

## L 31 U 388/08

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
31  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 25 U 16/05  
Datum  
02.04.2007  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 31 U 388/08  
Datum  
19.02.2009  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 2. April 2007 wird aufgehoben. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 17. September 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Dezember 2004 verurteilt, der Klägerin aufgrund des Arbeitsunfalls vom 28. Januar 2003 ab 8. August 2004 eine Verletztenrente nach einer MdE von 40 v.H., ab November 2004 nach einer MdE von 30 v.H. und ab Juli 2008 nach einer MdE von 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte trägt die erstattungsfähigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin für beide Rechtszüge.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Gewährung einer Verletztenrente aufgrund eines Arbeitsunfalls/Raubüberfalls vom 28. Januar 2003.

Die 1960 geborene Klägerin war seit August 1997 bei der L GmbH in B als Kassiererin beschäftigt. Am 28. Januar 2003 wurde die Tankstelle, in der die Klägerin allein tätig war, um circa gegen 20.30 Uhr von zwei bewaffneten und maskierten Männern überfallen. Einer der Täter bedrohte die Klägerin mit einer Schusswaffe. Bis zum Ablauf der 78. Woche, das heißt bis zum 8. August 2004, bezog die Klägerin aufgrund der Unfallfolgen Verletztenrenten von der Beklagten.

Am 10. Februar 2003 begab sich die Klägerin zum Arzt für Chirurgie und Durchgangsarzt Dr. St, der sie wegen einer Angststörung an einen Psychologen beziehungsweise Psychotherapeuten überwies. Die Beklagte zog Behandlungsunterlagen der die Klägerin behandelnden Dipl.-Psychologin E bei und veranlasste die Begutachtung der Klägerin durch die Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. B, die in ihrem Gutachten vom 16. September 2003 u. a. ausführte, bei der Klägerin liege eine posttraumatische Belastungsstörung vor. Der ursächliche Zusammenhang zwischen dieser Gesundheitsstörung und dem Unfall sei gegeben. Der bewaffnete Raubüberfall vom 28. Januar 2003 sei seiner Eigenart und Stärke nach geeignet gewesen, bei jedem Menschen eine akute Belastungsreaktion auszulösen. Das Ereignis sei aufgrund der besonderen Aggressivität der Täter, der Bedrohung durch die Waffe und der Tatsache, dass sich die Versicherte bis dahin in absoluter Sicherheit gewogen habe, besonders traumatisierend gewesen. Weder aus der Akte noch aus der gutachterlichen Untersuchung lasse sich ein Hinweis auf eine prämorbid Schädensanlage ableiten. Auf den Unfall vom 28. Januar 2003 sei damit eine posttraumatische Belastungsstörung zurückzuführen. Arbeitsunfähigkeit infolge dieses Unfalls bestehe ab dem 10. Februar 2003 und dauere an. Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme sei zu empfehlen. Die MdE schätzte sie mit 30 v. H. ein. Die Beklagte veranlasste eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme in der Zeit vom 6. November 2003 bis 10. Januar 2004 in der M Klinik G und zog nach Abschluss dieser Maßnahme einen entsprechenden Entlassungsbericht vom 13. Januar 2004 bei. Im Anschluss an die stationäre Rehabilitationsbehandlung wurde eine ambulante Psychotherapie bei der Dipl.-Psychologin E fortgeführt. In einer schriftlichen Stellungnahme vom 7. Juni 2004 führte Dr. B unter anderem aus, zum Zeitpunkt des 1. Gutachtens im September 2003 habe eine schwere posttraumatische Belastungsstörung mit ausgeprägter intrusiver Symptomatik vorgelegen, was die Höhe der MdE von 30 v.H. begründet habe. Nach Abschluss der stationären Rehabilitationsmaßnahme habe sich diese Symptomatik weitestgehend zurückgebildet, so dass eine Berufstätigkeit außerhalb der Tankstelle und ohne Kassentätigkeit möglich sei. Somit sei die Minderung der Erwerbsfähigkeit deutlich geringer einzuschätzen als im September 2003. Hauptbeschwerde scheine derzeit die phobische Symptomatik zu sein, die jedoch inzwischen keine direkte Verbindung zum Trauma mehr aufweise. Hier sei an eine komorbide Angsterkrankung zu denken, deren Ursache in unfallunabhängigen Faktoren zu suchen sei. Die MdE werde ab dem 9. August 2004 mit 10 v. H. festgesetzt. Unfallbedingte Gesundheitsstörung sei derzeit noch die Unfähigkeit einer Tätigkeit im Verkauf nachzugehen. Die phobische Symptomatik sei als komorbide

