

L 3 U 18/11

Land

Hamburg

Sozialgericht

LSG Hamburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen

S 40 U 306/08

Datum

11.02.2011

2. Instanz

LSG Hamburg

Aktenzeichen

L 3 U 18/11

Datum

13.10.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung einer Verletztenrente.

Der 1941 geborene Kläger ist gelernter Fleischermeister und war als solcher bis 1987 beschäftigt. Seit 1988 ist er als Vertreter im Außendienst mit dem Vertrieb von Gewürzen beschäftigt. In dieser Tätigkeit erlitt er am 14. Mai 2002 gegen 15:15 Uhr einen Verkehrsunfall, bei welchem eine andere Verkehrsteilnehmerin auf sein an der Ampel stehendes Auto von hinten auffuhr. Nach dem im Zivilrechtsstreit um die Zahlung eines Schmerzensgeldes gegen die Unfallverursacherin und deren Versicherer eingeholten Gutachten des Kfz-Sachverständigen Baron vom 16. Mai 2002 erhielt das Auto einen Heckanstoß, bei welchem die Energie zum größten Teil von der Anhängerkupplung aufgenommen wurde. An dem Fahrzeug entstand ein Schaden von rund 1700 EUR, das Fahrzeug war nach Schadeneintritt noch fahrbereit und verkehrssicher. Das auffahrende Fahrzeug hatte nach den Feststellungen des Landgerichts Hamburg eine Geschwindigkeit von höchstens 10,5 km/h.

Im Durchgangsarztbericht des Dr. K. vom Unfalltag heißt es, der Kläger habe nach dem Unfall sofort Schmerzen im Bereich des Nackens und des Steißes sowie Übelkeit verspürt; Erbrechen, Cephalgie oder Schwindel lägen nicht vor. Der Kläger sei ansprechbar und voll orientiert. Er sei vom Unfallort direkt selbst zum Durchgangsarzt gefahren, sei jetzt aber müde und kollaptisch. Während der Untersuchung sei er vom Stuhl gerutscht. Kein Schweiß, es tue alles weh, nur nicht anfassen. Am Kopf bestünden keine äußeren Verletzungszeichen, die Pupillenreaktion sei seitengleich und prompt, die Halswirbelsäule endgradig schmerzhaft bei Bewegungsprüfungen in allen Achsen, desgleichen Bewegungsschmerzen in allen Achsen im Bereich des Schultergürtels ohne Funktionseinschränkungen.

Im Zwischenbericht vom 12. Juni 2002 heißt es, der Kläger habe sich zwischenzeitlich sporadisch vorgestellt, auch Termine abgesagt, weil es ihm nicht gut gehe, er habe einen leidenden Eindruck gemacht und besonders psychisch erheblich depressiv verstimmt gewirkt. Außerdem habe er über Flimmerskotome vor den Augen seit dem Unfall geklagt. Es bestehe die Möglichkeit einer posttraumatischen neurotischen Fehlentwicklung. Dr. K. bescheinigte Arbeitsunfähigkeit bis 28. Juni 2002, der Facharzt für Orthopädie Dr. W. bescheinigte darüber hinaus am 28. Juni 2002 Arbeitsunfähigkeit bis einschließlich 28. Juli 2002 wegen eines schweren Schleudertraumas.

Am 5. August 2002 suchte der Kläger den Hals-, Nasen-, Ohrenarzt Dr. S. auf, der einen Tinnitus links verstärkt seit dem Unfall bescheinigte. In dem am 9. August 2002 erstellten ausführlichen Zwischenbericht des Dr. K. heißt es, der Kläger, der ihm seit vielen Jahren bekannt sei, leide offensichtlich unter einer abnormen Erlebnisreaktion nach dem Unfall. Er stehe deshalb in neurologisch-psychiatrischer Behandlung. Es bestünden Schwindelgefühle und Ohrgeräusche. Eine augenärztliche Untersuchung wegen der geklagten Beschwerden sei als unauffällig abgeschlossen worden. Der Verletzte mache einen stark wesensveränderten Eindruck und sei aufgrund seiner psychischen Verfassung ganz schwer zu steuern. Es bestehe andauernd und weiterhin Arbeitsunfähigkeit, deren Dauer nicht abschließend zu beurteilen sei. Diese sei im Wesentlichen aus der posttraumatischen Fehlverarbeitung mit Depression begründet. Im beigefügten Befundbericht des Neurologen und Psychiaters Dr. S. vom 30. Juli 2002 heißt es, Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen sowie schulter- und nackenbetonte Schmerzen, welche in der Praxis des Durchgangsarztes am Unfalltag erstmals aufgetreten seien, hätten den Angaben des Klägers zufolge in den folgenden Tagen nach dem Unfall weiter zugenommen. Später seien erhebliche Unruhezustände und insbesondere Schlafstörungen hinzugekommen. Der Kläger habe durch den Unfall neben dem erlittenen Schleudertrauma auch eine erhebliche psychische Beeinträchtigung erlitten, die inzwischen schon eine depressive Dimension erlangt habe. In der Vorgeschichte habe es keine ähnlichen Phänomene gegeben, so dass man von einer eher ungewöhnlichen posttraumatischen Reaktion sprechen müsse, wobei Simulationstendenzen auszuschließen seien.

