

L 2 U 351/13

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 23 U 791/11

Datum

16.07.2013

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 351/13

Datum

29.07.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zu den Voraussetzungen des Vorliegens einer posttraumatischen Belastungsstörung bei einem Rettungssanitäter und Einsatzleiter, der bei einem schweren Verkehrsunfall tätig war.

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 16.07.2013 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Kläger wegen Verschlimmerung der Folgen seines Arbeitsunfalls vom 22.09.2000 Anspruch auf Verletztenrente hat.

Der 1962 geborene Kläger musste eine Ausbildung zum Maler und Lackierer (1978 bis 1981) wegen Magenschleimhautentzündungen abbrechen. Er war von 1981 bis 1982 als Rettungsdiensthelfer tätig und nach seinem Grundwehrdienst (1982 bis 1983) kurz als Chemiarbeiter und anschließend seit 1985 als Rettungsassistent abhängig beschäftigt beim Bayerischen Roten Kreuz.

Am 22.09.2000 wurde der Kläger als Rettungssanitäter und Einsatzleiter zu einem Autounfall mit vier toten jungen Menschen im Alter zwischen 17 und 19 Jahren und fünf Schwerverletzten gerufen. Der Kläger war als Einsatzleiter im Wesentlichen mit der Verteilung der Verletzten befasst.

Am 05.10.2000 stellte sich der Kläger aufgrund anhaltender Niedergeschlagenheit und Angst beim Durchgangsarzt Prof. Dr. B. vor, der eine posttraumatische Belastungsreaktion als Erstdiagnose stellte und eine Vorstellung beim Psychiater veranlasste, die am selben Tag erfolgte.

Der behandelnde Psychiater und Psychotherapeut Dr. D. diagnostizierte im Arztbrief vom 13.10.2000 eine akute Belastungsreaktion, die offensichtlich in eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) übergegangen sei; differenzialdiagnostisch sei an eine depressive Reaktion zu denken (F 43.0, 43.1, 32.2 nach ICD 10). Der Kläger gab an, er habe nach dem Einsatz ca. vier Tage frei gehabt. Als er bei Dienstbeginn mit dem Rettungswagen an der Unfallstelle vorbeigekommen sei, habe er plötzlich die Toten wieder vor sich gesehen, ohne das Bild verdrängen zu können, und sei zunehmend unruhiger geworden. Er habe versucht, sich zu beschäftigen, um die Bilder zu verdrängen, sei gedrückt, lustlos, freudlos, interesselos, kraftlos und antriebslos bei zugleich erheblicher innerer Unruhe, Überempfindlichkeit und Gereiztheit. Er müsse grübeln, leide unter massiver Beeinträchtigung seiner Merkfähigkeit und unerklärlichen Angsterleben, könne nicht einschlafen und wache immer wieder auf. Beim Gedanken, dass der "Piepser" gehen könne, bekomme er panische Angst. Das Denken war inhaltlich auf die Problematik eingeengt, der Affekt deutlich depressiv mit fast völliger Aufhebung von Modulation und Schwingungsfähigkeit, fehlender Auslenkbarkeit und deutlicher Minderung bzw. Hemmung der Psychomotorik im Antrieb. Dr. D. berichtete mit Schreiben vom 01.12.2000 über einen schwankenden Verlauf und empfahl dringend eine Rehabilitation.

Gegenüber dem Berufshelfer gab der Kläger am 05.12.2000 u.a. an, er habe schon einmal vor mehreren Jahren eine solche Phase gehabt, nachdem er sechsmal hintereinander wegen Suizidfällen junger Leute im Einsatz gewesen sei.

Vom 11.12.2000 bis 19.01.2001 befand sich der Kläger stationär in der Reha-Klinik D. (Klinik für Neurologie, Psychosomatik und

Schmerzklolik). Diagnostiziert wurde eine posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1). Der Kläger zeigte gedrückte Stimmung und Merkmale einer PTBS mit wiederholtem Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen, Nachhallerinnerungen und Träumen sowie einen Zustand vegetativer Übererregbarkeit mit Vigilanzsteigerung, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit. Nicht vorhanden seien dagegen ein andauerndes Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, sondern eher vermehrte Anrührbarkeit, psychovegetative Destabilisierung sowie ängstliche Anlehnung an die eigene Familie. Angst und Depression seien vorhanden, aber nicht so ausgeprägt wie bei einer primären affektiven Störung. Der Kläger hatte u.a. Angstzustände geschildert, vor dem "Piepser" bzw. Zukunftsängste. Die Erinnerungen an diesen Unfall würden sich mit anderen belastenden Ereignissen summieren. Während des Aufenthalts konnte eine Besserung erzielt werden. Allerdings kam es zu einem Einbruch wegen Erkrankung der Ehefrau mit Operation im Januar 2001. Die Klinik empfahl die Fortsetzung der begonnenen Psychotherapie. Der Kläger könne die bisherige Tätigkeit wieder vollschichtig aufnehmen, sollte aber zunächst von einem erfahrenem Kollegen begleitet werden. Im Rahmen der Sozialberatung der Reha am 20.12.2000 und 03.01.2001 berichtete der Kläger über oft schreckliche Unfälle. Er habe Probleme mit dem Lernen und wolle den Beruf als Rettungssanitäter gern wieder ausüben. Außer seinem 16-jährigen Stiefsohn lebten Pflegekinder in seiner Familie. Auch die Kinder seiner Schwester habe er von 1996 bis 1998 aufgenommen und fühle sich noch für sie verantwortlich. Die beiden Neffen hätten große Schwierigkeiten (z.B. Suizidversuch, Drogenabhängigkeit). All das führe zu großer Belastung und häufiger Überforderung in der Familie.

Gegenüber dem Berufshelfer erklärte der Kläger am 13.02.2001, es gehe ihm gut und er brauche derzeit keine weitere Hilfe, auch keine Psychotherapie und keine stufenweise Wiedereingliederung. Er sei nicht mehr als Einsatzleiter tätig, sondern fahre ganz normal mit den Kollegen hinaus. Die Operation der Ehefrau sei gut verlaufen.

Die Beklagte holte ein Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. K. vom 19.06.2001 ein. Dieser führte aus, dass der Unfall zu einer akuten Belastungsreaktion geführt habe, die in eine längerdauernde depressive Reaktion übergegangen sei. Aktuell bestünden in Abhängigkeit von äußeren Belastungen geringfügige affektive Symptome, die nicht mehr behandlungsbedürftig seien. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätzte Dr. K. bis zum 11.05.2001 auf 20 v.H., ab 11.05.2001 auf 10 v.H. Der Kläger hatte berichtet, dass er nicht mehr als Einsatzleiter, sondern als normaler Rettungsassistent tätig sei und bei Konfrontation mit Toten jedes Mal an den Vorfall vom 22.09.2000 erinnert werde. Er mache die Arbeit gern und sei mit dem Beruf zufrieden. Die Reha sei sehr gut gewesen.

Mit Bescheid vom 24.08.2001 gewährte die Beklagte dem Kläger bis zum 31.05.2001 Rente als vorläufige Entschädigung nach einer MdE von 20 v.H. Dieser Bescheid wurde bestandskräftig.

Mit Schreiben vom 06.12.2004 und 27.12.2004 machte die Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) Erstattungsansprüche wegen unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit des Klägers ab 08.10.2004 sowie Behandlungskosten geltend. Dr. D. bestätigte auf Nachfrage im Bericht vom 07.04.2005 erneute einmalige Behandlung. Der Kläger habe über eine Krankenhausbehandlung wegen somatischer Beschwerden bei Verdacht auf Herzinfarkt berichtet, ausgeprägte Schlafstörungen, gedrückte Stimmung sowie in den Sinn kommende Unfallbilder, nicht nur des Unfalls vom 22.09.2000. Da ein Wiedervorstellungstermin nicht wahrgenommen worden sei, sei keine Stellungnahme zum Unfallfolgezustand möglich. Dr. M. von der Kreisklinik A. sah keinen Zusammenhang des stationären Aufenthalts des Klägers vom 08. bis 14.10.2004 in der Inneren Abteilung mit dem Unfall. Laut Unterlagen hatte der Kläger seit Januar 2004 revidierendes thorakales Stechen sowie eine Belastungsdyspnoe geschildert und aktuell aus völligem Wohlbefinden aufgetretene starke linksthorakale Schmerzen, Dyspnoe, Schweißigkeit und Schummrigkeit genannt. Diagnostiziert wurde eine Somatisierungsstörung mit linksseitigen Dyskardien; die umfangreiche Abklärung (CT des Thorax, Ergometrie, Echo, C-Angiographie, Labor und Bodyplethysmographie) sei völlig ohne Befund geblieben. Die Beklagte lehnte daraufhin mit Schreiben vom 18.05.2005 die Kostenerstattung gegenüber der DAK unter Hinweis auf die Unterlagen ab. Mit Schreiben vom 14.12.2009 zeigte die DAK bei der Beklagten eine mögliche Berufskrankheit an wegen posttraumatischer Belastungsstörung mit Lähmung des rechten Armes und des rechten Beines mit Gangstörung, somatoformen und dissoziativen Störungen sowie depressiven Episoden mit Arbeitsunfähigkeit ab 09.09.2009.