Erkrankung einzuschätzen und nicht wesentlich auf den Unfall vom 28. Januar 2003 zurückzuführen. In einem Gutachten zur Zusammenhangsfrage vom 26. August 2004 führte Dr. B unter anderem aus, bei der Klägerin lägen eine chronifizierte partielle posttraumatische Belastungsstörung, eine Anpassungsstörung sowie eine spezifische Phobie vor. Auf den Unfall vom 28. Januar 2003 sei nur die chronifizierte partielle posttraumatische Belastungsstörung ursächlich zurückzuführen. Die Anpassungsstörung und die Angsterkrankung seien dagegen unfallunabhängig entstanden. Die MdE betrage 10 v. H. ...

Mit Bescheid vom 17. September 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Dezember 2004 lehnte die Beklagte einen Anspruch der Klägerin auf Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 28. Januar 2003 ab und führte zur Begründung unter anderem aus, die Voraussetzungen für einen Rentenanspruch lägen bei der Klägerin nicht vor. Die Erwerbsfähigkeit sei über die sechszwanzigste Woche nach Eintritt des Arbeitsunfalls, beziehungsweise nach dem Ende des Verletzengeldanspruchs, nicht um wenigstens 20 v. H. gemindert. Nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen sowie einschlägigen medizinischen Erfahrungswerten sei das Ereignis vom 28. Januar 2003 rechtlich als Arbeitsunfall zu werten, in dessen Folge es zu einer so genannten posttraumatischen Belastungsstörung gekommen sei. Neben diesem unfallbedingten Gesundheitsschaden bestünden weitere die Psyche betreffende Veränderungen, die Krankheitswert angenommen hätten. Diese seien durch den Arbeitsunfall vom 28. Januar 2003 weder verursacht, noch vorübergehend, richtungsgebend oder dauernd verschlimmert worden. Die wegen der erlittenen posttraumatischen Belastungsstörung notwendige Behandlungs- bzw. Therapiebedürftigkeit habe nach medizinischer Auffassung und Erfahrung in einem Umfang von 50 Sitzungen bestanden. Danach seien die Folgen des Arbeitsunfalls als abgeklungen und nicht mehr behandlungsbedürftig einzuschätzen.

Im anschließenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht Berlin hat die Klägerin ein psychiatrisches Gutachten des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Privat-Dozent Dr. D, Oberarzt der Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie der C, vom 12. Dezember 2005, das im Auftrag des Landgerichts Hamburg in einem dort anhängigen Verfahren zur Klärung der Berufsunfähigkeit der Klägerin eingeholt worden war, übersandt. Dieser hat neben der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zusätzlich die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome gestellt. (Hinsichtlich der Einzelheiten dieses Gutachtens wird auf Blatt 44 bis 64 der Gerichtsakte verwiesen.) Des weiteren hat die Klägerin ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten des Facharztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. K, Psychiatrische Universitätsklinik der C im H Krankenhaus, B, vom 28. August 2005 übersandt, welches im Auftrag des Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin in einem dort anhängigen Verfahren der Opferentschädigung eingeholt worden war. Dr. K hat in diesem Gutachten unter anderem ausgeführt, bei der Klägerin liege eine posttraumatische Belastungsstörung vor, die bis Oktober 2004 mit einer MdE von 40 v.H. und ab November 2004 mit einer MdE von 30 v.H. zu bewerten sei. (Hinsichtlich der Einzelheiten des Gutachtens wird auf Blatt 74 bis 96 der Gerichtsakte verwiesen.) Die Beklagte ist diesem Gutachten unter Berufung auf eine von ihr veranlasste beratungsärztliche Stellungnahme des Neurologen und Psychiaters Professor Dr. St vom 15. Mai 2006 entgegengetreten. (Hinsichtlich der Einzelheiten dieser beratungsärztlichen Stellungnahme wird auf Blatt 99 bis 106 der Gerichtsakten verwiesen). Das Sozialgericht Berlin hat Vorerkrankungsverzeichnisse der Klägerin eingeholt und Kopien aus der Akte des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Berlin bezüglich des dort anhängigen Verfahrens der Opferentschädigung beigezogen.