Der Kläger begab sich in der Folgezeit vom 22. August 2002 bis 19. September 2002 in der Klinik N. in F. in ein stationäres Heilverfahren zulasten des Rentenversicherungsträgers, aus welchem er arbeitsunfähig entlassen wurde.

Am 2. Dezember 2002 erstellte der Unfallchirurg Dr. K. ein Gutachten für die Beklagte, in welchem es heißt, der Kläger sei bis dato ambulant weiterbehandelt worden und zwischenzeitlich nicht wieder arbeitsfähig geworden. Die vom Kläger angegebenen Aufprall-geschwindigkeiten von 100 km/h bzw. 80 km/h seien mit dem relativ geringen Sachschaden am PKW, mit welchem der Kläger noch weitergefahren sei, nicht in Übereinstimmung zu bringen. Auch sei eine entsprechende schwerwiegende Symptomatik im Bereich der Schulter-/Nackenregion nicht dokumentiert. Das Hauptproblem bestehe offensichtlich auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet. Bei wohlwollender Einschätzung habe sich der Kläger durch das Unfallereignis eine HWS-Distorsion, eine Distorsion der Lendenwirbelsäule (LWS) und eine Zerrung der Schulter zugezogen. Die noch bestehenden Beschwerden sei nicht mehr mit dem Grade der Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen, jedenfalls nicht auf unfallchirurgischem Fachgebiet. Auf unfallchirurgischem Fachgebiet seien Unfallfolgen nicht mehr feststellbar. Bei wohlwollender Einschätzung habe auf diesem Fachgebiet Arbeitsunfähigkeit für die Dauer von zwei Wochen nach dem Unfallereignis bestanden. Ein neurologisch-psychiatrisches Zusatzgutachten sei erforderlich. Nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit sei auf unfallchirurgischem Fachgebiet eine messbare Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nicht verblieben. Im neurologisch-psychiatrischen Gutachten des Dr. H. vom 28. November 2002 heißt es, die vorliegenden Unterlagen seien nicht ausreichend, ein Vorerkrankungsverzeichnis fehle, ebenso wie ein Bericht über etwaige seelische Reaktion in der Initialphase nach dem Unfall. Allerdings sei das Ereignis als solches kaum geeignet, eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) hervorzurufen, da es sich nicht um eine entsprechend schweres Ereignis handle und die zu fordernde Symptomatik von dem Probanden auch nicht geschildert worden sei. Der klinisch-neurologische Befund sei regelrecht, die angegebenen Gefühlsstörungen seien nicht mit den anatomischen Tatsachen in Einklang zu bringen. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und den vorgetragenen Beschwerden sei fraglich, es könne aber wegen der fehlenden Unterlagen nicht entschieden werden, ob es sich etwa um anlagebedingte krankhafte Veränderungen oder eine bewusstseinsnahe Aggravation oder Simulation handle. Es werde empfohlen, ein stationäres Heilverfahren in einer neuropsychiatrischen Klinik durchzuführen. Das zusätzlich erstellte Elektroenzephalogramm war unauffällig.

Vom 8. April 2003 bis 20. Mai 2003 führte der Kläger in der Klinik R. eine Heilbehandlungsmaßnahme durch. Nach dem dort erstellten Gutachten des Dr. W. vom 30. Mai 2003 zeigten sich in der neurologischen Untersuchung keine Defizite, weder zentral-nervös noch peripher neurologisch. Bei der psychiatrischen Untersuchung habe sich eine subdepressive Stimmungslage bei erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit gezeigt, der Antrieb sei nicht wesentlich reduziert gewesen, die psychische Belastbarkeit allenfalls gering herabgesetzt. Durch das Unfallereignis und die starken vegetativen Begleiterscheinungen nach dem Unfall habe der Kläger eine Fahrphobie mit depressiver Reaktion entwickelt, die bisher nicht therapiert worden sei. Während der Maßnahme seien psychologische Einzelsitzungen durchgeführt worden mit dem Ergebnis, dass der Kläger am Ende der Behandlung sicher habe Auto fahren können. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Fahrphobie könne bis zur Beendigung der Maßnahme festgestellt werden, danach bestehe aufgrund des Unfalls vom 15. Mai 2002 keine MdE. Im klinisch-psychologischen Abschlussbericht vom 26. Mai 2003 heißt es, der Kläger habe berichtet, bis auf die Schwierigkeiten beim Autofahren fehle ihm nichts, er schlafe jedoch nicht so gut. Tagesmüdigkeit erlebe er nicht. Angst in anderen Lebenssituationen habe er nicht, Niedergeschlagenheit ebenfalls nicht. Es bestehe kein Hinweis auf Konzentrations- oder Merkfähigkeitsstörungen. Das Screeningverfahren habe ein posttraumatisches Belastungserleben ergeben, die Anteile verteilten sich dabei auf die Bereiche Vermeidung und Intrusionen. Es sei jedoch davon auszugehen, dass in der Selbstbeschreibung der Testdiagnostik eine starke Verdeutlichungstendenz zu Tage trete. Das Fahrverhalten des Klägers habe unter der Beobachtung nicht angespannt oder phobisch beeinflusst gewirkt. Ein starkes Angst- und Anspannungserleben habe sich auch in den physiologischen Daten nicht wiedergespielt, Herzfrequenz und Blutdruck seien normal geblieben. Bei der Entlassung habe eine starke Verbesserung des subjektiven Befindens vorgelegen, die fahrphobischen Anteile seien aufgelöst gewesen.