Mit Schreiben vom 17.04.2011 beantragte der Klägerbevollmächtigte die Anerkennung der Arbeitsunfähigkeit seit 02.04.2009 als Folge des Arbeitsunfalls vom 22.09.2001. Mit Schreiben vom 16.05.2011 stellte er klar, dass er sowohl eine Verschlimmerung der Unfallfolgen in Form der Arbeitsunfähigkeit als auch Leistungen wegen der gesamten beruflichen Belastung geltend mache. Ergänzend führte er aus, dass der Kläger laufend belastende Ereignisse erlebt habe; besonders belastend seien der Unfall vom 22.9.2000 gewesen sowie ein Einsatz, bei dem eine Frau sich und ihre Kinder getötet habe. Der Kläger sei immer bei den ganz belastenden Fällen im Einsatz. Der behandelnde Dr. N. habe ein posttraumatisches Belastungssyndrom diagnostiziert und eine stationäre Rehabilitation veranlasst.

Die Beklagte lehnte einen Anspruch auf Verletztenrente wegen des Arbeitsunfalls vom 22.09.2000 mit Bescheid vom 22.9.2011 ab. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Arbeitsunfähigkeit ab 02.04.2009 bestehe nicht. Das Beschwerdebild sei nach Klägervortrag nicht Folge eines speziellen Ereignisses bzw. der Einwirkung einer Arbeitsschicht, sondern möglicherweise Folge einer Vielzahl belastender Ereignisse. Über eine Wie-Berufskrankheit ergehe gesonderter Bescheid. Den gegen die Rentenablehnung gerichteten Widerspruch vom 24.10.2011 wies die Beklagte mit Widerspruchbescheid vom 22.11.2011 als unbegründet zurück.

Der Kläger hat dagegen am 08.12.2011 (Az. [S 23 U 791/11](#)) Klage beim Sozialgericht München (SG) erhoben. Den zunächst gestellten Antrag auf Feststellung, dass die seit 02.04.2009 andauernde Arbeitsunfähigkeit Unfallfolge sei, hat er sinngemäß mit der Klagebegründung am 27.01.2012 unter Hinweis auf eine rentenberechtigende MdE von mind. 20 v.H. und ausdrücklich in der mündlichen Verhandlung vor dem SG vom 16.07.2013 auf Gewährung von Verletztenrente erweitert.

Mit Bescheid vom 25.01.2012 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 01.03.2012 hat die Beklagte Entschädigungsansprüche wegen einer Berufskrankheit abgelehnt. Die dagegen erhobene Klage unter dem Az. S 23 U 174/12 hat der Kläger in der mündlichen Verhandlung vom 16.07.2013 zurückgenommen.

Das SG hat die Rehabilitationsentlassungsberichte der Burgklinik S. vom 13.10.2009 und des Reha zentrums R.-Klinik Bad K. vom 14.06.2012 sowie die medizinischen Unterlagen der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) beigezogen und einen Befundbericht des Nervenarztes Dr. N. eingeholt, auf die Bezug genommen wird.

Aus diesen medizinischen Unterlagen sowie den Befunden der Schwerbehindertenakte des Klägers beim D. Regionalstelle C-Stadt (ZBFS)

geht hervor, dass beim Kläger am 22.05.2005 bei einer Taufe plötzlich eine Lähmung der rechten Körperhälfte aufgetreten war. Zunächst ist vom 22. bis 27.05.2005 stationäre Behandlung des Klägers in der Klinik M. wegen ischämischen Hirninfarkts im Versorgungsgebiet der Arteria cerebri media linksirrig erfolgt. Allerdings hat die MRT-Diagnostik vom 23. und 24.05.2005 keine Hinweise für einen frischen Infarkt ergeben. Zunächst ist Besserung eingetreten, auch in der anschließenden Rehabilitation in der Klinik P. in Bad G. (Aufenthalt vom 27.05.-24.06.2005); ab Mitte des Aufenthalts hat sich jedoch die Symptomatik verschlechtert mit Blick auf die Gleichgewichtsfunktion und angesichts sprachlicher Auffälligkeiten in Form von Stottern und Wortfindungsstörungen. Die Defizite wurden als eher neuropsychologisch angesehen. Als abklärungsbedürftige Verdachtsdiagnosen sind eine Enzephalomyelitis disseminata (= Multiple Sklerose) und eine Neuroborreliose genannt worden. Der Kläger habe dringend seine Tätigkeit wieder aufnehmen wollen, was die Klinik nicht als möglich angesehen hat. Nach Entlassung hat sich das Stottern verschlechtert.

Während des Aufenthalts in der neurologischen Abteilung des Klinikums T. vom 17.06. bis 24.08.2004 ist mittels Liquoruntersuchung eine entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems ausgeschlossen worden. Eine Borrelienerkrankung wurde angesichts konstanter Antikörperwerte nicht für wahrscheinlich gehalten. Insgesamt sind trotz umfangreicher Untersuchungen keine somatischen Ursachen für das Stottern, die fluktuierenden Wortfindungs- und Sprachverständnisstörungen sowie das fluktuierende rechtsseitige Hinken gefunden werden. Bei insgesamt sehr stark fluktuierender Symptomatik ist eine dissoziative Störung diagnostiziert worden.

Nach Untersuchung in der neurologischen Abteilung des Klinikums C-Stadt vom 12.09.2005 ist nach teilstationären Untersuchungen am 08.09.2005 eine somatoforme Störung mit Sprechstörung und Hemisymptomatik links ohne organisches Korrelat diagnostiziert worden. Klinisch bestünden eine stotternde, aber gut verständliche Aussprache, eine Hemisymptomatik rechts, die durch Fluktuation bei Aufmerksamkeit und Ablenkung gekennzeichnet sei, und eine psychogene Gangstörung mit nach Ablenkung deutlich sichererem Gangbild. Der Kläger hat eine Hypästhesie der gesamten rechten Körperhälfte beklagt.

Der Kläger hat von März bis Dezember 2006 Erwerbsminderungsrente bezogen und dann wieder als Rettungssanitäter gearbeitet.

Im Rehabericht der Burgklinik S. über den Aufenthalt vom 09.09. bis 07.10.2009 ist eine dissoziative Bewegungsstörung (F 44.4) sowie eine depressive Anpassungsstörung (F 43.2) diagnostiziert worden. Der Kläger hat u.a. über Gewalt des trinkenden Vaters gegenüber der Mutter berichtet. Nach Wiederaufnahme der Arbeit Anfang 2007 seien wieder Sprachschwierigkeiten mit Stottern und Wortfindungsstörungen sowie ein Unsicherheitsgefühl beim Gehen, v.a. rechts, aufgetreten. Konzentration, Gedächtnis und Lernfähigkeit seien schlechter; er fühle sich minderwertig. Die Klinik hat die Symptomatik - Lähmung, Gangunsicherheit und Sprechstörung - am Ehesten als Konversionssymptomatik gesehen. Der Beruf habe der Stabilisierung des labilen Selbsts gedient, mit Schwankungen im Selbstwerterleben (Retter/Versager) mit Zuspitzung 2000 und Unsicherheit durch Rollenwechsel - vom Rettungssanitäter zum Patienten - 2005. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf den Bericht Bezug genommen.

Im Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 11.02.2010 sind dissoziative Bewegungsstörungen (F 44.4) und eine depressive Anpassungsstörung (F 43.2) diagnostiziert worden.

Der Dr. N. hat im Gutachten für die DRV vom 22.02.2011 die Diagnosen dissoziative Sprach- und Bewegungsstörungen (F 44.4) sowie Anpassungsstörungen (F 43.2) gestellt. Die teils flüssige, teils abgehackte Sprache sei eindeutig psychogen. Es handele sich um eine neurotische Fehlverarbeitung. Die Bewegungen sind bei Untersuchung regelrecht mit unauffälliger Feinmotorik gewesen. Der Kläger hat gerne wieder arbeiten wollen und das auch für möglich gehalten.