Der vom Sozialgericht als Sachverständiger bestellte Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. A hat in seinem Gutachten vom 29. Juli 2005 u. a. ausgeführt, bei der Klägerin liege ein neurasthenisches Syndrom im Rahmen einer Anpassungsstörung vor. Eine posttraumatische Belastungsstörung sei nachzuweisen und Folge des Überfalls vom 28. Januar 2003 gewesen, sei aber inzwischen nach entsprechenden therapeutischen mittlerweile abgeschlossenen Interventionen abgeklungen. Das neurasthenische Syndrom sei nicht auf das Ereignis vom 28. Januar 2003 zurückzuführen. Im Sinne der wesentlichen Bedingung seien die frustanen beruflichen Wiedereingliederungsversuche Ursache der jetzigen Erkrankung. Nach Abschluss der therapeutischen Maßnahmen und Abklingen der Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung liege keine Minderung der Erwerbsfähigkeit mehr vor. Der Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit dürfte im August 2004 wieder erreicht worden sein. Auch nach Kenntnis der Gutachten des Dr. D, des Dr. K und des Prof. Dr. St ist der Sachverständige Dr. A in ergänzenden Stellungnahmen vom 7. März 2006 und 10. Juli 2006 im wesentlichen bei seiner Einschätzung verblieben (hinsichtlich der Einzelheiten dieser ergänzenden Stellungnahmen wird auf Blatt 69 bis 71 sowie 132 bis 133 verwiesen).

Mit Urteil vom 2. April 2007 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es u. a. ausgeführt, zwar liege bei der Klägerin ein Arbeitsunfall vor, in dessen Folge seitens der Beklagten eine (vorübergehende) posttraumatische Belastungsstörung anerkannt worden sei. Die Klägerin habe jedoch keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente wegen der Unfallfolgen. Ihre Erwerbsfähigkeit wegen der Folgen des Unfallereignisses sei nicht in rentenberechtigendem Grade gemindert. Ein haftungsausfüllender Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 28. Januar 2003 und den fortbestehenden krankhaften psychiatrischen Auffälligkeiten der Klägerin sei nicht hinreichend wahrscheinlich. Es bestünden vielmehr Zweifel, dass das Ereignis vom 28. Januar 2003 die rechtlich wesentliche Ursache für das Schadensbild der Klägerin auf psychiatrischem Gebiet sei. Dabei stütze sich das Gericht vor allem auf das wissenschaftlich fundierte, schlüssige und letztendlich überzeugende Gutachten des Sachverständigen Dr. A. Dieser habe bei der Klägerin ein bestehendes neurasthenisches Syndrom im Rahmen einer Anpassungsstörung diagnostiziert, das nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen sei. Zwar habe infolge des Unfalls bei der Klägerin eine posttraumatische Belastungsstörung nachgewiesen werden können, diese sei jedoch inzwischen nach entsprechenden therapeutischen Interventionen abgeklungen und bedinge keine MdE mehr. Als wesentliche Ursache der bei der Klägerin bestehenden regressiven Fehlanpassung mit den Symptomen der Neurasthenie habe der Sachverständige frustane berufliche Wiedereingliederungsversuche bezeichnet. Damit weiche der Sachverständige Dr. A von der Einschätzung der Dr. B ab, die die Beeinträchtigungen der Klägerin auf psychiatrischem Gebiet durch eine präsumtive Schadensanlage zu erklären versucht habe. Schlüssig und nachvollziehbar rücke er einen Symptomwandel infolge einer Verschiebung der Wesensgrundlage in den Vordergrund, der nicht auf das Unfallereignis, sondern auf die gescheiterten beruflichen Wiedereingliederungsversuche der Klägerin zurückzuführen sei. Dafür spreche insbesondere, dass es bei der Klägerin nach einer kontinuierlichen, traumabezogenen, psychotherapeutischen Behandlung ab März 2003 und darüber hinaus zu einer signifikanten Besserung der psychiatrischen Symptomatik gekommen und die Klägerin laut Abschlussbericht der Rehabilitationsklinik für leichte bis mittlere Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einsetzbar erschienen sei. Parallel zu den Versuchen einer Wiedereingliederung und nach einem gescheiterten Arbeitsversuch sowie der Kündigung durch den Arbeitgeber sei es dann - wie der Sachverständige nachvollziehbar ausgeführt habe - zu einer Symptomverschiebung der Art gekommen, dass die ursprüngliche Angstsymptomatik rückläufig gewesen sei und nunmehr Zukunftssorgen, Resignation bezüglich einer neuen Arbeitstätigkeit und regressives Vermeidungsverhalten zu dominieren begonnen hätten. Ein intrusives, traumaspezifisches Wiedererleben sei hingegen bereits mit Ende der Rehabilitationsbehandlung abgeklungen gewesen. Der Sachverständige stütze sich bei dieser Einschätzung überzeugend auf den Befund, dass ein Fortbestehen der traumatischen Symptomatik bei der Klägerin weder in dem Verlaufsbericht der behandelnden Psychologin, noch in ihrem Abschlussbericht erwähnt worden sei. Zwar komme das im Rahmen eines Verfahrens gegen die private