Das von der Beklagten daraufhin eingeholte Vorerkrankungsverzeichnis der HEK ergab unter anderem, dass der Kläger bereits seit 1990 in erheblichem Umfang durch so genannte HWS-Schleudertraumata arbeitsunfähig war. Hierbei sind auch ein Hörsturz, ein Tinnitus und eine "Visusminderung unklar", sowie Rücken- und Schädelprellungen dokumentiert.

Mit Bescheid vom 22. August 2003 erkannte die Beklagte das Ereignis vom 14. Mai 2002 als Arbeitsunfall und für 14 Tage unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit an. Eine Rentengewährung lehnte die Beklagte ab. Im Widerspruchsverfahren holte die Beklagte ein Hals-Nasen-Ohrenfachärztliches Gutachten des Professor M. ein, der unter dem 6. März 2004 ausführte, eine wesentliche Verschlechterung der Hörbefunde gegenüber der Voruntersuchung von 1999 sei durch den Unfall im Jahr 2002 nicht eingetreten. Des Weiteren holte die Beklagte ein Gutachten auf augenärztlichem Fachgebiet ein, welches Frau Dr. B. am 15. August 2004 erstellte. Diese führte aus, der Kläger sei seit 1991 Patient in ihrer Praxis. Er habe bereits 1993 erste Symptome einer Sehnervschädigung unklarer Genese gezeigt, die erfolgreich medikamentös behandelt worden sei. Nach dem Unfall seien dann am 1. Juni 2002 erste starke Beschwerden mit Flackern vor den Augen, beweglichen Sternen, manchmal Schleiern, die sich schwimmend hin und her bewegten, geschildert worden. Diese Beschwerden hätten sich in der Folgezeit intensiviert. Der Auffahrunfall mit Schädigung im Hals/Nackenbereich zeige durch die Auswirkungen im HNO-ärztlichen Bereich, dass es durch die Schleuderwirkung zu einer Fernschädigung gekommen sei. Es sei nicht auszuschließen, dass durch eine abrupte Kopfbewegung eine Traumatisierung des Sehnervens erfolgt sei. Einen direkten Beweis dafür gebe es allerdings nicht. Lediglich der Nystagmus könne als indirektes Zeichen einer traumatischen Schädigung gewertet werden. Es liege eine Nervenfaserschädigung des Sehnervens vor, die allerdings bereits in geringer Ausprägung schon vor dem Unfall beschrieben worden sei. Insofern spreche der aktuelle Befund insgesamt mehr für den typischen Verlauf einer bekannten Sehnervschädigung, deren Progredienz möglicherweise durch das Unfallgeschehen beschleunigt worden sei.

Zwischenzeitlich erstellte für das Landgericht Hamburg der Augenarzt Prof. D. am 7. Juni 2005 ein Gutachten, in welchem es heißt, bei dem Kläger liege keine Korrelation zwischen den objektiven Befunden beider Augen und den von ihm gemachten Angaben vor. Es bestehe auch keine Korrelation der verschiedenen Funktionstestergebnisse und der Orientierung und Bewegung im freien Raum. Die angegebenen erheblichen Gesichtsfeldeinschränkungen seien ohne morphologisches Korrelat nicht möglich und erlaubten dazu nicht die vom Kläger dargebotene zügige Bewegung im freien Raum. Trotz ausdauernden Bemühens sei es nicht möglich gewesen, den Kläger zu reproduzierbaren adäquaten Untersuchungsergebnissen zu führen. Sämtliche Untersuchungsergebnisse deuteten auf Aggravation hin. Ein weiteres augenärztliches Gutachten des Dr. S. vom 19. Oktober 2006 führte dagegen aus, es sei immer schwierig, eine funktionelle Störung von einer Simulation oder Aggravation abzugrenzen. Auf augenärztlichem Gebiet hätten sich allerdings keine Folgen einer Unfallverletzung nachweisen lassen. Es bestünden seit dem Unfall unspezifische Beschwerden, die keinem morphologischen Korrelat zugeordnet werden

könnten. Eine neurologisch-psychiatrische Zusatzbegutachtung sei anzuraten.