Der Nervenarzt Dr. K. hat im Gutachten für die DRV vom 12.10.2011 ebenfalls Anpassungsstörungen, dissoziative Bewegungsstörungen und Sprachstörungen diagnostiziert. Der Kläger sei seit Juli wieder im Rettungsdienst tätig und habe vermehrt Stress, hohen Blutdruck, fühle sich müde, lustlos, könne sich schlecht konzentrieren und sei nach der Arbeit völlig erschöpft. Zeitweise fehle das Feingefühl in den Fingern rechts und die rechte Seite sei etwas schwächer; Sprachstörungen würden auftreten. Der Schlaf sei schlecht wegen vermehrten Grübelns. Hinweise für das Fortbestehen einer PTBS, die aus der Anamnese bekannt sei, hat Dr. K. nicht gesehen.

Im Rehabilitationsbericht der R.-Klinik Bad K. über den Aufenthalt des Klägers vom 02.05 bis 06.06.2012 sind als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradiger Episode, eine dissoziative Bewegungsstörung, eine arterielle Hypertonie sowie eine gestörte Glukosetoleranz genannt worden. Der Kläger hat u.a. nervöse Unruhe, Konzentrationsminderung, betrübt Stimmung, Schlafstörungen, Ängste vor Fehlern sowie Zukunfts- und Existenzängste, zeitweise Gleichgewichtsprobleme und Sprachstörungen geschildert. Er habe mit seinem Rechtsanwalt Wiedereingliederung durchgesetzt, wobei er dank Alturlaubs ca. 14 Tage im Monat arbeite und 14 Tage Pause habe. Im Bericht wird ausgeführt, dass die Gewalttätigkeit des Vaters gegenüber der Mutter zu Hilflosigkeit und emotionaler Überforderung, Schuld- und Schamgefühlen geführt habe. Der Kläger identifiziere sich stark mit der Rolle als Rettungssanitäter; der Verlust des Berufs bedeute für ihn tiefe Verunsicherung für Selbstbild und Selbstwertgefühl. Der Beruf führe aber zu permanenter emotionaler Überforderung. Die Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt liege unter drei Stunden täglich.

Der Dr. N. hat mit Schreiben vom 10.01.2012 über erstmaligen Kontakt im Rahmen einer Begutachtung für die DRV am 06.04.2009 und am 21.04.2009 berichtet. Er hat als Diagnosen eine vordiagnostizierte PTBS und einen Verdacht auf Somatisierungsstörung genannt.

Das SG hat ein Gutachten der Neurologin und Psychiaterin Dr. P. vom 20.09.2012 aufgrund ambulanter Untersuchung des Klägers eingeholt. Die Sachverständige hat eine rezidivierende depressive Störung, leicht bis mittelschwer (F 33.0-33.1), eine dissoziative Sprach- und Empfindungsstörung (F 44.7) und einen Zustand nach PTBS 2000 - remittiert - (F 43.1) diagnostiziert. Der Kläger hat u.a. berichtet, dass er nach der Rehabilitation 2001 bis 2004 keine Beschwerden gehabt habe. Aus dieser Zeit seien ihm aber zwei weitere schlimme Erlebnisse im Gedächtnis: 2002 der Suizid einer Mutter mit Tötung ihrer Kinder und 2003 ein Motorradfahrer mit abgetrenntem Kopf. Vielleicht einmal pro Woche würden ihm die Bilder dieser Unfälle durch den Kopf gehen; er habe Alpträume, wobei sich die Einsätze manchmal mischen würden. Teilweise habe er Druck über dem Herzen wie 2005 mit Taubheitsgefühl im rechten Arm, in der rechten Hand und im rechten Bein sowie "Ameisenlaufen", parallel leichtes Stottern und Wortfindungsstörungen, v.a. bei Aufregung unter Belastung. Bei Rückzug bessere sich die Symptomatik. Er erhalte befristete Erwerbsminderungsrente. Auf die Schilderungen der Lymphknotenerkrankung des Stiefsohns und die Schulden wird verwiesen. Dr. P. hat ausgeführt, dass beim Kläger das Vollbild einer PTBS zu keinem Zeitpunkt vorgelegen habe und die aktuellen Störungsbilder - die leichte bis maximal mittelschwere depressive Störung und die dissoziativen Sprach- und

Empfindungsstörungen - nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 22.09.2000 als ursächlich zurückzuführen seien. Zwar sei das sog. A 1-Kriterium der PTBS - ein grundsätzlich zur Auslösung posttraumatischer Symptomatik geeignetes Ereignis - noch erfüllt. Nicht dokumentiert sei aber im engeren Sinn das A 2-Kriterium mit unmittelbarem Erleben von Hilflosigkeit und gefühlsmäßige Beeinträchtigung. Dies habe sich erst allmählich im Verlauf der folgenden Wochen entwickelt, allerdings nicht im Vollbild. Die damaligen Symptome seien schon nach drei bis vier Monaten völlig abgeklungen und seitdem nicht mehr beschrieben worden. Vereinzelte Erinnerungsbilder und Albträume, die hier ohne emotionale Beteiligung geschildert worden seien, seien nicht pathologisch. Anhaltspunkte für emotional besetzte Flashbacks, Intrusionen oder andere spezifische posttraumatische Symptome hat die Sachverständige nicht feststellen können. Ab 2004 seien somatoforme und ab 2005 dissoziative Symptome aufgetreten, früher bezeichnet als Konversionsstörung. Dabei würden Symptome ohne organisches Korrelat bei Verleugnung offensichtlicher Probleme und Schwierigkeiten auftreten. Für die Abgrenzung zur PTBS sei zu beachten, dass bei PTBS eine anhaltende Vermeidung von Reizen bestehe, die mit dem Trauma verbunden sind, also ein bewusstes Vermeiden von Gedanken oder Gefühlen und von Aktivitäten, die die Erinnerung wachrufen. Das sei aber beim Kläger nicht der Fall. Die ab 2005 objektivierbare dissoziative Störung sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf das langjährige Hilflosigkeits- und Angsterleben durch Traumatisierungen in der Kindheit zurückzuführen. Die Symptomatik wäre mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auch ohne das Ereignis vom 22.09.2000 aufgetreten. Erst recht seien die ab 2009 beschriebene unspezifische Anpassungsstörung und die im Sommer 2012 genannte depressive Episode nicht auf das Ereignis als wesentliche Ursache zurückzuführen. Diese Gesundheitsstörungen seien zwanglos durch die seit der Kindheit bestehende psychische Instabilität mit erheblichem Minderwertigkeitserleben zu erklären sowie die folgenden weiteren Belastungen wie dem unerfüllten Kinderwunsch, den Sorgen um Pflegekinder bzw. um den Adoptivsohn etc. Diese konkurrierenden Faktoren stünden gegenüber dem einzelnen Ereignis vom 22.09.2000 weit im Vordergrund.

Der Klägerbevollmächtigte hat mit Schreiben vom 15.11.2012 eingewandt, dass der Kläger vor 2000 keine gesundheitlichen Probleme gehabt habe. Die Betreuung der Pflegekinder mache ihm Freude; mit seiner Schwester und deren Kinder habe er keine Probleme. Die Argumentation, dass Erlebnisse in Kindheit und Jugend ursächlich seien, sei an den Haaren herbeigezogen. Der Kläger habe keine Ohnmacht gegenüber dem Vater erlebt. Seitdem dieser mit 50 Jahren mit dem Trinken aufgehört habe, bestehe ein gutes Verhältnis. Er habe laufend Albträume und könne keine Nacht durchschlafen. Bei den mehrwöchigen Rehabilitationen 2006 und 2009 sei ein eindeutiger Zusammenhang mit der PTBS hergestellt worden. Auf die vorgelegte Stellungnahme des Internisten Dr. G. vom 02.12.2012, der den Kläger seit 2004 behandelt, wird Bezug genommen.

Das SG hat nach mündlicher Verhandlung am 16.07.2013 die Klage abgewiesen, weil keine wesentliche Änderung eingetreten sei. Die Kammer hat sich der Einschätzung von Dr. P. angeschlossen, dass die posttraumatische Symptomatik vollständig remittiert sei und die rezidivierende depressive Störung und die dissoziativen Störungen nicht wesentlich durch den Unfall verursacht seien. Die vom Kläger ohne emotionale Beteiligung beschriebenen vereinzelt Erinnerungsbildern und Albträume seien nicht als pathologisch zu werten, zumal er den Beruf wieder ausgeübt habe und damit nicht das geforderte Vermeidungsverhalten gezeigt habe. Dr. N. habe keine PTBS diagnostiziert, sondern nur die Vordiagnose erwähnt. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf das Urteil Bezug genommen.

