zeit nach dem Arbeitsunfall am 25. Juli 2009 war der Kläger weder einem belastenden Ereignis oder einer Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, ausgesetzt, noch war er mit einem extrem traumatischen Ereignis konfrontiert, weshalb nach beiden Diagnosesystemen das A-Kriterium nicht erfüllt ist. Priv.-Doz. Dr. H. hat insoweit nicht überzeugend auf die im Anschluss an das Unfallereignis angebliche Erfahrung körperlicher Beeinträchtigung, Angst, Hilflosigkeit, des Scheiterns der bisherigen Lebensstrategien, das Leben zu bewältigen, der damit verbundenen Infragestellung eigener Werte sowie der Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses des Klägers abgestellt. Ein extremes, lebensbedrohliches Ereignis als objektives Traamakriterium ist darin nicht zu sehen. Darüber hinaus folgt der Senat Priv.-Doz. Dr. H. auch deshalb nicht, da der von ihm erhobenen psychische Befund nicht klar von anamnestischen Angaben des Klägers abgegrenzt worden ist (vgl. hierzu Deutsche Rentenversicherung Bund, Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung, Stand: August 2012, S. 38). Bei der Rubrik "Psychischer Befund" auf Seite 18 seines Gutachtens wird etwa ein vermehrtes Grübeln beschrieben, welches der Kläger sonst zu vermeiden suche und dieser sich auch wieder fange. Er sei eher einzüglerisch, mit vereinzelten losen Kontakten. Er führe eine Wochenendbeziehung. Den Senat haben die Ausführungen von Priv.-Doz. Dr. H. weiter deshalb nicht überzeugt, da sich diese ausweislich seines Gutachtens zusätzlich auf den stationären Aufenthalt des Klägers ab 11. Juni 2015, welcher dessen Restabilisierung dienen sollte, stützen, der ein Therapieprogramm beinhaltete. Insoweit muss der therapeutische Ansatz von Priv.-Doz. Dr. H. sowie der sonst den Kläger behandelnden Ärztinnen und Ärzte bei der Beweismwürdigung berücksichtigt werden. Denn solche Personen müssen anders als forensisch tätige Sachverständige ein Vertrauensverhältnis zu den Probanden aufbauen und stellen demzufolge deren Angaben nicht kritisch in Frage (Urteil des Senats vom 17. Dezember 2015 - [L 6 VG 4685/14](#) -, juris, Rz. 52; vgl. auch St./Fabra, MedSach 2015, S. 162 (163 ff.)). Priv.-Doz. Dr. H. ist davon ausgegangen, dass durch die sich ihm selbst bietenden Möglichkeiten der Kläger über Wochen hinweg und unabhängig von Begutachtungskontexten, bei denen Affektausbrüche als Dramatisierung oder Simulationsneigung, zumindest aber als situationsbezogene Anspannung fehlgedeutet worden seien, erlebt werden konnte, weshalb sich ihm dieser Aspekt besser erschlossen habe. In Bezug auf die Affektausbrüche des Klägers zeigt dies anschaulich die Vermischung der Funktion von Priv.-Doz. Dr. H. als Sachverständiger und Therapeut. Letztendlich widerspricht er sich selbst, da er die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht bereits nach dem achtwöchigen stationären Aufenthalts im Jahre 2012 stellte, obwohl der Kläger gezielt nach einer solchen Störung untersucht wurde. Im Entlassungsbericht ist ausdrücklich erwähnt worden, dass der Kläger Intrusionen, Flashbacks und Albträume, also wesentliche Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, verneinte und sich auch sonst kein Hinweis auf diese Erkrankung fand.