Berufsunfähigkeitsversicherung der Klägerin im Auftrag des Landgerichts Hamburg erstellte Gutachten des Dr. D zweifelsfrei zu der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, die bei der Klägerin einen chronifizierten Verlauf angenommen habe. Weiterhin bestehe bei der Klägerin etwa seit Sommer 2004 eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome. Wie der Sachverständige Dr. A in seiner psychiatrischen Stellungnahme jedoch wissenschaftlich fundiert und schlüssig ausgeführt habe, bestünden zwischen diesen beiden Störungen auf Symptomebene Überschneidungen. Das Gutachten des Dr. D habe jedoch zu einer Kausalitätsbeurteilung, die eine Zuordnung der einzelnen Symptome der Klägerin zu einer der beiden Syndrome erlaubt hätte, nicht Stellung zu nehmen gehabt. Zudem gehe das Gutachten des Dr. D von den Angaben der Klägerin zum Zeitpunkt der durch ihn erfolgten Begutachtung aus, wonach bei ihr infolge der traumaspezifischen Rehabilitationsmaßnahme keinerlei Besserung eingetreten sei. Diese Angaben stünden indes in Widerspruch zu den Befundberichten der behandelnden Psychotherapeutin E und dem Abschlussbericht der Rehabilitationsklinik. Objektivierbare Befunde einer vorübergehenden deutlichen Besserung der psychiatrischen Symptomatik der Klägerin nach traumaspezifischer Therapie blieben demnach bei den Erklärungsversuchen des Dr. D, der überdies in auffälliger Häufung das nicht argumentationsersetzende Verdikt der "Zweifelsfreiheit" seiner Diagnosen bemühe, unberücksichtigt. Das im Auftrag des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Berlin im Rahmen eines Antrags der Klägerin nach dem Opferentschädigungsgesetz erstellte neurologisch-psychiatrische Gutachten des Dr. K diagnostiziere bei der Klägerin ebenfalls eine posttraumatische Belastungsstörung, die bis Oktober 2004 zu einer MdE in Höhe von 40 v. H. und im Anschluss zu einer MdE von 30 v. H. geführt habe. Eine folgenlose Abheilung der durch die Gewalttat eingetretenen, festgestellten Gesundheitsstörungen sei nicht festzustellen. Dieses Gutachten gehe indessen nicht auf die Möglichkeit einer bei der Klägerin stattgehabten Symptomverschiebung aufgrund fehlgeschlagener beruflicher Wiedereingliederungsversuche ein und verkenne die Relevanz der vorübergehenden signifikanten Besserung der psychiatrischen Symptome der Klägerin nach eingehender traumaspezifischer stationärer wie ambulanter Therapie. Stattdessen lege er der diagnostizierten Erkrankung doch recht unbesehen subjektive Angaben der Klägerin zur Pathogenese ihres nach eigenen Angaben durch eine Vielzahl von Einschränkungen geprägten, psychiatrischen Leidens zu Grunde, ohne die mögliche Bedeutung anderer Faktoren für das Schadensbild der Klägerin und den Grad der Beschwerden in ihrem zeitlichen Verlauf hinreichend zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang sei anzumerken, dass - wie der Gutachter Prof. Dr. St in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 15. Mai 2006 zutreffend ausgeführt habe - posttraumatische Belastungsstörungen im allgemeinen zu den am