Gegen das am 24.07.2013 zugestellte Urteil hat der Klägerbevollmächtigte am 24.08.2013 Berufung eingelegt. Zur Begründung hat er im Wesentlichen ausgeführt, dass die Einschätzung von Dr. P. nicht nachvollziehbar sei, insbesondere zu der Ursächlichkeit von Erlebnissen aus Kindheit und Jugend bzw. zu den familiären Belastungen. Der Kläger träume nicht von Erlebnissen aus der Kindheit, sondern von (verdrängten) Unfällen. Letztlich sei der Unfall vom 22.09.2000 das Ereignis gewesen, mit dem das Glas "übergeschwappt" sei. Behandelnde Ärzte wie Dr. N. sähen die Beschwerden im Zusammenhang mit dem Unfall. Er hat sich auf ein Attest des Facharztes für Nervenheilkunde Herrn Dr. E. vom 14.10.2013 gestützt, der den Kläger seit Dezember 2012 regelmäßig behandelt hat. Dieser führt aus, dass beim Kläger eine PTBS sowie eine Dysthymie vorlägen und aus fachärztlicher Sicht ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Ereignis im Jahr 2000 und sich daraus entwickelnden Auffälligkeiten bestehe. Der Kläger habe in Folge dieses Unfalls eine "geradezu posttraumatische Belastungsstörung" entwickelt. Er leide durchgehend unter Schlafstörungen und unter dem wiederholten "Aufklackern" der schrecklichen Situation mit Schweißausbrüchen, Konzentrationsstörungen, Antriebs- und Freudlosigkeit sowie einer sich anbahnenden chronifizierenden Depression.

Das LSG hat die Schwerbehindertenakte des Klägers beigezogen und ein Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. Dr. C. vom 27.12.2013 eingeholt, erstellt nach Untersuchung am 03.12.2013. Dieser hat ausgeführt, dass weder die - derzeit schwere - depressive Störung noch die dissoziativen Störungen des Klägers auf das Unfallereignis vom 22.09.2000 als wesentliche Ursache zurückgeführt werden können und dass keine PTBS vorliegt. Er hat sich der Einschätzung von Dr. P. vollumfänglich angeschlossen. Der Kläger hat Schlafstörungen, Angstträume, Schweißausbrüche und Unlust, verspätetes Einschlafen, erschwertes Aufwachen und angstbesetzte Träume mit verschiedenen Berufseindrücken sowie wirtschaftliche Zukunfts- und Versagensängste beklagt. Er habe von 2000 bis 2004 weitergearbeitet, aber mit schlechtem Gefühl, nur um sein Geld zu verdienen. Bei unauffälligem neurologischen Befund war der Kläger verlangsamt, die Stimmungslage unfroh, die Modulationsfähigkeit stark verringert, der affektive Ausdruck deutlich eingeschränkt und der Antrieb verkürzt bei ungewöhnlich ausgedehntem Schlafbedarf. Die Kriterien für eine PTBS hat Dr. Dr. C. nicht als erfüllt gesehen. Zweifelhafte sei schon, ob eine entsprechende objektive Konstellation (A1-Kriterium) vorgelegen habe, da der Kläger bei bereits abgeschlossenem Vorgang organisatorisch tätig war, nicht mit unmittelbarem Körperkontakt. Das A2-Kriterium (emotionale Antwort zum Geschehenszeitpunkt) sei kritisch, weil sich diese emotionale Antwort erst binnen Wochen entwickelt habe. Vor allem aber fehle das C-Kriterium im Sinne eines Vermeidungsverhaltens, da der Kläger bereits im Februar des Folgejahres vollschichtig im alten Beruf tätig geworden war. Bei eigener Begutachtung sei eine besondere affektive Anspannung bei Berührung der Thematik nicht zu beobachten gewesen. Die seit 2005 aufgetretenen Beschwerden seien, wenn auch möglicherweise ausgelöst durch eine Migraine accompagnée, nur als dissoziative Störung verständlich (sog. frühere Konversionsneurose). Eine solche Symptomatik werde jedoch bei PTBS nicht erwartet und könne auf eine prämorbid vermehrte psychische Vulnerabilität hinweisen. Eine kausale Verbindung zum Unfallgeschehen lasse sich nicht herstellen. Eine Kausalität der - aktuell schweren - depressiven Störung mit dem Unfall sei eindeutig zu verneinen angesichts des Zeitverlaufs und der zwischenzeitlich gänzlich anderen - dissoziativen - Störungsmuster. So habe der Kläger im alten Beruf ohne Pause bis 2004 durchgearbeitet. Die danach auffallenden Symptome könnten nicht auf den Unfall zurückgeführt werden. So hätten auch die Gutachter Dr. K., Dr. W. und Dr. N. sowie die Rehaklinik Bad K. die Diagnose einer PTBS vermieden, trotz Kenntnis der Vorgeschichte. Unfallfolgen bestünden nicht mehr; derzeitige Gesundheitsstörungen seien weder im Sinne der Entstehung noch der Verschlimmerung auf das Unfallereignis zurückzuführen.

Der Kläger hat eingewandt, dass sein behandelnder Facharzt Dr. E. und der Hausarzt Dr. G. die Zusammenhänge anders bewerten würden.

Diese würden ihn besser kennen. Er fühle sich im Stich gelassen.

Das LSG hat einen Befundbericht des Internisten Dr. G. vom 21.02.2014 eingeholt. Dieser führte aus, dass die Bewegungs- und Sprechstörung Folge einer PTBS sei. Das Trauma sei als auslösende Ursache zu sehen. Seit mindestens 2012 bestehe eine schwere depressive Symptomatik mit im Vordergrund stehender Perspektiv- und Hoffnungslosigkeit, sicherlich verstärkt durch zermürbende sozialrechtliche Auseinandersetzungen. Auf Arztbriefe von Dr. E. vom 06.12.2012, vom 02.05.2013 und 25.11.2013 wird verwiesen.

Auf Antrag des Klägers hat der Senat ein Gutachten bei der Neurologin und Psychiaterin Dr. E. vom 28.07.2014 nach [§ 109 SGG](#) eingeholt. Nach Untersuchung des Klägers am 08.07.2004 hat Dr. E. beim Kläger ein protrahiert verlaufendes depressives Syndrom, am Ehesten im Sinne einer reaktiven depressiven Symptomatik (Anpassungsstörung F 43.2), sowie eine PTBS (F 43.1) diagnostiziert. Beide Erkrankungen würden auf dem Arbeitsunfall vom 22.09.2000 beruhen. Eine MdE von 30 v.H. habe durchgehend seit dem Unfallereignis vorgelegen. Die bisherigen Gutachten hätten aktuelle wissenschaftliche Studien und Erkenntnisse nicht ausreichend berücksichtigt. Das A1- und A2-Kriterium für eine PTBS seien erfüllt; der Kläger beschreibe das Erleben intensiver Furcht, Hilfslosigkeit und Entsetzen als Reaktion auf das Ereignis. Er schildere auch wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen und belastende Träume. So fühle er sich sofort mit dem Ereignis konfrontiert, wenn er an der Unfallstelle entlangfahre. Auch entsprechendes Vermeidungsverhalten liege vor, selbst in der Zeit, in der er sich quasi als nach außen gesund einstufte. Er habe die Psychotherapie nicht fortgeführt, um nicht an das Trauma erinnert zu werden, und sei aus wirtschaftlichen Gründen gezwungen gesehen, in seinem Beruf weiterzuarbeiten. Der Affekt sei eingeschränkt. Er sei unfähig, zärtliche Gefühle zu empfinden, könne kaum bzw. keine Gefühle mehr zeigen und habe bei Begutachtung hoffnungslos gewirkt. Das D-Kriterium sei erfüllt, denn er könne nicht schlafen, fühle sich gereizt und wütend, sei schreckhafter und habe Konzentrationsschwierigkeiten. Die Beschwerden würden bis heute und damit über einen Monat andauern (E-Kriterium) und er sei beruflich, sozial und privat erheblich beeinträchtigt (F-Kriterium). Nach revidierter Version des DSM vom Mai 2013 sei das Kriterium A2 unerheblich. Außerdem liege beim Kläger das zusätzliche diagnostische Kriterium einer anhaltenden negativen kognitiven und emotionalen Veränderung vor. Neueste Studien würden zeigen, dass ein traumatisches Ereignis die Wahrscheinlichkeit für affektive Störungen, andere Angststörungen und Substanzmissbrauch erhöhe und psychische Folgen übersehen oder unterschätzt werden könnten. Außerdem sei in der neuen Version der ICD zu den bisherigen Symptomclustern ein "dissoziativer Subtypus" eingefügt. Daher sei nicht auszuschließen, dass die Konversionsstörung (heute: anhaltende somatoforme Störung) des Klägers in Form einer Bewegungs- und Sprechstörung auch im Sinne eines dissoziativen Zustandes in Folge eines Traumas gedeutet werden könne. Dass die Anzahl traumatischer Ereignisse das Risiko der Entwicklung einer PTBS erhöhe, stütze die Diagnose. Weitere Studien würden zeigen, dass die Mehrzahl der an PTBS Erkrankten zumindest eine zusätzliche psychiatrische Diagnose aufweisen. So zeige eine Studie, dass 97 % der posttraumatischen Betroffenen einer erwachsenen US-Bevölkerung weitere psychische Störungen oder somatische Erkrankungen wie Rückenschmerzen, Asthma, Arthritis etc. entwickelten. Daher stehe die anhaltende Anpassungsstörung, also die depressive Symptomatik, sehr wohl mit der PTBS bzw. dem Unfallereignis in Zusammenhang. So habe der Kläger vor dem Unfall im Jahr 2000 nie psychische Beschwerden gehabt. Dieses Ereignis sei trotz weiterer Ereignisse im Beruf auch der Auslöser der PTBS gewesen. Eine Studie amerikanischer Veteranen zeige, dass das Vollbild einer PTBS mit erheblicher zeitlicher Verzögerung auftreten könne. Auch beim Kläger sei es nach kurzem Aufflackern vorübergehend zu einer Art Beruhigung, aber nie zu einer Remission der Symptomatik gekommen. Er habe die Probleme verdrängt, weil er arbeiten musste, um nicht zu verarmen, wobei er sich all die Jahre mit der Angst gequält habe, wieder zu einem schrecklichen Unfallereignis gerufen zu werden.

