

L 8 U 4988/13

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Konstanz (BWB)

Aktenzeichen

S 11 U 1955/11

Datum

17.10.2013

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 U 4988/13

Datum

30.09.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

für Recht erkannt: Tenor: Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 17.10.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger gegen die Beklagte wegen eines Arbeitsunfalles am 13.01.2010 ein Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente zusteht.

Der Kläger, geboren 1965, war schon bevor er in die Bundesrepublik Deutschland übersiedelte und ist auch seither als Lokführer beschäftigt. Er war im streitgegenständlichen Zeitpunkt als Lokführer bei der DB Zug Regionalverkehr A.-B. GmbH (RAB), einem Mitgliedsunternehmen der Beklagten, versicherungspflichtig beschäftigt. Während seiner Tätigkeit als Lokführer hatte der Kläger wiederholt Unfälle mit Personen- bzw. Sachschäden erlitten (so z.B. Unfall 1983 in der Sowjetunion; berichteter Unfall vom 04.12.1996, den die Beklagte als nicht nachgewiesen angesehen hatte; Unfall vom 03.06.1998, für den ein Anspruch "auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung" mangels Anzeige des Unfalles und Arztbehandlung nicht anerkannt wurde, Unfall vom 23.11.1999, für den ein Anspruch "auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung" mangels Arbeitsunfähigkeit bzw. Behandlungsbedürftigkeit abgelehnt wurde; Unfall vom 29.09.2002, bei dem ein Anspruch "auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung" bis zum 08.10.2002 anerkannt wurde). Bei einem Unfall am 21.04.2001 zog sich der Kläger eine Knieverletzung zu.

Am 13.01.2010 überfuhr der Kläger im Rahmen seiner versicherten Tätigkeit eine Person. Diese hatte sich trotz Warnsignal in suizidaler Absicht auf die Gleise gelegt. Der Kläger leitete eine Vollbremsung ein, konnte jedoch das Überfahren nicht verhindern. Die Person verstarb in Folge des Unfalles. Der Kläger hatte kurz vor dem Unfall Augenblickkontakt zu ihr (zum Unfall vgl. Unfallanzeige vom 26.01.2010, Blatt 1 der Beklagtenakte; zum Bericht der Polizei bzw. Staatsanwaltschaft vgl. Blatt 97/103 der Beklagtenakte). Der Kläger wurde im Rahmen der Betreuung durch den Arbeitgeber von Dipl.-Psychologe H. am 20.01.2010 und 28.01.2010 in Einzelsitzungen behandelt (zum Bericht vgl. Blatt 7/9 der Beklagtenakte).

Der Kläger stellte sich am 14.01.2010 beim Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. A. vor (zu seiner Auskunft vgl. Blatt 15/16 der Beklagtenakte). Dr. A. gab an, der Kläger leide an einer posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), unabhängig hiervon an einer depressiven Episode wegen der zuvor schon erlebten Traumatisierungen. Er gab Arbeitsunfähigkeit vom 14.01.2010 bis zum 29.01.2010 an. Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie psychotherapeutische Medizin Dr. P., der den Kläger am 21.01.2010 behandelte, gab eine akute Belastungsreaktion mit deutlichen depressiven Zügen sowie den Verdacht auf eine beginnende PTBS an; im letzten Jahr habe er eine seelische Krise durchgemacht, es sei viel zusammengekommen, auch belastende familiäre Ereignisse (Bericht vom 26.01.2010, Blatt 23/24 der Beklagtenakte sowie Auskunft vom 30.03.2010, Blatt 61 der Beklagtenakte). Die Durchgangsarztin Dr. S. (vgl. Berichte vom 09.02.2010 und 01.03.2010, Blatt 22, 25 der Beklagtenakte) ging ebenfalls von einer PTBS aus.

Am 15.02.2010 nahm der Kläger seine berufliche Tätigkeit auf derselben Bahnstrecke wieder auf (Blatt 26 der Beklagtenakte).

Zuvor, am 12.02.2010, begehrte der Kläger telefonisch die Feststellung einer MdE aufgrund der psychischen Folgen des Unfalles; auch führte er eine Urticaria (Nesselsucht) auf die psychischen Folgen des Unfalles zurück (Blatt 32 der Beklagtenakte). Die Beklagte zog von der Bahn-BKK ein Vorerkrankungsverzeichnis bei (Blatt 58/60 der Beklagtenakte) bei, der Kläger legte einen Bericht des Hautarztes Dr. D. vom 12.04.2010 (Blatt 65 der Beklagtenakte) vor, wonach der Kläger schon seit vielen Monaten an einer chronisch rezidivierenden Urticaria

leide. Außerdem holte die Beklagte nach Auswahl durch den Kläger ein Gutachten beim Neurologen und Psychiater Dr. Schm. ein. Dieser führte in seinem Gutachten vom 29.11.2010 (Blatt 116/131 der Beklagtenakte) eine leichte PTBS auf den Unfall vom 13.01.2010 zurück. Er schätzte die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) auf unter 10 v. H. ein, da wesentliche unfallbedingte soziale Anpassungsschwierigkeiten ab 15.02.2010 nicht nachweisbar seien.

Mit Bescheid vom 24.02.2011 (Blatt 134/135 der Beklagtenakte) stellte die Beklagte fest, dass wegen des Ereignisses vom 13.01.2010 ein "Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung" nicht bestehe. Bei dem Unfall habe der Kläger lediglich eine leichte PTBS erlitten. Eine messbare MdE sei nicht verblieben, ein Anspruch auf Rente sei nicht gegeben.

Auf den hiergegen unter Vorlage von Berichten der Fachtherapeutin für Psychologie H. vom 23.02.2011 und 20.04.2011 (Blatt 148/154, 157/160 der Beklagtenakte) eingelegten Widerspruch vom 24.03.2011 (Blatt 144 der Beklagtenakte) holte die Beklagte eine ergänzende Stellungnahme von Dr. Schm. vom 18.04.2011 (Blatt 161/162 der Beklagtenakte) ein, der die von Frau H. beschriebene Symptomatik als Restsymptome der PTBS ansah und weitere Behandlungsbedürftigkeit sowie eine Verlängerung der Psychotherapie vorschlug. Daraufhin gewährte die Beklagte mit Bescheid vom 24.05.2011 (Blatt 165/166 der Beklagtenakte) Psychotherapie bis zum 17.10.2011 und wies im Übrigen den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 27.06.2011 (Blatt 177/181 der Beklagtenakte) zurück. Ein Anspruch auf Zahlung einer Unfallrente bestehe nicht.