leichtesten zu simulierenden Krankheitsbildern gehörten, so dass vor einer entsprechenden Diagnosestellung Angaben der Betroffenen kritisch zu hinterfragen und alternativ in Betracht kommende Krankheitsfaktoren zumindest in Betracht zu ziehen seien und mit den geschilderten subjektiven Beschwerden kontrastiert werden müssten. Eine eingehende Auseinandersetzung mit den als alleinige oder mitverursachend in Betracht kommenden frustranen beruflichen Wiedereingliederungsversuchen der Klägerin unterbleibe indes in dem Gutachten des Dr. K. Anlass zu einer entsprechenden Erörterung hätte insbesondere auch vor dem Hintergrund bestanden, dass das Ereignis vom 28. Januar 2003 zwar mit seiner initialen Schrecksituation durchaus geeignet sei, vorübergehend eine posttraumatische Belastungsstörung hervorzurufen - wie dies vorliegend auch der Fall gewesen sei -, eine nachfolgende Verschlimmerung und Chronifizierung dieser Störung könne aber regelmäßig nur bei wesentlich intensiveren, Misshandlungscharakter einnehmenden Eingriffen in die körperliche und seelische Integrität des Opfers festgestellt werden. Schließlich stünden die Gutachten des Dr. Kund des Dr. D auch nicht in Einklang mit allgemein anerkannten, wissenschaftlichen Erfahrungswerten. Anpassungsstörungen als psychoreaktive Folgen auf ein dramatisches Erleben hielten selten länger als 6 Monate nach dem belastenden Ereignis an, depressive Folgereaktionen dauerten in der Regel nicht länger als 2 Jahre. Blieben sie bestehen oder würde sie sich gar verstärken, so deute dies auf eine besondere Disposition hin. Bei einer posttraumatischen Belastungsstörung dauere der akute Verlauf im allgemeinen weniger als 3 Monate, der chronische bis zu 2 Jahren (vgl. hierzu Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl., 5.1.2 und 5.1.3). Werde eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung über diese zeitlichen Grenzen hinaus diagnostiziert, so wäre durch eine besonders gründliche psychopathologische Erhebung abzuklären gewesen, ob tatsächlich das Unfallereignis diese Entwicklung kausal wesentlich bestimmt habe, oder ob Vor- oder Nachschäden für die Symptomatik eine besondere Bedeutung gewonnen hätten. Die Möglichkeit einer Verschiebung der Grundlage der psychiatrischen Beschwerden der Klägerin werde indes weder durch Dr. K noch durch Dr. D ernsthaft in Erwägung gezogen. Zudem seien Dauer und Schweregrad des Ereignisses nicht zureichend in ihrer Relevanz für das bei der Klägerin noch andauernde Schadensbild erfasst worden. Das Gericht schließe sich daher den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. A an. Demnach bestünden doch deutlich Zweifel, dass das Ereignis vom 28. Januar 2003 bei der Klägerin eine chronifizierte Form der posttraumatischen Belastungsstörung hervorgerufen habe; ein hinreichend wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Beschwerdebild der Klägerin auf psychiatrischem Gebiet nach Abschluss der therapeutischen, traumaspezifischen Behandlungsmaßnahmen sei somit nicht gegeben. Ansprüche auf Verletztenrente schieden damit aus.