Die Beklagte hat mit Stellungnahme vom 05.09.2014 dieser Einschätzung widersprochen. Im Wesentlichen werde die Beurteilung auf subjektive Beschwerden und Symptome gestützt, bei unzureichender Auseinandersetzung mit den aufgezeigten Konkurrenzursachen.

Das LSG hat daraufhin eine ergänzende Stellungnahme von Dr. Dr. W. vom 06.12.2014 eingeholt. Dieser hat an seiner bisherigen Beurteilung festgehalten. Es fehle an einem entsprechenden Vermeidungsverhalten, da der Kläger tatsächlich seinen alten Beruf jahrelang ausgeübt und damit die traumaspezifische Berufsexposition nicht vermieden habe. Laut Rehabericht vom Februar 2001 habe der Kläger erklärt, er sei fit, wolle arbeiten und keine stufenweise Wiedereingliederung. Außerdem habe sich die Gefährdungsexposition eher erhöht, weil der Kläger nach dem Ereignis "normal" als Rettungssanitäter mit einem weiteren Kollegen zu Einsätzen hinausgefahren sei. Auch hätten berufsgebundene Analogereignisse keine verschärften psychischen Reaktionen hervorgerufen bzw. Brückensymptome ausgelöst, wie es bei PTBS zu erwarten wäre. Übereinstimmend mit allen anderen Vorgutachten sei das Vermeidungskriterium daher nicht erfüllt. Auch die nachfolgende psychische Symptomatik sei nicht auf den Unfall zurückzuführen. Dass Personen, die eine PTBS hinter sich haben, statistisch gehäuft andere Störungen haben können, wie Rückenschmerzen, Asthma oder Arthritis, belege den Ursachenzusammenhang nicht. Der psychopathologische Inhalt der PTBS sei nicht beliebig austauschbar. Notwendig sei ein Ursachenzusammenhang mit hinreichender Wahrscheinlichkeit; dass ein dissoziativer Zustand als Folge eines Traumas gedeutet werden kann, genüge nicht. Auch genüge nicht, dass Anpassungsstörungen mit dem Ereignis "in Verbindung stehen".

Der Klägerbevollmächtigte hat eine Stellungnahme von Dr. E. vom 03.03.2015 vorgelegt. Diese hat an ihrer Einschätzung festgehalten. Der Kläger leide an einer PTBS und an einem protrahiert verlaufendem, depressiven Syndrom und es gebe Hinweise für eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung. Die Störungen beruhten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf dem Arbeitsunfall vom 22.09.2000.

In der mündlichen Verhandlung hat der Senat mit den Beteiligten die Gutachten besprochen und darauf hingewiesen, dass vor allem das fehlende Vermeidungsverhalten gegen eine PTBS spreche. Hinsichtlich weiterer Einzelheiten wird auf die Niederschrift Bezug genommen.

Die Klägerbevollmächtigte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 16.07.2013 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 22.09.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.11.2011 zu verpflichten, dem Kläger wegen Verschlimmerung der Folgen des Arbeitsunfalles vom 22.09.2000 eine Verletztenrente nach einer MdE von mind. 20 v. H. zu zahlen, und festzustellen, dass eine aktuelle posttraumatische Belastungsstörung, eine Anpassungsstörung, dissoziative Störungen und depressive Störungen weitere Unfallfolgen sind.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Hinsichtlich weiterer Einzelheiten wird auf die beigezogene Beklagtenakte, die Akten des SG unter den Az. S 9 U 826/03, [S 23 U 791/11](#) und

S 23 U 174/12, die Schwerbehindertenakte und die Akte des LSG Bezug genommen, deren wesentlicher Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

A) Die zulässige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte Berufung erweist sich als unbegründet. Das klageabweisende Urteil des SG ist vollumfänglich zu bestätigen.

Die auf Gewährung von Verletztenrente und Feststellung weiterer Unfallfolgen bzw. auf Feststellung einer Verschlimmerung von Unfallfolgen gerichteten Klagen sind zulässig, aber unbegründet. Die Beklagte hat zu Recht mit Bescheid vom 22.09.2011 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 21.11.2011 die Gewährung einer Verletztenrente aus dem Arbeitsunfall vom 22.09.2000 und die Feststellung einer Verschlimmerung von Unfallfolgen abgelehnt. Nach Überzeugung des Senats sind weitere Unfallfolgen bzw. eine Verschlimmerung der Unfallfolgen nicht eingetreten und eine rentenberechtigende MdE infolge des Arbeitsunfalls vom 22.09.2000 liegt weiterhin nicht vor, so dass eine Abänderung des Bescheides vom 24.08.2001 wegen wesentlicher Änderung gemäß [§ 48](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) nicht in Betracht kommt.

Mit Schreiben vom 16.05.2011 hat der Klägerbevollmächtigte eine Verschlimmerung der Unfallfolgen geltend gemacht unter Hinweis auf die Arbeitsunfähigkeit des Klägers seit 02.04.2009. Gemäß [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Eine solche wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse kann auch die Entstehung weiterer Unfallfolgen oder die Verschlimmerung bereits bestehender Unfallfolgen sein.

Gemäß [§ 102](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) hat jeder Versicherte Anspruch auf Feststellung der Unfallfolgen (vgl. BSG vom 05.07.2011 - [B 2 U 17/10 R](#)). Unfallfolgen sind die Gesundheitsschäden, die wesentlich durch den Gesundheitserstschaden des Versicherungsfalls verursacht wurden oder die nach besonderen Zurechnungsnormen wie [§ 11 SGB VII](#) dem Gesundheitserstschaden bzw. dem Versicherungsfall zugerechnet werden (vgl. BSG vom 05.07.2011 - [B 2 U 17/10 R](#)).

Für die erforderliche Kausalität zwischen Unfallereignis und Gesundheitserstschaden sowie zwischen Gesundheits(erst)schaden und weiteren Gesundheitsschäden gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung (vgl. BSG vom 17.02.2009 - [B 2 U 18/07 R](#) - Juris RdNr. 12), die auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie beruht. Danach ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio-sine-qua-non). Als rechtserheblich werden aber nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs abgeleitet werden (vgl. BSG vom 17.02.2009 - [B 2 U 18/07 R](#) - Juris RdNr. 12) sowie auf Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten (vgl. BSG vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - Juris RdNr. 17). Gesichtspunkte für die Beurteilung sind neben der versicherten Ursache als solcher, einschließlich Art und Ausmaß der Einwirkung, u.a. die konkurrierenden Ursachen (nach Art und Ausmaß), der zeitliche Ablauf des Geschehens, das Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, Befunde und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie die gesamte Krankengeschichte (vgl. BSG vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - Juris RdNr. 16).

Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Ist jedoch eine Ursache - allein oder gemeinsam mit anderen Ursachen - gegenüber anderen Ursachen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts (vgl. [BSGE 12, 242, 245](#)). Eine Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber nicht als "wesentlich" anzusehen ist, kann auch als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden (vgl. BSG vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - Juris RdNr. 15 m.w.N.).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes ist zu beachten, dass das Vorliegen des Gesundheitsschadens im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen muss, während für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit genügt (vgl. BSG vom 02.04.2009 - [B 2 U 29/07 R](#) - Juris RdNr. 16).

Der Senat vermag sich aber nicht davon zu überzeugen, dass beim Kläger über Mai 2001 hinaus eine PTBS mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorgelegen hat und dass die seit 2004 im weiteren Verlauf aufgetretenen psychischen Gesundheitsstörungen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis oder den Gesundheitserstschaden als wesentliche Teilursache zurückzuführen sind.