Dieses Gutachten erstellte für das Landgericht Hamburg der Neurologe und Psychiater Professor H., der im Februar 2008 ausführte, es bestehe im Explorationsgespräch der Verdacht auf deutliche Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen. In der Stimmung wirke der Kläger ausgeglichen, psychomotorisch unauffällig. Nach dem Gutachten des Instituts für Unfallanalysen habe die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung zwischen 6,5 und 10,5 km/h betragen. Die mittlere Beschleunigung habe sich zwischen 1,5 und 2,5 g bewegt. Dies seien insgesamt Beschleunigungen, denen man auch sonst im täglichen Leben ausgesetzt sei. Das Auftreten von schweren morphologischen Veränderungen sei dabei eigentlich nicht zu erwarten. Nach langwieriger mühevoller Exploration habe sich das Bild ergeben, dass der Kläger subjektiv vollständig davon überzeugt sei, im Jahr 2002 einen schweren Autounfall erlitten zu haben. Er habe dabei Sehstörungen erlitten, aber auch wegen einer Angst vor dem Autofahren zunächst nicht wieder Autofahren können. Er sei auch längere Zeit nervenärztlich und psychotherapeutisch behandelt worden. Die Behandlung sei aber erfolgreich abgeschlossen worden. Inzwischen gehe es ihm insgesamt doch deutlich wieder besser. Subjektiv bestünden als Unfallfolgen Sehstörungen und ein vermindertes Hörvermögen auf beiden Ohren. Er könne jetzt aber kleinere Strecken wieder mit dem Auto fahren. Professor H. diagnostizierte das Vorliegen einer PTBS, deren Symptome überwiegend erfolgreich behandelt worden seien. Die funktionelle Störung an den Augen sei psychiatrischerseits als Somatisierungsstörung bei Zustand nach einer PTBS anzusehen und ursächlich auf den Verkehrsunfall zurückzuführen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 28. Oktober 2008 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers als unbegründet zurück. Die Geschwindigkeit des auffahrenden Fahrzeugs habe zwischen 6,5 und 10,5 km/h betragen. Dieses Ereignis sei seiner Schwere nach nicht geeignet, rechtlich wesentliche Ursache für die vom Kläger vorgetragenen Beschwerden zu sein.

Das Sozialgericht hat im sich anschließenden Klagverfahren Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens durch den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie und Sozialmedizin Dr. F ... Der Gutachter hat in seinem Gutachten vom 17. Dezember 2009 unter anderem ausgeführt, der Kläger habe den Unfallhergang knapp, mit angemessenen Worten und Sätzen, ohne Vermeidungsverhalten und ohne besondere Zeichen der Erregung und Anspannung geschildert. Von den Symptommerkmalen B bis D der PTBS nach DSM IV schildere der Kläger auf der Beschwerdeebene hinsichtlich des B-Kriteriums wiederkehrende Erinnerungen und wiederkehrende belastende Träume von dem Ereignis, außerdem innere Erregung bei dem Gedanken an das Ereignis und die körperliche Begleitreaktion. All dies finde sich jedoch auf der Befundebene nicht wieder. Hinsichtlich des C- oder Vermeidungskriteriums fänden sich die Merkmale C1, C2 und C4 auf der Beschwerdeebene, auch insoweit finde sich keines der Merkmale, soweit sie überprüfbar seien, auf der Befundebene wider. Gleiches gelte hinsichtlich des D- oder Hyperarousalkriteriums, hinsichtlich dessen auf der Beschwerdeebene Schlafstörungen und Konzentrations Schwierigkeiten berichtet würden, was sich indes auch auf der Befundebene nicht widerspiegele. Im inhaltlichen Denken des Betroffenen habe der Unfall und vor allem die Überzeugung, dafür entschädigt werden zu müssen, inzwischen überwältigen Charakter angenommen, ohne dass dies allerdings von Krankheitswert sei. Der Kläger sei aber mit dem Unfall, so wie er auf deutschen Straßen täglich viele Male geschehe, natürlich nicht einer seelischen Belastung infolge eines Ereignisses, welches außerhalb allgemeinen menschlichen Erfahrungszusammenhangs angesiedelt sei bzw. bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, ausgesetzt gewesen. Schon deshalb dürfe man weder, wenn man die ICD 10, noch, wenn man das DSM IV zu Grunde lege, bei dem Kläger die Diagnose einer PTBS stellen. Auch sofern man von einer aus einem seelischen Erstscha den folgenden Anpassungsstörung nebst Fahrphobie ausgehe, müsse diese nach der DSM IV spätestens innerhalb von sechs Monaten nach dem Unfall abgeklungen sein. Sekundäre Traumatisierungen infolge sich anschließender Rechtsstreitigkeiten seien nicht Unfallfolge im Rechtssinne. Spätestens nach dem Ende des stationären Heilverfahrens sei eine Verschiebung der Wesensgrundlage eingetreten. Zusammengefasst kommt Dr. F. zu dem Ergebnis, dass nach den anzuwendenden medizinischen Kriterien nicht von der Diagnose einer PTBS ausgegangen werden dürfe, weil die Voraussetzungen nicht gegeben seien.