Somit liegen keine Gesundheitsstörungen als Folgen des Arbeitsunfalls vom 25. Juli 2009 vor, die zu einer über den 24. Juni 2011 hinausgehenden Arbeitsunfähigkeit geführt haben. Es kann daher offenbleiben, ob dem Anspruch auf Bewilligung von Verletztengeld ab 25. Juni 2011 auch die rechtsvernichtende Einwendung des [§ 46 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 SGB VII](#) entgegensteht, wonach das Verletztengeld mit Ablauf der 78. Woche endet, gerechnet vom Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an, vorliegend am 25. Juni 2009 jedoch nicht vor dem Ende der stationären Behandlung, wenn mit dem Wiedereintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht zu rechnen ist und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erbringen sind. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung wäre das Ende des Anspruches auf Verletztengeld danach überhaupt nur eingetreten, wenn die Beklagte eine hierauf gestützte Verwaltungsentscheidung getroffen hätte, was eine Prüfung im Sinne dieser Prognoseentscheidung erfordert, welche durch die Gerichte nicht ersetzt werden kann (BSG, Urteil vom 13. September 2005 - [B 2 U 4/04 R](#) -, juris, Rz. 42). Dies ist vorliegend nicht erfolgt.

Eine Maßnahme der Heilbehandlung, welche der Ausübung einer ganzjährigen Erwerbstätigkeit entgegengestanden hätte ([§ 45 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 2 SGB VII](#)) und wegen des Ereignisses vom 25. Juli 2009 erfolgte (vgl. Ricke, in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: September 2015, [§ 45 SGB VII](#), Rz. 4), ist nach dem 24. Juni 2011 zudem nicht vorgenommen worden.

Somit liegen keine Gesundheitsstörungen als Folgen des Ereignisses vom 25. Juli 2009 vor, die zu einem über den 24. Juni 2011 hinausgehenden Anspruch auf Gewährung von Verletztengeld führen.

Ein Anspruch auf die hilfsweise begehrte Bewilligung von Verletztenrente wegen des Arbeitsunfalls vom 25. Juli 2009 besteht ebenfalls nicht. Anspruchsgrundlage für die begehrte Rentengewährung ist [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#). Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles - hier eines Arbeitsunfalls - über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vohundertsätze 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 Versicherungsfalles sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern ([§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#)). Den Versicherungsfällen stehen gleich Unfälle oder Entschädigungsfälle nach den Beamtengesetzen, dem Bundesversorgungsgesetz, dem Soldatenversorgungsgesetz, dem Gesetz über den zivilen Ersatzdienst, dem Gesetz über die Abgeltung von Besatzungsschäden, dem Häftlingshilfegesetz und den entsprechenden Gesetzen, die Entschädigung für Unfälle oder Beschädigungen gewähren ([§ 56 Abs. 1 Satz 4 SGB VII](#)). Wenn, wie vorliegend, ein Anspruch auf Verletztengeld entstanden ist, werden gemäß [§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) Renten an Versicherte von dem Tag an gezahlt, der auf den Tag folgt, an dem dieser Anspruch endet.

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](#)). Um das Vorliegen der MdE beurteilen zu können, ist zunächst zu fragen, ob das aktuelle körperliche oder geistige Leistungsvermögen beeinträchtigt ist. In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang dadurch die Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person auf dem gesamten

Gebiet des Erwerbslebens vermindert werden. Die Bemessung des Grades der MdE erfolgt als Tatsachenfeststellung des Gerichts, die dieses gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 - [B 2 U 5/10 R](#) -, juris, Rz. 16 m. w. N.). Die zur Bemessung der MdE in Rechtsprechung und Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind dabei zu beachten. Sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen ständigem Wandel (BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) -, [BSGE 93, 63](#)).