1. Eine PTBS ist beim Kläger für den Zeitraum ab Juni 2001 nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Der Senat schließt sich damit den überzeugenden Ausführungen der Sachverständigen Dr. P. und Dr. Dr. C. an.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat ausgeführt, dass die Feststellung psychischer Gesundheitsstörungen als Unfallfolgen aufgrund eines der üblichen Diagnosesysteme und unter Verwendung der dortigen Schlüssel und Bezeichnungen erfolgen soll, damit die Feststellung nachvollziehbar ist und weil die genaue Diagnosestellung die Beurteilung der Ursachen der Erkrankung erleichtert (vgl. BSG vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - Juris RdNr. 22; BSG vom 15.05.2012 - [B 2 U 13/11 R](#) - Juris RdNr. 20, vgl. auch Spellbrink, SGB 2013, Bl. 154 ff.). Als solche anerkannten Diagnosesysteme hat das BSG insbesondere die ICD 10 (International Classification of Diseases) sowie das DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) genannt.

Nach F 43.1 der ICD 10-GM 2015 entsteht die PTBS 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. Dabei können prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte 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 (F62.0) über.

Nach DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) gelten für eine PTBS (Nr. 309.81) folgende Kriterien:

A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden diagnostischen Kriterien vorhanden waren: 1. die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten. 2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt: 1. wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können. 2. Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis. 3. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikation auftreten). 4. Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern. 5. Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor: 1. bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, 2. bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen, 3. Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern, 4. deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten, 5. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen, 6. eingeschränkte Bandbreite des Affektes (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden, Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder ein normal langes Leben zu haben).

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor: 1. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen 2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche 3. Konzentrationsschwierigkeiten 4. übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz) 5. übertriebene Schreckreaktionen

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C, D) dauert länger als einen Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Auch nach der seit 2013 in den USA geltenden DSM V ist das anhaltende Vermeiden von Reizen (Kriterium C) von wesentlicher Bedeutung. Gefordert wird eine anhaltende, nach dem Trauma beginnende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind. Mindestens eines der folgenden beiden Symptome wird verlangt: 1. bewusstes Vermeiden von belastenden Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen und / oder 2. bewusstes Vermeiden von äußeren Umständen (Menschen, Orte, Unterhaltungen, Aktivitäten, Gegenstände, Situationen), die Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle an das Trauma wachrufen.

Übereinstimmend ist daher nach den Diagnosekriterien von ICD und DSM ein entsprechendes Vermeidungsverhalten, also das Bemühen zur Vermeidung traumatypischer Reize, zu fordern (vgl. dazu auch LSG Baden-Württemberg Urteil vom 22.01.2015 - [L 6 U 5221/12](#) - Juris RdNr. 55). Nach überzeugenden Ausführungen von Dr. P. und Dr. C. lässt sich ein solches Verhalten des Klägers aber nicht belegen. Dabei dürfen nicht nur die (nachträglichen) Angaben des Klägers bei der Begutachtung herangezogen werden; vielmehr müssen auch zeitnahe Erhebungen und Befunde sowie Äußerungen des Klägers und sein tatsächliches Verhalten gewürdigt werden.

Zutreffend hat Dr. C. darauf hingewiesen, dass der Kläger nach seinem stationären Aufenthalt in der Klinik D. vom 11.12.2000 bis 08.01.2001 im Februar 2001 gegenüber dem Berufshelfer geäußert hatte, es gehe ihm wieder gut, er sei arbeitsfähig und werde auf jeden Fall die Tätigkeit wieder aufnehmen. Das erklärte der Kläger trotz der Tatsache, dass er zukünftig nicht als vermehrt organisatorisch tätiger Einsatzleiter, sondern als "normaler" Rettungsassistent zum Einsatz kommen sollte. Auch das spricht gegen das Bemühen, traumaspezifische Reize zu vermeiden. Denn bei der direkten Versorgung von Verletzten als Rettungsassistent erfolgt in aller Regel ein noch engerer Kontakt und eine stärkere Konfrontation als bei der Einsatzleitung, worauf Dr. C. überzeugend hingewiesen hat. Selbst die im Raum stehende stufenweise Wiedereingliederung wollte der Kläger damals nicht in Anspruch nehmen. Zuvor hatte der Kläger während der Rehabilitation in der Klinik D. im Rahmen der Sozialberatung erklärt, dass er - trotz geschilderter Belastungen bei schrecklichen Unfällen - seinen Beruf als Rettungsassistent gern weiter ausüben wolle. Weder die von der Rehaklinik empfohlene anfängliche Begleitung durch einen erfahrenen Kollegen noch die Fortführung der Psychotherapie wollte der Kläger in Anspruch nehmen. Eine weitere Therapie hat er nach damaligen Äußerungen gegenüber dem Berufshelfer nicht für erforderlich gehalten.

Gegenüber Dr. K. hatte der Kläger laut Gutachten vom 19.06.2001 erklärt, er mache die Arbeit gern und sei mit dem Beruf zufrieden. Allenfalls lässt sich im Jahr 2001 noch ein gewisses Vermeidungsverhalten insoweit annehmen, als der Kläger die Psychotherapie nicht mehr fortführen wollte, um das Erlebte erstmal zu verdrängen, wie er bei Untersuchung gegenüber Dr. K. ausgeführt hatte. Dr. K. hatte eine unfallbedingte akute Belastungsreaktion diagnostiziert, die in eine längerdauernde depressive Reaktion übergegangen war und zum Untersuchungszeitpunkt nur noch bei äußeren Belastungen geringfügige, nicht behandlungsbedürftige affektive Symptome zur Folge hatte.

Eine für eine PTBS typische Symptomatik hat Dr. K. damals nicht beschrieben und folgerichtig auch keine PTBS diagnostiziert.

Der Kläger hat 2001 bis 2004 als Rettungssanitäter weitergearbeitet. Dr. Dr. C. hat darauf hingewiesen, dass der Kläger dabei auch nach dem Ereignis vom 22.09.2000 wiederholt belastenden Ereignissen ausgesetzt war, ohne dass diese zu Brückensymptomen bzw. zu einer Dekompensation geführt hätten, wie es bei einer PTBS zu erwarten wäre. Als besonders belastende Ereignisse aus dieser Zeit hat der Kläger den Suizid einer Mutter mit Tötung der Kinder im Jahr 2002 genannt und im Jahr 2003 den Unfall eines Motorradfahrers, dessen Kopf abgetrennt gewesen sei. Gegenüber Dr. P. hatte der Kläger angegeben, dass er sich bewusst in der Zeit bis 2004 an keine Beschwerden erinnere.

Zwar ist für den Senat nachvollziehbar, dass der Kläger keine berufliche Alternative für sich gesehen hat und die Weiterarbeit im bisherigen Beruf finanziell notwendig war zur Versorgung der Familie. Allerdings ergibt sich aus den Unterlagen nicht nur ein fehlendes Vermeidungsverhalten bzw. ein fehlendes Bemühen, belastende Situationen im Beruf zu vermeiden. Vielmehr sprechen die Ausführungen z.B. in den Rehabilitationsberichten 2005, 2009 und 2012, im Gutachten von Dr. W. vom 22.02.2011 und im MDK-Gutachten vom 11.02.2010 dafür, dass der Kläger letztlich selbst immer wieder auf Wiederaufnahme seiner Berufstätigkeit als Rettungssanitäter drängte, obwohl die Ärzte seinem entsprechenden Leistungsvermögen eher kritisch bzw. ablehnend gegenüber standen. So wünschte sich der Kläger ausweislich des Rehaberichts der Klinik P. über den Aufenthalt vom 27.05. bis 24.06.2005 dringend, seine alte Tätigkeit wieder aufnehmen zu können. Die Klinik hielt ihn jedoch nicht für einsatzfähig. Trotz manchmal schwer zu verkraftender Unfälle gab der Kläger Zufriedenheit mit der Arbeit an. Auch während seines Aufenthaltes in der Burghlinik S. vom 09.09 bis 07.10.2009 berichtete der Kläger von seinem vordringlichen Ziel, seine bisherige berufliche Tätigkeit weiterführen zu können. Laut MDK-Gutachten vom 11.02.2010 hatte der Kläger bei Untersuchung am 03.02.2010 angegeben, er wolle auf keinen Fall mehr eine Rente haben, sondern, wenn es irgendwie geht, wieder als Rettungssanitäter beim Roten Kreuz arbeiten. Der Dr. N. hat im Gutachten vom 22.02.2011 dargelegt, dass sich der Kläger in dem Dilemma sehe, dass er sich selbst als Rettungssanitäter für einsatzfähig halte und einen Arbeitsversuch habe machen wollen, die Ärzte ihn aber aufgrund der bestehenden Auffälligkeiten nicht für genügend belastbar halten würden, so dass er sich in der Gefahr sah, Grundsicherungsleistungen in Anspruch nehmen zu müssen. Er sei bei Kollegen und Patienten immer beliebt gewesen. Im Rehabericht von Bad K. über den Aufenthalt des Klägers im Jahr 2012 wird dargelegt, dass für den Kläger seine berufliche Rolle einen zentralen Stellenwert einnahm und der Beruf vom Kläger idealisiert als heilend empfunden wird, unter Ausblendung der emotionalen Belastungen. Der Kläger hatte im Jahr 2011 die Wiedereingliederung in den Betrieb mit rechtsanwaltlicher Hilfe erstritten.