Gegen das ihrem Bevollmächtigten am 18. April 2007 zugestellte Urteil richtet sich die am 16. Mai 2007 eingelegte Berufung der Klägerin. Zur Begründung führt sie unter anderem aus, die bei ihr vorliegenden psychischen Probleme seien auf das Unfallereignis vom 28. Januar 2003 zurückzuführen. Dies habe der gerichtliche Sachverständige Dr. A verkannt. (Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten der Berufungsbegründung wird auf Bl. 184 bis 193 der Gerichtsakte verwiesen.)

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 2. April 2007 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 17. September 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Dezember 2004 zu verurteilen, ihr aufgrund des Arbeitsunfalls vom 28. Januar 2003 ab 08. August 2004 eine Verletztenrente nach einer MdE von 40 v. H., ab November 2004 nach einer MdE von 30 v. H. und ab Juli 2008 nach einer MdE von 20 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen erstinstanzlichen Urteils und das Gutachten des Sachverständigen Dr. A. Das im Berufungsverfahren eingeholte Gutachten des Prof. Dr. Z hält sie für nicht überzeugend.

Der im Berufungsverfahren als Sachverständiger bestellte Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des A-Klinikum B und Arzt für Psychiatrie und Neurologie Professor Dr. Z hat in seinem Gutachten vom 28. August 2008 unter anderem ausgeführt, bei der Klägerin liege auf psychiatrisch-neurologischem Fachgebiet eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom mit begleitender ängstlich-phobischer Symptomatik vor. Die depressive Symptomatik sei inzwischen weitgehend abgeklungen. Es bestehe eine

leichtgradige Residualsymptomatik (nach abgeklungener Episode) mit vermehrter ängstlicher Irritierbarkeit. Die Klägerin werde weiterhin mit einer antidepressiven Medikation behandelt. Diese Gesundheitsstörung sei im Sinne der erstmaligen Entstehung überwiegend wahrscheinlich durch den Überfall vom 28. Januar 2003 verursacht worden. Sie sei grundsätzlich als multikonditional bestimmtes Geschehen aufzufassen. Nach dem heutigen medizinischen Kenntnisstand sei anzunehmen, dass eine Disposition zur Ausbildung einer depressiven Episode vorliege. Dennoch müsse vorliegend nach Abwägung aller Umstände angenommen werden, dass der Überfall nicht bloß als Gelegenheitsursache, sondern als wesentlicher Kausalfaktor anzusprechen sei. Ernste Zweifel an dieser Annahme ergäben sich nicht. Die depressive Episode sei inzwischen abgeklungen. Neue durch das Schadensereignis bedingte Gesundheitsstörungen seien nicht hinzugetreten. Es bestehe noch eine geringfügige Restsymptomatik. Die unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei ab dem 8. August 2004 zunächst mit 40 v.H. zu bemessen. Sie sei im Jahr 2005 auf 30 v.H. abgesunken. Die Reduktion ergebe sich aus der rückläufigen Symptomausprägung. Die fortbestehende Angstsymptomatik rechtfertige es jedoch, auch im Jahr 2005 von einer stärker behindernden Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit auszugehen. Es könne nicht ausgeschlossen werden, dass die MdE zum Jahresende 2005 erneut auf 40 v.H. angestiegen sei. Gegenwärtig sei die MdE mit 20 v.H. zu veranschlagen. (Hinsichtlich der Einzelheiten der Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. Z wird auf Bl. 217 bis 263 der Gerichtsakte verwiesen.)

Hinsichtlich der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und des Vorbringens der Beteiligten im übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten (Az. 80 U 03757-03 S) verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung war.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig und begründet. Sie hat wegen der Unfallfolgen einen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente.

Anspruchsgrundlage für die Gewährung einer Verletztenrente ist [§ 56 SGB VII](#). Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die sechszwanzigste Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente.

Unstreitig hat die Klägerin am 28. Januar 2003 einen Arbeitsunfall erlitten, den die Beklagte mit dem angefochtenen Bescheid anerkannt hat. Die Beklagte ist bei der Klägerin auch davon ausgegangen, dass bis August 2004 Arbeitsunfallfolgen in Form einer behandlungs- und therapiebedürftigen posttraumatischen Belastungsstörung vorlagen, die - nach Auffassung der Beklagten - über diesen Zeitpunkt hinaus jedoch keine MdE in rentenberechtigendem Grade bedingen.