Weitere Unfallereignisse erlebte der Kläger am - 30.11.2010 als - auf der gleichen Strecke wie am 13.01.2010 - bei der Durchfahrt des vom Kläger geführten Zuges durch den Bahnhof B. eine Person tödlich verletzt wurde (dazu vgl. Gutachten von Dr. Be. vom 29.05.2013, Blatt 325/344 der Beklagtenakte = Seite 178/197 der SG-Akte), der unfallbedingt eine akute Belastungsstörung und eine Dysthymie leichter Ausprägung angab und die MdE auf 0 schätzte. Die Beklagte übernahm mit Bescheid vom 25.06.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.02.2014 sowie mit Bescheid vom 15.01.2014 und 28.01.2014 (dazu vgl. auch Klageverfahren S 11 U 911/14 beim SG Konstanz) Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung, lehnte jedoch die Gewährung einer Rente ab. - 14.12.2013 (Unfallanzeige vom 16.12.2013), als bei der Durchfahrt des vom Kläger geführten Zuges durch einen Bahnhof K. eine Person vom Bahnsteig auf das Gleis vor den Zug stürzte; die Person wurde tödlich verletzt. Hierzu holte die Beklagte das Gutachten von Dr. P., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25.03.2015 (Blatt 420/433 der Beklagtenakte) ein, der eine Retraumatisierung und eine volle Berufsunfähigkeit sowie eine MdE von 50 bis 60 v.H. annahm (zur ablehnenden beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Br. vgl. Blatt 434/436 der Beklagtenakte). - 18.04.2015 (Unfallanzeige vom 23.04.2015, Blatt 1 der als Anlage zu Blatt 108 der Senatsakte vorgelegten Beklagtenakte), bei dem der vom Kläger geführte Zug von Jugendlichen mit Steinen beworfen worden war, die die Fahrgasttüre durchschlagen hatten; der Kläger gab an, einen Schock erlitten zu haben. Hierzu hat die Beklagte mit Bescheid vom 02.10.2015 (Blatt 121/123 der Senatsakte), gegen den Widerspruch eingelegt wurde, festgestellt, der Kläger habe eine akute Schreckreaktion erlitten. Diese bedinge keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit. Es bestehe auch kein Anspruch auf Rente.

Am 19.07.2011 hat der Kläger beim Sozialgericht (SG) Konstanz Klage erhoben (Az.: [S 11 U 1955/11](#)), die er zuletzt auf das Begehren nach einer Rente beschränkt hat. Bei ihm komme es ab Schichtmitte zu psychischer Dekompensation mit Belastungsspitzen, in der es zu einer massiven vegetativen Übererregtheit auch einhergehend mit körperlicher Symptomatik (Herzrasen, Schweißausbrüche, dem Wunsch wegzulaufen, unruhigen Beinen, Panik und Aggressivität) komme. Wegen des Unfalls vom 21.04.2001 betrage die MdE 10 v.H. Ihm sei wegen des Unfalls vom 13.01.2010 eine MdE von 25 v.H. und eine Rente nach einer MdE von 35 v.H. zu gewähren. Der Kläger hat einen Bericht der Fachtherapeutin H. vom 06.10.2011 (Blatt 30/33 der SG-Akte) vorgelegt, in der diese die Angaben des Klägers wiedergibt.

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung des den Kläger behandelnden Hautarztes Dr. R. als sachverständigen Zeugen. Dieser hat (Blatt 47/48 der SG-Akte) ausgeführt, er könne über eine Verschlimmerung der Hauterkrankung nach dem Unfall am 13.01.2010 keine Angaben machen.

Des Weiteren hat das SG Beweis erhoben durch Einholung von Gutachten bei Prof. Dr. R./Prof. Dr. Bi. auf dermatologischem Fachgebiet und Prof. Dr. St. auf nervenärztlich-psychiatrischem Fachgebiet. Prof. Dr. R. und Prof. Dr. Bi. haben in ihrem Gutachten vom 10.07.2012 (Blatt 58/75 der SG-Akte) mit ergänzender Stellungnahme vom 03.10.2012 (Blatt 118/123 der SG-Akte) ausgeführt, das Ereignis vom 13.01.2010 sei weder geeignet, eine Urticaria factitia zu verursachen, noch habe dieses die Erkrankung richtungswesend verschlimmert. Auch bestehe keine Funktionsbeeinträchtigung, die als Unfallfolge einzuordnen sei. Prof. Dr. St. hat in seinem Gutachten vom 20.08.2012 (Blatt 76/95 der SG-Akte) als Unfallfolge eine PTBS mit einer MdE von 20 v.H. angenommen, worin eine passagere Verschlechterung der Urtikaria bereits enthalten sei. Die Symptomatik sei eng an die Tätigkeit als Lokführer geknüpft und wirke sich bei einer anderen Tätigkeit im Erwerbsleben mit Sicherheit weniger stark, möglicherweise auch gar nicht mehr aus.

Die Beklagte hat den Bericht der Fachtherapeutin H. vom 24.09.2012 (Blatt 114/117 der SG-Akte) vorgelegt, in dem davon berichtet wird, dass die Eindrücke aus dem Unfall vom Januar 2010 nahezu verschwunden seien. Die ab und zu gesehenen Bilder seien emotional eher neutral besetzt.

In seinen ergänzenden Stellungnahmen vom 18.09.2012 (Blatt 102/103 der SG-Akte) hat Prof. Dr. St. an seiner bisherigen Auffassung festgehalten. In seinem weiteren für das SG erstatteten Gutachten nach Aktenlage vom 19.03.2013 (Blatt 1433/165 der SG-Akte) hat er ausgeführt, den Unfall vom 30.11.2010 nicht berücksichtigt zu haben, da der Kläger ihm diesen nicht mitgeteilt habe. Zusammenfassend müsse er daher aufgrund der neuen Erkenntnisse die Schlussfolgerungen aus seinem vorherigen Gutachten korrigieren. Zweifelloso gebe es klinisch so etwas wie eine "kumulative" PTBS, wie es die behandelnde Fachtherapeutin beschreibe. Mit den jetzt vorliegenden Informationen könne man die Symptomatik nicht mehr mit hinreichend plausibler Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 13.01.2010 beziehen. Es komme hinzu, dass die Kriterien einer PTBS inzwischen, dem Schreiben der behandelnden Psychotherapeutin folgend, nicht mehr erfüllt seien. Es sei deswegen keine andere Krankheit, jedoch werde man anders als im klinischen Kontext bei der rechtlichen Würdigung auf der strikten Beachtung der Diagnosekriterien bestehen müssen. Insofern bliebe nur die diagnostische Einordnung als länger dauernde Anpassungsstörung mit Angst und depressiven Anteilen (ICD-10 F43.22) oder als Restzustand einer PTBS klassifizierbar als "andere" Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8). Zu berücksichtigen sei, dass die Symptomatik ganz wesentlich durch die permanente Re-Exposition am gegenwärtigen Arbeitsplatz unterhalten werde. Bei einer anderen Berufstätigkeit als der eines Lokführers oder auch nur einer anderen Fahrstrecke sei die Symptomatik deutlich geringer und würde vielleicht auch mit größerer Wahrscheinlichkeit auf Dauer vollständig abklingen. Zusammenfassend gelange er zu dem Schluss, dass eine MdE von rentenberechtigendem Ausmaß, bezogen auf das Ereignis,