Die Einschätzung der MdE setzt voraus, dass der Arbeitsunfall beim Kläger eine Beeinträchtigung des Leistungsvermögens hervorgerufen hat, entweder durch einen unfallbedingten Gesundheitserst- oder einen damit im Ursachenzusammenhang stehenden Gesundheitsfolgeschaden. Das Bestehen einer Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens muss ausgehend von konkreten Funktionseinbußen beurteilt werden. Soweit die MdE sich nicht ausnahmsweise unmittelbar aus den Unfallfolgen erschließt, bilden festgestellte und eindeutig nach gängigen Diagnosesystemen konkret zu bezeichnende Krankheiten (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, [BSGE 96, 196](#)) die Tatsachengrundlage, von der ausgehend die Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Leistungsvermögens auf dem Gebiet des gesamten Erwerbslebens zu beurteilen ist (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 - [B 2 U 5/10 R](#) -, juris, Rz. 17 m. w. N.).

Nach diesen Maßstäben haben die Folgen des Arbeitsunfalls vom 25. Juli 2009 nach dem 24. Juni 2011 nicht zu einer MdE von mindestens 20 v. H. geführt, wie es vorliegend mangels eines vom Kläger angeführten noch sonst ersichtlichen Stützrentenatbestandes im Sinne des [§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) Voraussetzung für einen Anspruch auf Gewährung einer Rente ist. Das Unfallereignis hat über dieses Datum hinaus allenfalls auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet zu Beeinträchtigungen des körperlichen Leistungsvermögens geführt, wodurch die Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens indes nicht maßgeblich vermindert gewesen sind. Nach den schlüssigen Ausführungen von Priv.-Doz. Dr. M. und unter Berücksichtigung der unfallmedizinischen Literatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall- und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 361 ff.) haben die die Stütz- und Bewegungsorgane betreffenden Funktionsstörungen zum Zeitpunkt seiner gutachterlichen Untersuchung Anfang März 2011 eine MdE unter 10 v. H. zur Folge gehabt. Bereits im Zeitpunkt der Untersuchung durch Prof. Dr. W. Mitte November 2009 waren die Frakturen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule sowie des Thorax und des Beckens weitgehend knöchern abgeheilt, bei nicht dislozierter Beckenringfraktur links. Der Kläger gab insoweit nur noch Restbeschwerden an. Die Beweglichkeit der peripheren Gelenke der Wirbelsäule war jeweils nur noch endgradig reduziert. Dr. P. erkannte während der stationären Rehabilitationsmaßnahme im Dezember 2009 ebenfalls knöchern konsolidierte Frakturen. Lediglich im Bereich des linken Beckens äußerte der Kläger noch belastungsabhängige Schmerzen. Zur Überzeugung des Senats bedingten die Unfallfolgen daher sogar bereits ab Anfang 2010 keine MdE in rentenberechtigendem Grad. Sonstige, in diesem Zusammenhang maßgebliche unfallbedingte Funktionsstörungen haben ebenfalls nicht mehr vorgelegen. Priv.-Doz. Dr. H. hat seine Einschätzung der MdE zwischen 30 und 40 v. H. demgegenüber auf Gesundheitsstörungen gestützt, welche entweder nicht im Vollbeweis vorliegen oder nicht im Ursachenzusammenhang mit dem Arbeitsunfall vom 25. Juli 2009 stehen, weshalb der Senat dieser nicht gefolgt ist. Ohnehin liegen beim Kläger wegen der Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet keine nennenswerten dauerhaften Funktionsbeeinträchtigungen vor, die für die MdE von maßgeblicher Bedeutung wären (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 155 ff.). Dies zeigt sich daran, dass der Kläger zwar bei aufgetretenen depressiven Episoden, die als schwer eingestuft wurden, im Sommer 2012 und späten Frühjahr 2015 stationäre Hilfe im Ch.-Bad G. in Anspruch nahm, indes Psychopharmaka zuletzt im Jahre 2012 verabreicht wurden, wie er gegenüber Dr. H. kundtat, und außer den fünf probatorischen Psychotherapiesitzungen im September 2010 bei Dr. W. keine fortgesetzte Therapie erfolgte (vgl. hierzu Urteil des Senats vom 22. Januar 2015 - [L 6 U 5221/12](#) -, juris, Rz. 63).

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-09-07