Unter dem 4. November 2010 erstellte Dr. T. ein neurologisches Gutachten nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Der Gutachter hat in der Beurteilung der Testverfahren eine allenfalls leichte Depression festgestellt, dazu Hinweise auf kognitive Leistungseinschränkungen. Es fänden sich beim Kläger keine Hinweise auf das Vorliegen einer organischen Hirnschädigung durch das stattgehabte Trauma. Selbst die von der Augenärztin Dr. B. angegebene schwere Commotio lasse sich nicht wirklich belegen, allenfalls sei eine leichte Schädelprellung zu akzeptieren. Letztlich bleibe eine ausgeprägte psychische Symptomatik des Klägers, die seit dem Unfall ganz offensichtlich glaubhaft vorliege und vorher nicht vorhanden gewesen sei. Zwar fehle ein ausreichend schweres Trauma, um überhaupt eine Diagnose einer PTBS denken zu können. Allerdings sei das auch das einzige, was fehle, denn die Symptome an sich und die Testergebnisse passten durchaus als diagnostische Kriterien zur Diagnose. Es gebe jedoch nicht nur das Kriterium eines außergewöhnlichen Ereignisses als Basis einer PTBS, sondern häufiger sei es so, dass eine Ansammlung von kleineren, im Einzelnen nicht wirklich oder allenfalls begrenzt dramatischen Ereignissen, so genannte Mikrotraumata, eine PTBS auslösten. Die klinische Erfahrung lehre, dass zahlreiche kleine Traumata letztlich die psychische Widerstandskraft des Betroffenen erschöpfen könnten und dann ein vergleichsweise unbedeutendes Ereignis zur Ausbildung eines posttraumatischen Belastungssyndroms führe. So sei es auch beim Kläger, der in den Jahren 1993-2002 etwa 6-8 Unfälle gehabt habe, bei welchem ihm nie etwas Schwerwiegendes zugestoßen sei. Die MdE sei durchgehend mit 30 vom Hundert zu bewerten.

Für das Landgericht Hamburg erstellte des Weiteren am 23. Dezember 2010 der Neurologe und Psychiater Prof. Dr. M. ein Gutachten, in welchem er ausführte, grundsätzlich sei es auch im vorliegenden Fall denkbar, dass es sich bei den von dem Kläger geltend gemachten Sehbeeinträchtigungen um Korrelate einer sich entwickelnden Angstattacke handele. Eine solche Gebundenheit einer Sehstörung an einer Angstproblematik lasse sich dann aber in einer speziellen Exploration relativ problemlos herausarbeiten. In der von ihm durchgeführten Untersuchung sei es indes nicht gelungen, eine solche Verbindung herzustellen. Auch die vertiefende Exploration in Bezug auf eine Fahrphobie sei letztlich ins Leere gelaufen. Der Proband sei nicht bereit gewesen, sich wirklich auf dieses Thema einzulassen und sich nach bestem Wissen und Gewissen hierzu zu äußern. Er habe kaum Angaben gemacht, was mit ihm passiere, wenn er sich seinem Auto nähere, sich hineinsetze und fahre, welche Situationen er vermeide und wie er stufenweise wieder die Kontrolle über das Autofahren erlange oder aber eben nicht. Die Angaben, die der Kläger gemacht habe, seien nicht konsistent zur Aktenlage. Auch gegen das Vorliegen einer Somatisierungsstörung spreche im Sinne interner Inkonsistenz die detailarme Schilderung von aktuellen Beeinträchtigungen einerseits und Entstehung und Verlauf andererseits. Die Art und Weise, wie der Kläger seine Sehbeeinträchtigungen schildere, lege den Verdacht nahe, dass da eben nichts sei, was er wahrnehme. Es sei zwar professionelle Hilfe auf psychiatrischem und psychotherapeutischen Gebiet in Anspruch genommen worden, der Kläger sei aber auch nicht ansatzweise in der Lage zu sagen, warum er diese in Anspruch genommen habe. Es lasse sich daher der Verdacht nicht ausräumen, dass diese Therapie von ihm für den Rechtsstreit instrumentalisiert worden sei. Das behauptete Leidensausmaß sei auch während der ausführlichen Untersuchung nie nachvollziehbar und spürbar gewesen. Danach lasse sich die bei dem Kläger nach Einschätzung des augenärztlichen Sachverständigen bestehende funktionelle Störung an den Augen, für die