nicht angenommen werden könne. In einer weiteren ergänzenden Stellungnahme (nun vom 05.04.2013) hat Prof. Dr. St. (Blatt 167 der SG-Akte) ausgeführt, dass zumindest zeitweilig nach der 26. Woche eine MdE von 10 v.H. erreicht worden sei; dies bleibe aber unter dem Vorbehalt, dass die Symptomatik an das Befahren der konkreten Strecke Ulm/Friedrichshafen gekoppelt sei.

Mit Urteil vom 17.10.2013 hat das SG die Klage abgewiesen. Das Gericht habe sich nicht davon überzeugen könne, dass beim Kläger nach der 26. Woche nach dem Arbeitsunfall Folgen verblieben seien, die zumindest eine MdE von 10 v.H. begründeten. Dies folge für das psychiatrische Fachgebiet aus dem Gutachten von Prof. Dr. St. ... Danach bestehe beim Kläger eine länger andauernde Anpassungsstörung mit Angst und depressiven Anteilen, differenzialdiagnostisch ein Restzustand einer PTBS. Dies stehe im Einklang mit dem Gutachten von Dr. Schm ... Eine erkennbare (richtungsweisende) Verschlimmerung der Urtikaria, die zu einer messbaren Erhöhung der durch die psychiatrischen Gesundheitsbeeinträchtigungen begründeten MdE Anlass gebe, lasse sich nach dem Gutachten von Prof. Dr. Bi. nicht feststellen. Über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus bedinge die Erkrankung keine MdE von zumindest 10 v.H. Da Maßstab für die Beurteilung der MdE der gesamte Arbeitsmarkt sei, also nicht der konkrete Beruf des Klägers (Lokführer) und erst recht nicht die konkrete Tätigkeit in diesem Beruf (Fahrten für die RAB), könne auch mit dem Gutachten von Prof. Dr. St. eine rentenberechtigende MdE nicht festgestellt werden. Auch liege eine besondere berufliche Betroffenheit nicht vor. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus den Feststellungen im (noch laufenden) Verwaltungsverfahren zu den Folgen des Arbeitsunfalls vom 30.11.2010 und dem dort erstellten Gutachten von Dr. Be.

Gegen das seinem Bevollmächtigten am 04.11.2013 zugestellte Urteil hat der Kläger am 19.11.2013 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Das SG hätte feststellen müssen, dass bei ihm nach der 26. Woche nach dem Arbeitsunfall Folgen verblieben seien, die zumindest einen MdE von 10 v.H. begründeten. Tatsächlich liege eine MdE von 20 v.H. vor. Das Gutachten von Prof. Dr. St. hätte nicht verwertet werden dürfen bzw. seine Angaben hätten einer kritischen Würdigung unterzogen werden müssen. Die Korrektur des Gutachtens sei nicht nachvollziehbar, denn dem Gutachter sei der erneute Arbeitsunfall vom 30.11.2010 bekannt gewesen. Tatsache sei, dass bei der Begutachtung im Jahr 2012 Prof. Dr. St. aufgrund der körperlichen und geistigen Verfassung eine MdE von 20 v.H. diagnostiziert habe. Der Gutachter habe nicht plausibel dargelegt, welche Folgen des streitgegenständlichen Unfalls bei ihm vorgelegen hätten. Selbst die Feststellung einer vorbestehenden krankhaften Anlage bzw. einer nachträglich hinzugekommenen wesentlichen Ursache führe nicht automatisch dazu, dem angeschuldigte Ereignis die Bedeutung als wesentliche Ursache, absprechen zu können. Der Unfall sei vielmehr solange als eine wesentliche Teilursache für die fortbestehende Gesundheitsstörung anzusehen, bis nachgewiesen sei, dass die anderen Ursachen die allein wesentliche - überragende - Bedeutung für Ausbildung des Krankheitsbildes besaßen bzw. erlangt hätten. Auch der Ansicht von Prof. Dr. St., dass die Unfallfolgen abgeklungen seien und eine sog. Verschiebung der Wesensgrundlage für die psychischen Beschwerden eingetreten sei, könne nicht gefolgt werden. Die unfallbedingten Gesundheitsschäden seien vielmehr nach wie vor vorhanden, was sich allein schon aus der von Prof. Dr. St. erstmalig festgestellten MdE 20 v.H. ergebe. Es könne daher dahinstehen, ob bei ihm eine "klassische" PTBS vorliege.

Der Kläger beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgericht Konstanz vom 17.10.2013 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 24.02.2011 in der Fassung des Bescheids vom 24.05.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.06.2011 zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 13.01.2010 Verletztenrente nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften zu gewähren, hilfsweise ein weiteres Sachverständigengutachten einzuholen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Sie hat das Gutachten von Prof. Dr. St. vom 07.07.2014 vorgelegt (Blatt 47/48 der Senatsakte), das dieser im Auftrag des SG im Verfahren S 11 U 911/14 nach Aktenlage erstellt hat. Ob bei dem Kläger auf seinem Fachgebiet noch eindeutig fassbare Gesundheitsstörungen vorliegen, könne er derzeit nicht beantworten. Die Diagnose einer Anpassungsstörung könne jetzt nicht mehr aufrechterhalten werden. Falls immer noch eine Symptomatik vorhanden sein sollte, sei diese als Dysthymie, Angststörung oder ähnliches zu bezeichnen. Dies sei jedoch ohne aktuelle Befunderhebung nicht möglich. Ansonsten bestehe laut Attestierung ein Tinnitus mit gelegentlichen Kopfschmerzen. Diese Kopfschmerzen wären als Spannungskopfschmerzen zu klassifizieren. Es lasse sich nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit herausarbeiten, dass Tinnitus und Kopfschmerzen durch das Ereignis vom 30.11.2010 verursacht seien. Auch bezüglich der psychischen Symptomatik könne er keine Abgrenzung gegenüber eventuellen Folgen des früheren Ereignisses vornehmen, insbesondere nicht zu einer Verursachung Stellung nehmen, weil unklar sei, ob überhaupt noch eine psychische Symptomatik relevanten Ausmaßes bestehe. Eine unfallbedingte MdE könne deshalb nicht angenommen werden.