Dr. P. hat in ihrem Gutachten überzeugend dargelegt, dass der Kläger in Kindheit und Jugend unter dem unter Alkoholeinfluss gegenüber der Mutter gewalttätigen Vater sehr gelitten hat, mit Angst und Hassgefühlen, und dass er - nachdem seine primären Berufsziele Polizist und Maler/Lackierer - nicht erreichbar waren, auf die Bestätigung im Beruf als Rettungssanitäter besonders angewiesen war, um sein Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein zu stabilisieren. Diese Einschätzung deckt sich insbesondere mit den Ausführungen in den Rehabilitationsentlassungsberichten der Burghlinik S. und der R.-Klinik Bad K ... Auch dort wurde herausgearbeitet, dass die Gewalt des Vaters gegen die Mutter vom Kläger als sehr belastend erlebt wurde, mit Hilflosigkeit, emotionaler Überforderung und teilweisen Schuld- und Schamgefühlen, was die Entwicklung eines stabilen Selbst beeinträchtigte, so dass die Berufswahl und Berufsausübung als Rettungssanitäter mit Bestätigung und Anerkennung von außen der Stabilisierung des Selbstwertgefühls diene, den Kläger aber auch emotional überforderte, ohne dass er dies wahrnehmen konnte. Daraus erklärt sich, dass für den Kläger der Verlust seines Berufs als erheblicher Verlust empfunden wurde und wird, mit Verunsicherung und Beeinträchtigung von Selbstbild und Selbstwertgefühl, wie im Rehabilitationsentlassungsbericht der Rehaklinik Bad K. dargelegt worden ist.

Vor diesem Hintergrund lässt sich ein (anhaltendes) Vermeidungsverhalten bzw. zumindest das Bemühen um ein Vermeiden traumaspezifischer Reize in Übereinstimmung mit Dr. P. und Dr. Dr. C. nicht belegen. Denn der Beruf des Rettungssanitäters war selbstverständlich mit der Gefahr immer wieder auftretender belastender Situationen verknüpft, was dem Kläger auch bewusst war. Der Kläger hat aber nicht nur weitergearbeitet, sondern immer wieder darauf gedrungen und sich unter erheblichen Einsatz darum bemüht, wieder als Rettungssanitäter arbeiten zu dürfen.

Die Darstellung von Dr. E. in ihrem Gutachten vom 28.07.2014, dass der Kläger seit 2001 durchgehend allein aus finanzieller Notwendigkeit, quasi gezwungenermaßen und entgegen seinen eigentlichen Wünschen, den Beruf als Rettungsassistent ausgeübt hat, lässt sich vor diesem Hintergrund nicht belegen und steht sogar in deutlichem Widerspruch zu den eben erwähnten früheren Schilderungen und Angaben des Klägers gegenüber Sachverständigen bzw. im Rahmen stationärer Aufenthalte.

Ebenso wenig lässt sich aus den Unterlagen ein Gefühl der Losgelöstheit des Klägers oder der Entfremdung von anderen Personen entnehmen oder eine durchgehende eingeschränkte Bandbreite des Affekts wie die Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden. So wird im Bericht der Rehabilitationsklinik D. vom 15.12.2000 ausdrücklich dargelegt, dass der Kläger zwar Merkmale einer PTBS aufweise, nämlich wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen, Nachhallerinnerungen sowie Träumen und dass die weiteren Kriterien einer PTBS wie ein Zustand vegetativer Übererregbarkeit mit Vigilanzsteigerung, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit vorliegen. Als nicht vorhanden wird dagegen das andauernde Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit genannt. Vielmehr bestand eine vermehrte Anrührbarkeit, eine psychovegetative Destabilisierung und eine vermehrte ängstliche Anlehnung an die eigene Familie.

Dr. P. hat für den Senat überzeugend dargelegt, dass nach Auswertung der vorliegenden Unterlagen beim Kläger zu keinem Zeitpunkt das Vollbild einer PTBS beschrieben worden ist. Die anfänglich beschriebene Symptomatik war laut Dr. P. drei bis vier Monate nach dem Trauma vollständig remittiert und seitdem ist zu keinem Zeitpunkt die Symptomkombination einer relevanten PTBS beschrieben worden. Wie die Sachverständige überzeugend ausgeführt hat, sind vereinzelte Erinnerungsbilder oder Alpträume, die ohne emotionale Beteiligung geschildert werden, nicht als pathologisch anzusehen und rechtfertigen nicht die Diagnose einer PTBS. Anhaltspunkte für emotional besetzte Flashbacks, Intrusionen oder andere spezifisch posttraumatische Symptome hat Dr. P. nicht festgestellt. Sie hat ebenso wenig wie Dr. Dr. C. im Rahmen der eigenen Untersuchung des Klägers eine entsprechende emotionale Beteiligung bei Besprechung der belastenden Unfallereignisse wahrnehmen oder solche Feststellungen aus den zahlreichen ärztlichen Unterlagen und Gutachten herauslesen können. Zudem sind die vom Kläger geschilderten Alpträume nicht auf das streitgegenständliche Unfallereignis beschränkt, sondern es mischen sich die Bilder verschiedener belastender Erlebnisse.

Der Senat schließt sich daher der überzeugenden gutachterlichen Einschätzung von Dr. Dr. C. und Dr. P. an, dass beim Kläger über Mai 2001 hinaus keine PTBS vorliegt.

2. Die beim Kläger im weiteren Krankheitsverlauf diagnostizierten Gesundheitsstörungen wie Anpassungsstörung, depressive Episoden und dissoziative Störungen in Form von Sprach-, Empfindungs- und Bewegungsstörungen können nach Überzeugung des Senats nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis oder den Erstscha den der akuten Belastungsreaktion als wesentliche (Teil-) Ursache zurückgeführt werden. Insbesondere handelt es sich entgegen den Ausführungen von Dr. E. nicht um Symptome einer PTBS.

Nach den überzeugenden Gutachten von Dr. P. und Dr. Dr. C. ist der Unfall am 22.09.2000 für die ab 2004 aufgetretenen somatoformen Symptome und die ab Mai 2005 festgestellten dissoziativen Störungen keine wesentliche Teilursache.

Dr. P. hat schlüssig dargelegt, dass es sich bei den Sprach-, Empfindungs- und Bewegungsstörungen um eine gemischte dissoziative Störung im Sinne von F 44.7 ICD 10 handelt, bei der verschiedene dissoziative Störungen - hier von Bewegung, Sprechen und Empfinden - kombiniert sind. Bei dieser früher auch als Konversionsstörung bezeichneten Erkrankung treten laut Sachverständiger Symptome ohne organisches Korrelat bei Verleugnung offensichtlicher Probleme und Schwierigkeiten auf. Häufig entwickeln sich diese komplexen Reaktionsmuster aufgrund äußerer Traumatisierung, wobei von den meisten Autoren Missbrauch und traumatische Erlebnisse aus den frühen Entwicklungsjahren berichtet werden; von einigen Autoren wird auch auf reale aktuellere Traumata hingewiesen.

Dr. P. hat ausgeführt, dass für die Abgrenzung zu einer PTBS zu beachten ist, dass bei dieser eine anhaltende Vermeidung von traumaspezifischen Reizen vorhanden ist, die beim Kläger nicht feststellbar ist. Auf die obigen Ausführungen wird verwiesen. Nach Einschätzung von Dr. P. ist die ab 2005 objektivier te dissoziative Störung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf das langjährige Erleben von Hilflosigkeit und Angst durch Traumatisierungen in der Kindheit zurückzuführen und wäre mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auch ohne das Ereignis vom 22.09.2000 aufgetreten. Überzeugend hat die Sachverständige darauf hingewiesen, dass die komplexe dissoziative Störung häufig auf Verletzungen in Kindheit und Jugend basiert. Auch Dr. Dr. C. hat ausgeführt, dass sich eine kausale Verbindung zum Unfallgeschehen nicht herstellen lässt, dass eine dissoziative Symptomatik auf eine prämorbid vermehrte psychische Vulnerabilität hinweisen kann und dass sie nicht zu der bei PTBS klassischerweise zu erwartenden Symptomatik gehört. Soweit der Kläger eingewandt hat, dass er zu seinem Vater ein gutes Verhältnis habe, seitdem dieser im Alter von etwa 50 Jahren mit dem Trinken aufgehört habe, steht dies der Einschätzung nicht entgegen, dass der Kläger als Kind die Gewaltausbrüche des Vaters gegenüber der Mutter als belastend, verbunden mit Gefühlen der Hilflosigkeit und Ohnmacht, erlebt hatte.