sich bei der augenfachärztlichen Begutachtung kein morphologisches Korrelat habe finden lassen, auch nicht über einen nervlich/psychischen oder anderen Zusammenhang ursächlich auf den Verkehrsunfall vom 14. Mai 2002 zurückführen. Es überwiegen vielmehr Zweifel, dass bei dem Kläger überhaupt eine funktionelle beziehungsweise eine Somatisierungsstörung vorliege.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 11. Februar 2011 die Klage abgewiesen und im Wesentlichen ausgeführt, nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts seien die Diagnosesysteme (DSM IV) bei psychischen Unfallfolgen zwingend anzuwenden. Nach dem festgestellten Sachverhalt sei es am Unfalltag zu einem eher leichten Auffahrunfall gekommen, der von seiner energetischen Wirkung her kein über ein erhöhtes Maß hinausgehendes Ereignis dargestellt habe. Das Kraftfahrzeug des Klägers sei nach dem Unfallereignis noch verkehrssicher gewesen und er habe damit zum Arzt fahren können. Auch die verhältnismäßig geringe Schadenshöhe spreche für ein leichten Auffahrunfall. Darüber hinaus seien äußere Verletzungszeichen, insbesondere am Kopf, bei dem Kläger nicht feststellbar gewesen. Damit habe nach den Diagnosesystemen kein geeignetes Trauma im Sinne des A1- und A2-Kriteriums für eine PTBS vorgelegen, so dass diese Diagnose rechtlich und medizinisch nicht gestellt werden dürfe. Weder der Auffassung von Dr. T., noch der im zivilgerichtlichen Verfahren von Professor H. geäußerten Diagnose einer PTBS sei daher zu folgen.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers hat gegen das ihm am 16. Februar 2011 zugestellte Urteil am 16. März 2011 Berufung eingelegt, mit welcher er im Wesentlichen vorträgt, das Sozialgericht habe den Ausführungen des Dr. T. nicht ausreichend Beachtung geschenkt. Gegebenenfalls wäre es auch erforderlich gewesen, ein drittes "Obergutachten" einzuholen.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Hamburg aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 22. August 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Oktober 2008 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger aus Anlass des Arbeitsunfalls vom 14. Mai 2002 eine Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Das Berufungsgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines neurologischen-psychiatrischen Sachverständigengutachtens. Dr. L. hat in seinem Gutachten vom 8. Juni 2012 ausgeführt, der Kläger habe anlässlich der Untersuchung im Wesentlichen davon berichtet, dass durch den Unfall sein Auge lädiert sei und er auch schlechter höre. Diese Beschwerden seien mit Sicherheit nicht mit dem Unfall in Zusammenhang zu bringen, da bei dem Unfall keinerlei substantielle Schädel-/Hirnverletzung dokumentiert sei. Die psychischen Beschwerden betreffend berichte der Kläger, dass ihn der jahrelange Rechtsstreit mitgenommen habe. Dadurch sei er psychisch angeschlagen. Im Befund vermittele sich, was letztlich auch von Dr. T. beschrieben werde, weder eine vermehrte Ängstlichkeit noch Schreckhaftigkeit. Letztlich sei kein diagnostisches Kriterium einer PTBS als bei der Untersuchung erfüllt anzusehen. Dies gelte auch bereits für die Untersuchungen bei Professor H. und Dr. T. ... Bei dem Unfall habe es sich letztlich um einen Bagatellunfall ohne gravierende Beschädigungen am Pkw gehandelt, bei dem es bei dem Kläger allenfalls zu einer mäßigen Halswirbelsäulendistorsion gekommen sei. Weder habe hier ein klassisches Halswirbelsäulenschleudertrauma noch gar eine substantielle Schädel-/Hirnverletzung stattgefunden, so dass weder die Ohrbeschwerden noch die Sehbeschwerden vom Unfallmechanismus her mit diesem in Zusammenhang zu bringen seien. Ein solcher Unfall stelle ein Alltagsereignis dar, welches auch in gar keiner Weise geeignet sei, eine wie auch immer geartete psychosomatische Belastungsstörung hervorzurufen. Diese sei im Übrigen auch nie auf der psychopathologischen Querschnittsebene mit hinreichender Sicherheit dokumentiert worden, auch nicht in den Befunden von Professor H. und Dr. T. ... Zum Zeitpunkt der Untersuchung hätten sich eigentlich überhaupt keine gravierenden psychischen Auffälligkeiten mit Ausnahme einer leichten Dysthymie und einer geringen Dysphorie vor dem Hintergrund des jahrelangen Rechtsstreits gezeigt. Für das Vorliegen einer PTBS habe sich zu keinem Zeitpunkt ein hinreichender Beleg ergeben. Es fände sich lediglich eine dysthyme Störung im Sinne einer leichten depressiven Verfasstheit mit Somatisierungstendenz. Der Unfall habe weder für sich noch im Zusammenwirken mit anderen Ursachen dieses Störungsbild ursächlich im Gefolge gehabt. Arbeitsunfähigkeit habe letztlich bis zum Ende des Aufenthalts in der Klinik R. bestanden. Mit dem Ende der Arbeitsunfähigkeit sei weder auf neurologischem noch auf psychiatrischem Gebiet eine MdE festzustellen.

Im zivilgerichtlichen Verfahren hat das Landgericht Hamburg die auf die Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von 30.000 EUR gerichtete Klage mit Urteil vom 8. Februar 2012 abgewiesen, da keine sicheren Hinweise auf unfallbedingte Verletzungen bestünden. Das Oberlandesgericht hat die hiergegen gerichtete Berufung durch einstimmigen Beschluss vom 25. Mai 2013 zurückgewiesen.

Hinsichtlich des weiteren Vorbringens der Beteiligten und des Sachverhalts im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten der Beklagten, die Grundlage der Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts, über die der Senat nach Zustimmung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte, ist nach [§§ 143, 144 SGG](#), statthaft und zulässig, insbesondere ist sie fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden. Sie ist jedoch nicht begründet. Wie das Sozialgericht im Ergebnis zu Recht festgestellt hat, ist der Bescheid der Beklagten vom 22. August 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Oktober 2008 rechtlich nicht zu beanstanden. Zu Recht hat die Beklagte die Gewährung einer Verletztenrente abgelehnt.

Nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit über die 26. Woche hinaus nach dem Versicherungsfall um wenigstens 20 vom Hundert infolge des Versicherungsfalles gemindert ist, Anspruch auf Rente. Entgegen der Auffassung des Klägers bedingen die Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. Mai 2002 nicht diesen erforderlichen Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit. Vielmehr sind erwerbsmindernde Auswirkungen des Unfalls zumindest in dem allein streitigen Zeitraum nach Ablauf der 26. Woche nach dem Unfallereignis nicht feststellbar. Das steht zur Überzeugung des Senats nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens, insbesondere nach Auswertung der während des gesamten Verfahrens beigezogenen medizinischen Unterlagen der behandelnden Ärzte, des während des Klageverfahrens eingeholten Gutachtens des Nervenarztes Dr. F. und des während des Berufungsverfahrens eingeholten Gutachtens des Nervenarztes Dr. L. fest.