Die Sach- und Rechtslage wurde mit den Beteiligten im nichtöffentlichen Termin am 11.12.2014 erörtert. Wegen des Inhalts und Ergebnisses des Termins wird auf die Niederschrift (Blatt 62/63 der Senatsakte) Bezug genommen.

Die Beklagte hat nunmehr das Gutachten von Dr. P. vom 25.03.2015 (Blatt 79/92 der Senatsakte) aus dem Verwaltungsverfahren zum Unfallereignis vom 14.12.2013 sowie die hierzu ergangene beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. Br. vom 03.04.2015 (Blatt 93/95 der Senatsakte) vorgelegt. Außerdem hat sie zum Unfall vom 18.04.2015 Unterlagen vorgelegt (Blatt 111/126 der Senatsakte), einschließlich der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Br. vom 02.05.2015 und den Bescheid vom 02.10.2015, gegen den Widerspruch eingelegt wurde.

Der Kläger hat den Bericht (Psychologische Entwicklungsuntersuchung im Auftrag des Arbeitgebers) der Dipl.-Psychol. S. vom 18.05.2015 (Blatt 132/133 der Senatsakte) vorgelegt, in der diese ausführt, es hätten sich deutliche Hinweise auf eine massive Verschlechterung der gesundheitlichen Verfassung des Klägers ergeben, welche auf das Ereignis vom 18.04.2015 zurückzuführen sei.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens auf psychiatrischem Fachgebiet bei Prof. Dr. Schw ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 22.03.2016 (Blatt 140/241 der Senatsakte) u.a. angegeben, die dysthyme Störung habe schädigungsunabhängig vor dem Unfall vom 13.01.2010 vorgelegen und sei durch das Ereignis in ihrem Verlauf nicht relevant verändert worden. Das Ereignis vom 13.01.2010 habe zu einer temporär wirksamen akuten Belastungsreaktion (ICD-10:F43.8), sodann zu einer sonstigen Reaktion nach schwerer Belastung (F43.8) mit im Weiteren regressiver symptomatischer Ausprägung geführt. Die letztgenannte Gesundheitsstörung bestehe fort, sei jedoch seit 2010 wiederholt durch akute Traumafolgestörungen im Sinne der akuten Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0)

temporär überlagert und durch einzelne weitere traumatische Belastungen teils vorübergehend (Ereignis vom 30.11.2010), teils anhaltend verschlimmert (Ereignis vom 14.12.2013) worden. In den ersten etwa vier Wochen bis zum Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit 02/2010 seien die Beeinträchtigungen in psychisch-emotionaler und sozial-kommunikativer Hinsicht deutlich beeinträchtigend, etwa entsprechend dem Bild, wie es bei einer eigentlichen PTBS in üblicher Weise zu beobachtendem Umfang festzustellen sei, so dass die schädigungsbedingte MdE bis Mitte 02/2011 (gemeint 02/2010) mit 30 v.H. einzuschätzen sei. Ab Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit habe noch ein Syndrom mit Auslösereiz-induzierten Erinnerungen, überdauernden Schlafstörungen und im Vergleich zum Zustand vor dem Schädigungsereignis vermehrter Reizbarkeit persistiert, welches jedoch nur zu vergleichsweise geringen funktionellen Einbußen geführt habe und mit einer schädigungsbedingten MdE von 10 v.H. zu bewerten sei. Dieses Ausmaß der Minderung der Erwerbsfähigkeit habe fortbestanden bis zum folgenden Schädigungsereignis vom 30.11.2010. In der Folgezeit sei es durch einige der nachfolgenden Schädigungsereignissen zu teils vorübergehenden (in Bezug auf das Ereignis vom 30.11.2010), teils zu anhaltenden stärkeren Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit (in Bezug auf das Ereignis vom 14.12.2013) gekommen.

Der Kläger (Scheiben vom 02.06.2016 und 12.07.2016, Blatt 248, 255/256 der Senatsakte) sowie die Beklagte (unter Vorlage einer beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Br. vom 08.06.2016, Blatt 249/251 der Senatsakte) sehen sich jeweils in ihren Auffassungen bestätigt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Blatt 254, 255/256 der Senatsakte).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, zulässig aber nicht begründet.

Das SG hat die statthafte kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§§ 54 Abs. 1, Abs. 4 SGG](#)) zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid vom 24.02.2011 in der Fassung des Bescheids vom 24.05.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.06.2011 ist nicht rechtswidrig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Vorliegend streitig ist lediglich die Gewährung einer Verletztenrente nach dem von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfall vom 13.01.2010 (vgl. Bescheid vom 24.02.2011, Blatt 134/135 der Beklagtenakte), zu dem die Beklagte eine leichte posttraumatische Belastungsstörung als Unfallfolge anerkannt hat. Dieser Unfall hat zu keinem weiteren Gesundheitserstschaden geführt. Auch hat der Kläger keinen Anspruch auf Gewährung einer Unfallrente, über die die Beklagte in den angefochtenen Bescheiden entschieden hatte. Denn die durch den vorliegend streitigen Unfall vom 13.01.2010 verursachte unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) beträgt allenfalls 10; eine weitere rentenberechtigende MdE bzw. Stützrententatbestände liegen nicht vor. Soweit sich durch die weiteren, zeitlich späteren Unfallereignisse möglicherweise ein Rentenanspruch ergibt, sind diese vorliegend nicht streitgegenständlich und beeinflussen daher die durch den Unfall vom 13.01.2010 bedingte MdE bzw. einen Rentenanspruch insoweit nicht.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente. Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 vom Hundert mindern ([§ 56 Abs. 1 SGB VII](#)). Bei Verlust der Erwerbsfähigkeit wird die Vollrente geleistet, bei einer MdE wird eine Teilrente geleistet, die in der Höhe des Vomhundertsatzes der Vollrente festgesetzt wird, der der MdE entspricht ([§ 56 Abs. 3 SGB VII](#)).

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3, 6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit; [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls i. S. des [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat und das Unfallereignis einen Gesundheits(-erst-)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht (haftungsbegründende Kausalität) hat. Das Entstehen von längerandauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheits(-erst-)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (ständige Rechtsprechung, vgl. stellvertretend BSG 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)).

Für beide Bereiche der Kausalität (haftungsbegründende und haftungsausfüllende Kausalität) gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung sowie der Beweismaßstab der - überwiegenden - Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG 15.02.2005 - [B 2 U 1/04 R -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 12](#)).