Der Senat schließt sich auch in diesem Punkt der gutachterlichen Beurteilung von Dr. P. an, zumal dieses Erklärungsmodell für die Entstehung der Symptomatik u.a. durch den Rehabilitationsbericht der Burgklinik S. nach stationärem Aufenthalt 2009 gestützt wird. Auf die entsprechenden Zitate (oben unter 1.) zur belastenden Situation in Kindheit und Jugend mit Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und besonderer Bedeutung des Berufs des Rettungssanitäters zur Stabilisierung wird verwiesen. Im Rehabericht wird das damalige Beschwerdebild am Ehesten als Konversionssymptomatik gesehen. Diese Symptomatik - Lähmung, Gangunsicherheit und Sprechstörung - hat laut Rehabericht deutlichen Ausdruckscharakter, signalisiert Unsicherheit, Hilflosigkeit, Ratlosigkeit, Richtungslosigkeit, Entscheidungsängstlichkeit und Kontrollverlust bis hin zum Rückzug in eine regressive Opferposition und dient vermutlich der Affektabwehr. In diesem Zusammenhang hat die Klinik dargelegt, dass die Ambivalenz des Selbstwerterlebens des Patienten im Beruf - als Retter bzw. ggf. als "Versager" - durch das Ereignis vom 22.09.2000 eine Zuspitzung erfahren hatte und die Belastungsstörung mit therapeutischer Hilfe kompensiert worden war bis zu dem Auftreten schlaganfallartiger Symptome im Jahr 2005. Diese Ereignisse im Jahr 2005, der Rollenwechsel vom helfenden Rettungssanitäter in die Patientenposition mit entsprechenden Ohnmachtsgefühlen bei in Zweifel gezogener somatischer Genese seiner Beschwerden, hat der Kläger laut Klinik als traumatisch erlebt; sie bedeuteten für ihn eine erhebliche Erschütterung seines Selbstbildes. Eine PTBS haben die Ärzte der Rehaklinik in Kenntnis der Vorgeschichte einschließlich des Ereignisses vom 22.09.2000 gerade nicht diagnostiziert. Auch der Nervenarzt Dr. K. hat in seinem Gutachten für die DRV vom 12.10.2011 Anpassungsstörungen sowie dissoziativen Störungen diagnostiziert und zugleich ausgeführt, dass keine Hinweise für das Weiterbestehen der anamnestisch erwähnten PTBS bestehen.

Dr. P. und Dr. Dr. C. haben für den Senat überzeugend dargelegt, dass das einmalige Ereignis vom 22.09.2000 angesichts des Krankheitsverlaufs, seiner besonderen Persönlichkeitsstruktur und der Vielzahl beruflicher wie außerberuflicher Belastungen nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das einmalige Ereignis vom 22.09.2000 als wesentliche Teilursache zurückzuführen ist. Denn der Kläger hatte danach immerhin bis 2004 wieder seinen Beruf ausgeübt, während somatoforme bzw. dissoziative Störungen erstmals 2004 bzw. 2005 festgestellt wurden. Nach den Ausführungen in der ICD 10 unter F 44 werden dissoziative Störungen als ursächlich psychogen angesehen, in enger zeitlicher Verbindung mit traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen. Neben Traumatisierungen in Kindheit und Jugend durch den unter Alkoholeinfluss gewalttätigen Vater sind weitere psychische Belastungen in der Biographie des Klägers bekannt, wie der unerfüllt gebliebene Kinderwunsch, die Aufnahme und Versorgung der Kinder seiner Schwester, die Versorgung verschiedener Pflegekinder, die gravierende Erkrankung des Stiefsohns mit daraus resultierenden zusätzlichen finanziellen Belastungen des Klägers in Form von Schulden, die erwähnten beängstigenden Ereignisse im Rahmen der Diagnostik im Jahr 2005 und nicht zuletzt weitere belastende Situationen und Ereignisse im Beruf, wie das Auffinden einer Mutter nach Suizid und Tötung der eigenen Kinder oder eines Motorradfahrers mit abgetrennten Kopf. Vor diesem Hintergrund vermag der Senat das Ereignis vom 22.09.2000 nicht als wesentliche Teilursache für die Entwicklung dissoziativer Störungen zu sehen, in Übereinstimmung mit Dr. P. und Dr. Dr. C. ...

Der Senat folgt Dr. P. und Dr. Dr. C. auch in der Einschätzung, dass die seit 2009 beschriebene unspezifische Anpassungsstörung (F 43.2 ICD 10) und die ab Sommer 2012 beschriebene depressive Episode mit unterschiedlichem Schweregrad, von leicht bis schwer (F 32.0, F 32.1, F 32.2 nach ICD 10), nicht auf das Ereignis vom 22.09.2000 als wesentliche Teilursache zurückzuführen ist. Dr. P. hat darauf hingewiesen, dass Depressionen und depressive Anpassungsstörungen völlig unspezifische Symptome sind, die auf eine Vielzahl psychosozialer Belastungen oder auch ganz ohne Auslöser auftreten können. Beim Kläger lassen sich diese Gesundheitsstörungen durch die seit der Kindheit bestehende psychische Instabilität mit erheblichem Minderwertigkeits erleben erklären sowie die bereits beschriebenen weiteren Belastungen in der Biographie des Klägers. Gegen einen wesentlichen Zusammenhang sprechen neben dem Zeitverlauf auch die zwischenzeitlich gänzlich anderen dissoziativen Störungsmuster. Diese Störungen von Sprache, Empfinden und Bewegungen mit auftretendem Schwächegefühl rechts, die wie bereits ausgeführt keine Unfallfolgen sind, waren sicherlich wesentliche Belastungsfaktoren

für den Kläger, die ihn in der Ausübung seines Berufs behinderten und zu erheblicher Verunsicherung geführt haben. Gegenüber dem einzelnen Ereignis vom 22.09.2000 standen die konkurrierenden Ursachenfaktoren daher nach überzeugenden Ausführungen von Dr. P. und Dr. Dr. C. weit im Vordergrund.

Die Ausführungen von Dr. E. überzeugen den Senat nicht. Diese hat im Wesentlichen dargelegt, dass im Rahmen einer PTBS auch eine dissoziative Störung auftreten kann. Da aber die Kriterien für eine PTBS gerade nicht erfüllt sind, ist eine solche Zuordnung nicht möglich, worauf Dr. Dr. C. hingewiesen hatte. Dass nicht auszuschließen ist, dass die Konversionsstörung als Folge eines Traumas gedeutet werden kann - so die Formulierung von Dr. E. auf Blatt 16 ihres Gutachtens - ist nicht ausreichend, um den auf Basis der herrschenden wissenschaftlichen Lehrmeinung festzustellenden Ursachenzusammenhang mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu belegen bzw. das Vorliegen der Gesundheitsstörung PTBS nachzuweisen. Hinsichtlich der depressiven Anpassungsstörung hat Dr. E. den zeitlichen Verlauf und die unfallunabhängigen Belastungsfaktoren und Besonderheiten im Fall des Klägers nicht ausreichend berücksichtigt. Zutreffend hat Dr. Dr. C. darauf hingewiesen, dass die statistische Häufung des Auftretens weiterer Erkrankungen bei von einer PTBS betroffenen Personen allein keinen Ursachenzusammenhang belegen kann, zumal nach der von Dr. E. zitierten Studie auch Erkrankungen wie Arthritis, Asthma oder Rückenbeschwerden statistisch gehäuft bei von PTBS betroffenen Personen auftreten. Weitere Argumente enthält auch die vom Klägerbevollmächtigten vorgelegte Stellungnahme von Dr. E. vom 03.03.2015 nicht.

Vor diesem Hintergrund hat die Berufung des Klägers keinen Erfolg. Da beim Kläger derzeit keine Gesundheitsstörungen vorliegen, die Unfallfolgen sind, wird seine Erwerbsfähigkeit nicht durch Unfallfolgen gemindert gemäß [§ 56 Abs. 1 SGB VII](#) und es besteht kein Anspruch auf Verletztenrente. Ebenso wenig hat der Kläger Anspruch auf Feststellung weiterer Gesundheitsstörungen als Unfallfolgen.

Nicht Streitgegenstand ist die Frage, ob eine Berufskrankheit gemäß [§§ 7, 9 SGB VII](#) vorliegt.

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

C) Gründe, die Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) zuzulassen, sind weder vorgetragen noch ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2015-10-09