Danach hat der Kläger – was zwischen den Beteiligten auch unstreitig ist – einen Arbeits-unfall im Sinne des § 8 Sozialgesetzbuch SGB VII erlitten, als er am 14. Mai 2002 auf dem Weg zu einem Kunden an der Ampel stehend einen Auffahrunfall erlitt. Dieser Unfall hat aber nur zu den von der Beklagten auch anerkannten, zwischenzeitlich jedoch nach übereinstimmender Auffassung aller behandelnden Ärzte folgenlos ausgeheilten Gesundheitsschäden auf chirurgischem Fachgebiet in Form von hauptsächlich Prellungen im Sinne der Vorschrift "geführt". Demgegenüber ist der Unfall nicht ursächlich für die beim Kläger vorliegende psychische Gesundheitsstörung und auch nicht für die geltend gemachten Seh- und Hörstörungen.

Nach der das Recht der gesetzlichen Unfallversicherung beherrschenden Lehre von der wesentlichen Bedingung, die bereits vom Reichsversicherungsamt entwickelt wurde und die das Bundessozialgericht (BSG) für seine Rechtsprechung übernommen hat und in seinen Entscheidungen als Theorie der wesentlich mitwirkenden bzw. rechtlich erheblichen Ursache bezeichnet (vgl. u.a. BSG v. 14.10.1955 – [2 RU 16/54](#) – [BSGE 1, 254](#), 256; BSG v. 31.08.1956 – [2 RU 129/54](#) – [BSGE 3, 240](#), 245; BSG v. 30.06.1960 – [2 RU 86/56](#) – [BSGE 12, 242](#), 245 = SozR Nr. 27 zu § 542 RVO), sind ursächlich (im Rechtssinne) nur diejenigen Bedingungen (im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne), die unter Ab-wägung ihres verschiedenen Wertes wegen ihrer besonderen Beziehung zu dem Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Dabei sind die tatsächlichen Grundlagen der Ursachenzusammenhänge im Vollbeweis zu sichern. Das bedeutet, die Umstände des Falles müssen nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sein, insoweit die volle richterliche Überzeugung zu begründen. Hierfür bedarf es zwar nicht einer absoluten Gewissheit, aber doch immerhin eines der Gewissheit nahekommenden Grades der Wahrscheinlichkeit. Zur Feststellung des kausalen Zusammenhangs reicht indessen nach allgemeiner Auffassung die hinreichende Wahrscheinlichkeit aus (vgl. schon BSG v. 02.02.1978 – [8 RU 66/77](#) – [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#), S. 104 f. = [BSGE 45, 285](#), 287; BSG v. 30.04.1985 – [2 RU 24/84](#) – SozR 2200 § 548 Nr. 70 = [BSGE 58, 76](#); BSG v. 30.04.1985 – [2 RU 43/84](#) – SozR 2200 § 555a Nr. 1 = [BSGE 58, 80](#); BSG v. 20.01.1987 – [2 RU 27/86](#) – SozR 2200 § 548 Nr. 84 = [BSGE 61, 127](#), 129): Während die einzelnen Glieder der Kausalkette (versicherte Tätigkeit, schädigende Einwirkung und Gesundheitsschaden) mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen müssen, ohne dass eine völlige Gewissheit zu fordern ist, genügt für den Ursachenzusammenhang eine hinreichende Wahrscheinlichkeit, d.h. es müssen mehr Gesichtspunkte dafür als dagegen sprechen. Die bloße Möglichkeit genügt allerdings nicht (vgl. BSG v. 09.05.2006 – [B 2 U 1/05 R](#) – [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#) = [BSGE 96, 196](#) m. zahlr. Nachw. aus der Rechtsprechung des BSG). Diese Grundsätze gelten auch für den Beweis durch Sachverständige nach [§ 118 SGG](#) i.V.m. [§§ 402](#) ff. Zivilprozessordnung.