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (st. Rspr. vgl. stellvertretend BSG 12.04.2005 - [B 2 U 27/04 R - BSGE 94, 269 = SozR 4-2700 § 8 Nr. 15 = juris RdNr. 11](#)). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden ([BSGE 1, 72, 76](#)).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. dazu nur Heinrichs in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 65. Aufl. 2006, Vorb. v § 249 RdNr. 57 ff m. w. N. sowie zu den Unterschieden [BSGE 63, 277, 280 = SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen ("conditio sine qua non"). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Bei mehreren Ursachen ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende (Mit-)Ursache auch wesentlich war, ist unerheblich. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (ständige Rechtsprechung; vgl. stellvertretend zum Vorstehenden insgesamt BSG 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - SozR 4 2700 § 8 Nr. 17 = juris; BSG 09.05.2006 - [B 2 U 40/05 R](#) - UV Recht Aktuell 2006, 419 = juris; BSG 09.05.2006 - [B 2 U 26/04 R](#) - UV Recht Aktuell 2006, 497 = juris).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. [BSGE 19, 52](#) = SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO; [BSGE 32, 203](#), 209 = SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO; [BSGE 45, 285](#), 287 = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#), [BSGE 58, 80](#), 83 = SozR 2200 § 555a Nr. 1). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG 09.05.2006 [a.a.O.](#) m.w.H.). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m. w. N.).

Nach der Theorie von der rechtlich wesentlichen Ursache beurteilt sich auch, ob weitere Folgen als sogenannte mittelbare Unfallfolgen als Folge des versicherten Unfalles festzustellen bzw. zu entschädigen sind. Voraussetzung ist in jedem Falle, dass der Unfall rechtlich wesentliche Ursache auch der weiteren Folge oder des Folgeunfalls ist; die für ihren Anwendungsbereich bei bestimmten mittelbaren Unfallfolgen abschließende Regelung des [§ 11 SGB VII](#) ist vorliegend nicht einschlägig.

Vorliegend konnte sich der Senat nach Durchführung der Beweisaufnahme sowie unter Berücksichtigung im Verwaltungsverfahren davon überzeugen, dass der Kläger in Folge des anerkannten Arbeitsunfalles vom 13.01.2010 eine akute Belastungsreaktion (F43.0) aufgetreten ist. Der Senat konnte jedoch keine (auch keine leichte Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)) feststellen. Insoweit schließt sich der Senat der überzeugenden Bewertung von Prof. Dr. Schw. an.

Bei der posttraumatischen Belastungsstörung (dazu vgl. LSG Baden-Württemberg 22.01.2015 - [L 6 U 5221/12](#) - juris RdNr. 57) handelt es sich um eine Gesundheitsstörung nach ICD-10-GM-2015 F 43.1 beziehungsweise DSM-IV-TR 309.81. Danach gelten folgende Grundsätze: Die posttraumatische Belastungsstörung entsteht als 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. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, zum Beispiel zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. 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. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung über.

Nach DSM-IV-TR 309.81 gelten demgegenüber folgende Kriterien: Das Hauptmerkmal der posttraumatischen Belastungsstörung ist 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 (Kriterium A1). Die Reaktion der Person auf das Ereignis muss intensive Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen umfassen (Kriterium A2). Charakteristische Symptome, die aus der Konfrontation mit der extrem traumatischen Situation resultieren, sind das anhaltende Wiedererleben des traumatischen Ereignisses in Form von wiederholten und aufdringlichen Erinnerungen an das Ereignis (Kriterium B1), von wiederkehrenden, quälenden Träumen, in denen das Erlebnis nachgespielt wird oder in anderer Form auftritt (Kriterium B2), von Erleben von oft als "flashbacks" bezeichneten dissoziativen Zuständen, während derer einzelne Bestandteile des Ereignisses wieder erlebt werden (Kriterium B3) oder, wenn die Person mit Ereignissen konfrontiert wird, die sie an Aspekte des traumatischen Ereignisses erinnern oder die diese symbolisieren, in Form von intensiver psychischer Belastung (Kriterium B4) oder physiologischer Reaktionen (Kriterium B5). Charakteristische Symptome sind auch die andauernde Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma assoziiert sind, und eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität in der Form, dass die Person im Allgemeinen versucht, Gedanken, Gefühle oder Gespräche über das traumatische Ereignis (Kriterium C1) und Aktivitäten, Situationen oder Personen, die die Erinnerung an das Ereignis wachrufen (Kriterium C2) absichtlich zu vermeiden, wobei die Vermeidung des Erinnerns die Unfähigkeit mit einschließen kann, sich an einen wichtigen Aspekt des traumatischen Ereignisses zu erinnern (Kriterium C3), oder in Form von verminderter Reaktionsbereitschaft auf die Umwelt, welche üblicherweise sehr bald nach dem traumatischen Erlebnis eintritt (Kriterium C4), eines Gefühls der Isolierung und Entfremdung von Anderen (Kriterium C5) oder einer deutlich reduzierten Fähigkeit, Gefühle zu empfinden (Kriterium C6) oder in der Form, dass betroffene Personen das Gefühl einer eingeschränkten Zukunft haben (Kriterium C7). Charakteristische Symptome sind auch anhaltende Symptome erhöhten Arousal in Form von Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten, die durch wiederholte Alpträume, in denen das traumatische Erlebnis wieder erlebt wird, hervorgerufen werden können (Kriterium D1), Hypervigilanz (Kriterium D4) und übertriebener Schreckreaktion (Kriterium D5), wobei manche Personen über Reizbarkeit oder

Wutausbrüche (Kriterium D2) oder Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder Aufgaben zu vollenden (Kriterium D3), berichten. Das vollständige Symptombild muss länger als einen Monat anhalten (Kriterium E) und die Störung muss in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen (Kriterium F). Traumatische Erfahrungen, die direkt wurden, umfassen insbesondere kriegerische Auseinandersetzungen, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Autounfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit. Hinsichtlich Beginn und Dauer der Symptome wird unterschieden zwischen der akuten posttraumatischen Belastungsstörung (wenn die Dauer der Symptome weniger als drei Monate beträgt), der chronischen posttraumatischen Belastungsstörung (wenn die Symptome drei Monate oder länger andauern) und der posttraumatischen Belastungsstörung mit verzögertem Beginn (wenn mindestens sechs Monate zwischen dem traumatischen Ereignis und dem Beginn der Symptome vergangen sind). Die Symptome, wie beispielsweise verminderte affektive Schwingungsfähigkeit, dissoziative Symptome, somatische Beschwerden, Gefühle der Ineffizienz in Form von Hoffnungslosigkeit, sozialer Rückzug, ständiges Gefühl des Bedrohtseins oder beeinträchtigte Beziehung zu anderen oder Veränderung der Persönlichkeit im Vergleich zu früher beginnen normalerweise innerhalb der ersten drei Monate nach dem Trauma, obwohl sich die Ausbildung der Symptome aber auch um Monate oder sogar Jahre verzögern kann. Die Schwere, Dauer und Nähe der Person bei Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis sind die wichtigsten Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit bestimmen, mit der die Störung sich entwickelt. Es gibt Hinweise, dass soziale Unterstützung, Familienanamnese, Kindheitserfahrungen, Persönlichkeitsvariablen und vorbestehende psychische Störungen die Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung beeinflussen können. Die Störung kann sich auch bei Personen entwickeln, bei denen zuvor keine besondere Auffälligkeit vorhanden war, besonders dann, wenn es sich um eine besonders extreme Belastung handelt (zum Ganzen vgl. LSG Baden-Württemberg 22.01.2015 - [L 6 U 5221/12](#) - juris RdNr. 57).

Der Senat konnte im Anschluss an das schlüssige Gutachten von Prof. Dr. Schw. bezüglich des vorliegend allein streitigen Unfalls vom 13.01.2010 eine solche PTBS nicht feststellen. So haben Prof. Dr. Schw. und Dr. Schm. nachvollziehbar zwar das A- oder Trauma-Kriterium der ICD-10 als erfüllt angesehen. Das B- oder Wiedererinnerungs-Kriterium verlangt dagegen, dass es bei Betroffenen zu anhaltenden Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen oder sich wiederholende Träume kommt. Im Gutachten von Dr. Schm. finden sich insoweit lediglich zwei Erwähnungen von Wiedererinnerungen ("Beim Befahren der Unfallstrecke habe er geschwitzt, habe das Unfallereignis wiedererlebt, es sei ein Hautausschlag aufgetreten" und "Von dem Versicherten wurde berichtet, dass er auch nach dem Unfall anhaltend durch das Unfallereignis beeinträchtigt war, insbesondere beim Befahren der ursprünglichen Strecke oder aber durch Informationen über andere Unfälle, da er dadurch an den Unfall vom 13.01.2010 erinnert worden sei"). Diese Erinnerungen sind jedoch physiologische Erinnerungen und keine sich intrusiv aufdrängende, belastend erlebte und unabwiesbare Erinnerungen, schon gar keine Flashbacks im Sinne halluzinationsähnlicher, besonders lebendiger pathologischer Erinnerungen (Gutachten Prof. Dr. Schw. Seite 70 = Blatt 210 der Senatsakte unter Hinweis auf Stevens/Merten 2007, Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung: konzeptionelle Probleme, Diagnosestellung und negative Antwortverzerrungen, in: Praxis der Rechtspsychologie, 2007, Seite 83, 88 f.). Nähere bzw. weitere Hinweise darauf, dass die Erinnerungen den Kläger in der Aufgabenerfüllung als Lokführer beeinträchtigt hätten, finden sich weder im Gutachten von Dr. Schm. noch im Gutachten von Prof. Dr. Schw. und auch nicht in den Berichten der Dipl.-Psych. H ... Bei Prof. Dr. Schw. und Dr. Schm. wurden solche auf explizite Nachfrage auch eindeutig verneint. Dafür spricht auch, dass der Kläger ohne weitere Beeinträchtigung schon ab Mitte Februar 2010 wieder dieselbe unfallbelastete Strecke befahren konnte. Soweit der Kläger auf Konzentrationsbeschwerden, zur Schichtmitte psychische Dekompensation mit Belastungsspitzen, die - ohne Anknüpfung an den erlebten Unfall - eine massive vegetative Übererregtheit auch einhergehend mit körperlicher Symptomatik (Herzrasen, Schweißausbrüche, dem Wunsch wegzulaufen, unruhigen Beinen, Panik und Aggressivität) verursachten, verweist, so zeigt dies gerade keine Nachhallerinnerungen, Intrusionen oder Flashbacks. Damit liegt das A-Kriterium nicht vor.

Auch das C- oder Vermeidungskriterium, das verlangt, dass Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, tatsächlich oder möglichst vermieden werden, ist nicht erfüllt. Nachdem der Kläger im Februar 2010 seine Arbeit wieder aufgenommen hat und auch alle Touren wieder befahren kann, dies auch tatsächlich getan hat, ergibt sich kein Anhaltspunkt für ein traumaassoziiertes Vermeidungsverhalten. Auf gezielte Nachfrage hat der Kläger bei Prof. Dr. Schw. angegeben, dass er sein Interesse an Freizeithobbys verloren habe. Das stellt aber kein traumaassoziiertes Vermeiden dar, da insoweit eine Vermeidung des unfallträchtigen Verhaltens gefordert ist. Das Fehlen dieses Kriteriums hat auch Dr. Schm. in seinem Gutachten festgestellt als er ausführt, dass ein typisches Vermeidungsverhalten sich nicht nachweisen lasse; auch Prof. Dr. Schw. konnte ein relevantes Vermeidungsverhalten nicht darlegen. Solche sind auch den Berichten der Dipl.-Psych. H. nicht zu entnehmen. Soweit der Kläger Konzentrationsbeschwerden, zur Schichtmitte psychische Dekompensation mit Belastungsspitzen, die eine massive vegetative Übererregtheit auch einhergehend mit körperlicher Symptomatik (Herzrasen, Schweißausbrüche, dem Wunsch wegzulaufen, unruhigen Beinen, Panik und Aggressivität) verursache, vorträgt, so zeigt dies gerade kein Vermeidungsverhalten. Damit ist das C- oder Vermeidungskriterium definitiv nicht erfüllt. Ob die weiteren Merkmale einer PTBS daher vorliegen ist mangels Erfüllung des B- und C-Kriteriums nicht von Bedeutung. Fehlen bereits das B- und C-Kriterium, so kann eine PTBS nicht festgestellt werden.

Vor diesem Hintergrund konnte der Senat den beim Kläger vom Prof. Dr. Schw. und Dr. Schm. beschriebenen Gesundheitszustand lediglich als akute Belastungsreaktion (F43.0) feststellen. Diese ist auch hinreichend wahrscheinlich rechtlich wesentlich durch den Unfall vom 13.01.2010 verursacht. Denn diese Gesundheitsstörung ist eine direkte psychische Reaktion auf das Überfahren und die Tötung der Person am 13.01.2010.