Die Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs zwischen einem Körper- und Gesundheitsschaden und dem Arbeitsunfall ist danach gegeben, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände die auf dem Unfall beruhenden Faktoren so stark überwiegen, dass darauf die Entscheidung gestützt werden kann und wenn die gegen den ursächlichen Zusammenhang sprechenden Faktoren außer Betracht bleiben können, d. h. nach der geltenden ärztlich-wissenschaftlichen Lehrmeinung (vgl. BSG v. 09.05.2006 – [B 2 U 1/05 R](#) – [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#) = [BSGE 96, 196](#)) mehr für als gegen einen Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden. Dies gilt in gleicher Weise für psychische Reaktionen des Verletzten auf ein Unfallereignis. Da die auf der Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes vorzunehmende Prüfung stets den konkreten Versicherten in den Blick zu nehmen hat und nicht von einem fiktiven Durchschnittsmenschen ausgehen darf, schließt auch eine "abnorme seelische Bereitschaft" die Annahme einer psychischen Reaktion als Unfallfolge nicht aus. Sie ist vielmehr als konkurrierende Ursache im Sinne einer Schadensanlage zu würdigen und es ist nach den Grundsätzen für die Beurteilung solcher Anlagen wertend zu entscheiden, ob die besondere psychische Disposition des Versicherten für den festgestellten Gesundheitsschaden eine rechtlich wesentliche Ursache war (vgl. G. Wagner in jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. 2014, § 8 Rn. 170 f). Allerdings gibt es im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung keine Beweisregel, nach welcher bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch die wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexen Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) –, m.w.N., zitiert nach juris). Ebenso ist es entgegen der Auffassung des Klägers für die Anerkennung des Unfallereignisses als wesentliche Ursache für eine Gesundheitsstörung nicht ausreichend, wenn zwischen ihnen ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang besteht (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 26/04 R](#) –, zitiert nach juris).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze liegt bei dem Kläger auch auf nervenärztlichem Fachgebiet keine Erkrankung vor, die sich (teil-)ursächlich auf das Unfallereignis vom 14. Mai 2002 zurückführen ließe. Gerade hinsichtlich seelischer Gesundheitsstörungen hat das BSG und ihm folgend der erkennende Senat mehrfach gefordert, dass als Voraussetzung für die Anerkennung als Unfallfolge zunächst die konkret vorliegende Gesundheitsstörung anhand eines der üblichen Diagnosesysteme festgestellt werden muss. Unter Zugrundelegung dieser Anforderung kann mit der erforderlichen Sicherheit bei dem Kläger vom Vorliegen einer PTBS (ICD 10: F43.1) nicht ausgegangen werden. Nach allen medizinischen Sachverständigengutachten, bei welchen das tatsächlich festgestellte und nicht das vom Kläger geschilderte – katastrophisierte – Unfallgeschehen zu Grunde gelegt wurde, fehlt es insoweit bereits an dem Stressor- oder A-Kriterium, welches nach dem DSM IV ein "Ereignis, das schwere körperliche Verletzung, tatsächlichen oder möglichen Tod oder eine Bedrohung der physischen Integrität der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltet" (A1) sowie eine subjektive Reaktion mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (A2) voraussetzt. Nach der ICD 10 ist ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, welches bei fast jedem eine tiefe Zerstörung hervorrufen würde, als Eingangskriterium erforderlich. Danach ist vorliegend nach beiden Diagnosemanualen das Stressorkriterium für eine PTBS nicht erfüllt. Bei dem Unfall, welchen der Kläger am 14. Mai 2002 erlitten hat, handelt es sich nämlich um einen Bagatellunfall, welcher mit Beschleunigungen verbunden war, denen man auch sonst im täglichen Leben ausgesetzt ist. Dies ergibt sich aus sämtlichen Gutachten, soweit sie vom zutreffenden Sachverhalt ausgegangen sind, einschließlich der für den Kläger positiven Gutachten des Professor H. und des Dr. T ... Soweit Dr. T. ausführt, die Erfahrung lehre, dass zahlreiche kleine Traumata letztlich die psychische Widerstandskraft des Betroffenen erschöpfen könnten und dann ein vergleichsweise unbedeutendes Ereignis zur Ausbildung eines posttraumatischen Belastungssyndroms führe, spricht dies gerade nicht für die Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs zwischen einem Körper- und Gesundheitsschaden und dem Arbeitsunfall, weil bei Abwägung aller Umstände dann eben nicht die auf dem Unfall beruhenden Faktoren so stark überwiegen, dass darauf die Entscheidung gestützt werden kann. Entscheidend für den Eintritt der psychischen Folgen ist dann nämlich der subjektive Umgang des Klägers mit den Vortraumata und nicht das letzte Unfallereignis, welches auch durch jedes andere beliebige Bagatellereignis ersetzt werden könnte.

Auch die von dem Kläger geklagten Hör- und Sehstörungen lassen sich nicht (teil-) ursächlich auf das Unfallereignis zurückführen. Der Senat schließt sich insoweit den Ausführungen des Dr. L. an, der nachvollziehbar ausgeführt hat, dass der Kläger weder ein Halswirbelsäulenschleudertrauma noch gar eine substantielle Schädel-/Hirnverletzung erlitten hat, so dass entsprechende Nervenfaserschädigungen nicht eingetreten sein können. Frau Dr. B., die eine derartige Schädigung für möglich gehalten hat, ist ersichtlich von einem falschen Sachverhalt, nämlich von einem schweren Auffahrunfall, ausgegangen. Dass die Möglichkeit des Eintritts einer

derartigen Schädigung infolge des Unfalls für den unfallversicherungsrechtlichen Kausalitätsbegriff darüber hinaus nicht ausreichend ist, bedarf daher keiner weiteren Erörterung. Die Hörstörungen des Klägers sind schon deshalb nicht ursächlich auf den angeschuldigten Unfall zurückzuführen, weil nach den Ausführungen des Professor M. eine wesentliche Verschlechterung gegenüber 1999 überhaupt nicht eingetreten ist.

Nach alledem haben sich gesundheitliche Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. Mai 2002 nicht mit dem erforderlichen Grad der Gewissheit feststellen lassen. Damit fehlt es an der Grundvoraussetzung für die von dem Kläger begehrte Gewährung einer Verletztenrente.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) und entspricht im Ergebnis dem Ausgang des Rechtsstreits in der Hauptsache.

Der Senat hat die Revision gegen das Urteil nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2015-11-02