Nachvollziehbar haben Dr. Schm. und Prof. Dr. Schw. zwar auch eine Dysthymia (F34.1) dargestellt. Diese bestand mit den Ausführungen des Gutachters Prof. Dr. Schw. bereits schädigungsunabhängig vor dem 13.01.2010 und ging mit einem komplexen Beschwerdesyndrom einher. Dieses wurde zuvor in der Klinik F. Mitte 2009 differenziert beschrieben, jedoch nicht mit anhaltendem Effekt behandelt. Ursache sind insoweit u.a. familiäre Belastungen und steigende berufliche Belastungen. So war unmittelbar vor dem 13.01.2010 ein Dysthymie-assoziiertes Symptommuster von gereizt-subdepressiver Symptomatik, psychovegetativer Erschöpfungssymptomatik und persönlichkeitspsychologischen Besonderheiten vorbestehend. Diese Symptomatik beeinträchtigte jedoch die berufsbezogene Leistungsfähigkeit vor dem Ereignis vom 13.01.2010 nicht signifikant.

Das klinische Bild änderte sich mit den Ausführungen von Prof. Dr. Schw. am 13.01.2010 mit dem Einbrechen der unfallbedingten tiefgreifenden seelischen Erschütterung, die als akute Belastungsreaktion (F43.0) zu klassifizieren ist. Die Akutsymptomatik bildete sich innerhalb der ersten Tage etwas zurück, was aus dem Bericht von Dr. P. vom 26.01.2010 zu entnehmen ist, wo dieser angegeben hat, der

Schlaf sei "nur in den ersten ein, zwei Tagen nach dem Unfall erheblich gestört" gewesen (Blatt 23 der Beklagtenakte), es persistierte jedoch ein Symptomatik mit ausgeprägter innerlicher Unruhe und Anspannung, belastenden unfallassoziierten Wiedererinnerungen und aversiven Affekten in Bezug auf den Suizidanten (a.a.O., Blatt 23 f. der Beklagtenakte). Die insoweit beschriebenen Auslösereiz-induzierten Erinnerungen an das Unfallereignis, die überdauernden Durchschlafstörungen sowie eine zum Zustand vor dem Ereignis vermehrte Reizbarkeit als psychopathologisches Syndrom sind festzustellen. Da mit Prof. Dr. Schw. eine sichere Korrelation mit dem Unfallereignis vom 13.01.2010 besteht, ist insoweit eine sonstige Reaktion auf schwere Belastung zu diagnostizieren. Diese Symptomatik wurde durch die Dysthymie-Symptomatik überlagert.

Damit ist die Dysthymie als unfallvorbestehend nicht unfallbedingt und kann nicht als Unfallfolge festgestellt werden. Die dagegen festzustellende akute Belastungsreaktion wird durch die von der Beklagten - medizinisch falsch ausgedrückten - anerkannten leichten PTBS beschrieben. Weitergehende Gesundheitsstörungen als Folgen des Arbeitsunfalles vom 13.01.2010 waren für den Senat nicht erkennbar; solche wurden auch nicht vorgetragen.

Die bestehende Urticaria oder eine Verschlimmerung derselben ist keine Folge des Unfalles vom 13.01.2010. Die Urticaria bestand als chronische Erkrankung beim Kläger schon seit vor dem Unfall vom 13.01.2010. Auch eine Verschlimmerung konnten die behandelnden Hautärzte nicht mitteilen. Vor diesem Hintergrund konnte der Senat weder das Auftreten noch eine Verschlimmerung einer Urticaria dem streitigen Unfall zuordnen; sie und auch eine Verschlimmerung sind keine Unfallfolge. Dies wird durch das Gutachten von Prof. Dr. R./Prof. Dr. Bi. bestätigt.

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 SGB VII). Die Bemessung der MdE ist die Feststellung von Tatsachen, die das Gericht gemäß § 128 Abs 1 Satz 1 SGG nach seiner freien aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft. Dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (BSG SozR 4-2700 § 56 Nr. 2; BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 8, Seite 36 m.w.N.). Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind (BSG SozR 2200 § 581 Nr. 22, 23; BSGE 82, 212 = SozR 3-2200 § 581 Nr. 5). Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE geschätzt werden (BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 8). Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind deshalb bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (BSG a.a.O.; zuletzt BSG 22.06.2004 - B 2 U 14/03 R - SozR 4-2700 § 56 Nr. 1).

Neben diesen auf tatsächlichem Gebiet liegenden Umständen für die Bemessung der MdE sind aus der gesetzlichen Definition der MdE sowie den Grundsätzen der gesetzlichen Unfallversicherung fließende rechtliche Vorgaben zu beachten (BSG SozR 4-2700 § 56 Nr. 2). Bestanden bei dem Versicherten vor dem Versicherungsfall bereits gesundheitliche, auch altersbedingte Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit (sog. Vorschäden), werden diese nach der ständigen Rechtsprechung des BSG und der einhelligen Auffassung in der Literatur für die Bemessung der MdE berücksichtigt, wenn die Folgen des Versicherungsfalles durch die Vorschäden beeinflusst werden. Denn Versicherte unterliegen mit ihrem individuellen Gesundheitszustand vor Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung (BSG, a.a.O. m.H.a.: BSGE 63, 207, 211, 212 = SozR 2200 § 581 Nr. 28; Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, Stand: 2006, § 56 RdNr 10.5; Kranig in Hauck/Noftz, SGB VII, Stand: 2006, K § 56 RdNr 42 m.w.N.). Dies verlangt § 56 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. Abs. 1 Satz 1 SGB VII, wonach die "infolge" des Versicherungsfalles eingetretene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens und die dadurch verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens maßgeblich sind.

Grundsätzlich ist der Grad der MdE aus den festgestellten Funktionsbehinderungen abzuleiten.

Bei der Beurteilung des MdE-relevanten Restleistungsvermögens sind funktionelle Beeinträchtigungen der Konzentrationsfähigkeit, der Aufmerksamkeit und der Merkfähigkeit sowie der sozial-kommunikativen Beeinträchtigungen maßgebend (siehe Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, 2010, Seite 156). Das Unfallereignis vom 13.01.2010 führte zu einer akuten Belastungsreaktion, die nach etwa zwei Tagen in ein psychopathologisches Syndrom mit verstärkter psychovegetativer Beeinträchtigung und erhöhter Erschöpfbarkeit überging, welches als sonstige Reaktion auf schwere Belastung zu klassifizieren ist. Prof. Dr. Schw. hat ausgeführt, dass in den ersten etwa vier Wochen bis zum Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit am 15.02.2010 die Unfallfolgen in psychisch-emotionaler und sozial-kommunikativer Hinsicht deutlich beeinträchtigend waren, etwa entsprechend dem Bild einer eigentlichen PTBS, so dass auch entsprechend einschlägiger Standardwerke (Schönberger et al. a.a.O.) die schädigungsbedingte MdE bis 14.02.2011 mit 30 v.H. einzuschätzen ist. Ab Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit verblieb noch ein Syndrom mit Auslösereiz-induzierten Erinnerungen, überdauernden Schlafstörungen und im Vergleich zum Zustand vor dem Schädigungsereignis vermehrter Reizbarkeit, welches jedoch nur zu vergleichsweise geringen funktionellen Einbußen führte und mit der Einschätzung von Prof. Dr. Schw. mit einer schädigungsbedingten MdE von 10 v.H. zu bewerten ist (Schönberger et al. Seite 157). Dieses Ausmaß der Minderung der Erwerbsfähigkeit bestand dann fort bis zum folgenden Schädigungsereignis vom 30.11.2010. Zwar war es dann in der Folgezeit durch einige der nachfolgenden Schädigungsereignissen zu teils vorübergehenden, teils zu anhaltenden stärkeren Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit gekommen. Diese sind jedoch nicht durch den vorliegend zu beurteilenden Unfall vom 13.01.2010 verursacht, sondern durch die späteren Ereignisse, die vorliegend nicht streitgegenständlich sind.

Der Senat konnte unter Berücksichtigung der Ausführungen der behandelnden Ärzte und der Gutachter die von Prof. Dr. Schw. beschriebene MdE von 30 v.H. bis 14.02.2010 und anschließend eine MdE von 10 v.H. feststellen.

Der Bewertung von Prof. Dr. St. mit einer MdE von 20 v.H. konnte der Senat nicht folgen. Denn diese berücksichtigt zum einen den weiteren

Unfall vom 30.11.2010 und lässt außer Acht, dass der Kläger ohne Vermeidungsverhalten und ohne Einschränkungen in der Lage war, die unfallbringende Fahrstrecke zu befahren. Ebenfalls nicht berücksichtigt ist die vorbestehende psychische Erkrankung.

Da aber eine MdE von 30 v.H. bis lediglich 14.02.2010 festgestellt werden konnte, Voraussetzung der Rentengewährung aber eine MdE über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. ist, über die 26. Woche nach dem Unfallereignis hinaus aber lediglich eine MdE von 10 verblieb, begründet der Unfall vom 13.01.2010 keinen Rentenanspruch.

Ein solcher ergibt sich auch nicht unter Berücksichtigung früherer Arbeitsunfälle i.S. von Stützrententatbeständen. Diese sind zwar von Amts wegen festzustellen, wobei eine Bindung an die früheren MdE.Bewertungen nicht besteht, doch konnte der Senat das Vorliegen solcher Stützrententatbestände nicht feststellen.

Die aus den Jahren 1983 (in der Sowjetunion), 1996, 1998, 1999, und 2002 angegebenen Unfälle sind zum Teil nicht bewiesen, bei anderen folgten keine überdauernden Funktionsbeeinträchtigungen i.S. einer MdE von 10. So ist der Unfall im Jahr 1983 in der Sowjetunion kein bei der Beklagten versicherter Unfall. Den vom Kläger für den 04.12.1996 angegebenen Unfall konnte der Senat mit der Beklagten auch anhand der vorliegenden Unterlagen nicht als im Vollbeweis bewiesen ansehen. Gleiches gilt für den für den 03.06.1998 angegebenen Unfall. Insoweit hat der Kläger diese Unfälle erst Jahre später mitgeteilt; Unterlagen und Zeugen konnten insoweit nicht mehr ausreichend festgestellt werden. Die Unfälle vom 23.11.1999 und 29.09.2002 sind zwar als Arbeitsunfälle mit hierdurch verursachten Gesundheitsstörungen festzustellen, jedoch konnten Prof. Dr. Schw. , Dr. Schm. und Prof. Dr. St. keine bis zum Unfallereignis vom 13.01.2010 überdauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit i.S. einer MdE mitteilen. Der Senat konnte auch den Angaben des Klägers hierzu auch keine Anhaltspunkte für eine bis nach dem Unfall vom 13.01.2010 andauernde MdE feststellen. Außerdem wären etwaige psychische funktionelle Beeinträchtigungen schwerlich von den Funktionsstörungen von den Folgen des Unfalls am 13.01.2012 abgrenzbar und gingen wohl in der MdE-Bewertung der Unfallfolgen aus 2010 auf.

Auch der Arbeitsunfall vom 21.04.2001 führt nicht zu einer MdE von mindestens 10 v.H. Zwar war wegen der damals anerkannten Knieverletzung (Meniskus-/Kreuzbandtrauma links, vgl. Gutachten R. /Bi. , Blatt 225 der Beklagtenakte = Seite 5 des Gutachtens) ein Arbeitsunfall anerkannt worden, bei dem eine MdE von 10 v.H. angenommen wurde. Aus dem Rehabericht vom 10.09.2009 (Blatt 74 ff. der Beklagtenakte) ergeben sich keine Einschränkungen der Kniegelenksbeweglichkeit, keine Instabilität, Lockerung oder Bandbeschwerden. Solche sind auch den weiteren in den Akten befindlichen Befunden nicht zu entnehmen und konnten im Erörterungstermin am 11.12.2014 auch nicht beobachtet werden. Insoweit wird die Höhe der MdE hauptsächlich bestimmt durch die Verminderung der Beweglichkeit, eine unphysiologische Zunahme der Beweglichkeit (Überstreckung, Wackelbeweglichkeit, Verschieblichkeit oder Bereitschaft zu Teilverrenkungen) und Schmerzhaftigkeit (Schönberger et al. a.a.O. Seite 653). Da weder eine Bewegungseinschränkung im Kniegelenk (Streckung/Beugung) von weniger als 0/0/120°, eine muskulär kompensierte Lockerung des Kniebandapparates, eine straffe Kniescheibenpseudarthrose ohne Funktionsbehinderung des Streckapparates, ein Kniescheibenverlust (aktive Streckung möglich) oder ein Kniescheibenbruch (nicht knöchern verheilt bei intaktem Streckapparat), die nach der unfallmedizinischen Literatur (Schönberger et al. a.a.O. Seite 654/655) und Rechtsprechung jeweils eine MdE von 10 v.H. bedingen, noch eine weiter beeinträchtigendere Gesundheitsstörung am Knie vorliegt, konnte der Senat insoweit eine MdE von mindestens 10 v.H. nicht feststellen. Damit liegt nach dem Unfall vom 13.01.2010 kein Stützrententatbestand vor, der mit einer MdE von noch 10 v.H. zu bewerten wäre.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält weitere Ermittlungen, nicht für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen und gerichtlichen Gutachten haben mit den Gutachten des Verfahrens die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Denn der medizinische festgestellte Sachverhalt bietet die Basis für die alleine vom Senat vorzunehmende Feststellung der beim Kläger bestehenden Gesundheitsstörungen sowie des rechtlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 13.01.2010 und den bestehenden Gesundheitsstörungen sowie der MdE-Bewertung. Vor diesem Hintergrund war die Berufung des Klägers ohne Erfolg.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-10-20