Zur Überzeugung des Senats lag und liegt bei der Klägerin aber keine posttraumatische Belastungsstörung, sondern eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom mit begleitender ängstlich-phobischer Symptomatik vor, wobei die depressive Symptomatik inzwischen weitgehend abgeklungen ist. Es besteht aber noch eine leichtgradige Residualsymptomatik mit vermehrter ängstlicher Irritierbarkeit der Klägerin. Diese Erkrankungen bedingten auch über den 8. August 2004 hinaus eine MdE in rentenberechtigendem Grade. Dies folgt aus dem überzeugenden und nachvollziehbaren Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. Z

Unstreitig ist, dass nach dem Überfall eine psychische Störung bei der Klägerin auftrat, hiervon ist auch die Beklagte im gesamten Verwaltungsverfahren ausgegangen; sie hat der Klägerin dementsprechend Verletztenrenten bis zum 8. August 2004 gewährt. Unterschiede ergeben sich in den bisher eingeholten Gutachten hinsichtlich der diagnostischen Einordnung und Ursachenzuschreibung. Bereits die die Klägerin behandelnde Psychotherapeutin Diplom-Psychologin E ging bei der Klägerin diagnostisch von einer posttraumatischen Belastungsstörung aus. Dieser Diagnose schlossen sich sowohl die im Verwaltungsverfahren tätige Gutachterin Dr. B, der im erstinstanzlichen Verfahren bestellte Sachverständige Dr. A als auch die in anderen Verfahren tätigen Dr. D und Dr. K an, ohne die Differenzialdiagnose einer von Anfang an bestehenden depressiven Episode zu diskutieren. Diese Gutachter und Sachverständigen gingen überwiegend davon aus, dass zunächst eine posttraumatische Belastungsstörung und nach Symptomwandel eine depressive Erkrankung bestanden haben. Zwar behielt die die Klägerin behandelnde Dipl.-Psychologin E die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung in ihrem Folgebericht bei. In ihrem Erstbericht, der von März 2003 datiert, berichtet sie, dass Beschwerden ca. 2 bis 3 Tage nach dem Überfall aufgetreten seien. Genannt werden Symptome, die für eine posttraumatische Belastungsstörung charakteristisch sind, ebenso aber auch Stimmungswechsel und Depressionen. In ihrem Bericht von Mai 2003 teilte sie wiederum depressionstypische Symptome mit, darunter auch ein sexuelles Desinteresse und Scham über eigenes Versagen; die Klägerin habe sehr niedergeschlagen gewirkt und weine viel. Im Oktober 2003 werden Freudlosigkeit und Zukunftsangst notiert. Zu diesem Zeitpunkt erhielt die Klägerin psychopharmakologisch lediglich eine Schlafmedikation, jedoch kein Antidepressivum. Eine antidepressive Medikation wurde ihr erst während der stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in der M-Klinik G verabreicht. Dort diagnostizierte man - neben einer posttraumatischen Belastungsstörung - erstmals auch eine depressive Episode, die als mittelgradig ausgeprägt aufgefasst wurde. Die Rehabilitationsklinik benannte dafür charakteristische Symptome wie Ein- und Durchschlafstörungen, innere Unruhe, Ängste und depressive Verstimmtheit. Depressivität, starke innere Unruhe, Lustlosigkeit, sozialer Rückzug und Mangel an sexueller Appetenz finden sich auch im 1. Gutachten der Dr. B vom 16. September 2003 beschrieben. Ein vergleichbares Bild zeigt sich auch in ihrem Gutachten vom 26. August 2004, in dem erneut etliche depressionstypische Beschwerden aufgeführt sind, wie z.B. Schweißausbrüche, Einschlafstörungen, morgendliches Darniederliegen, Lust- und Freudlosigkeit. Die antidepressive Medikation wurde im Anschluss an die stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme fortgeführt. Analysiert man die verschiedenen Dokumente und berücksichtigt man die anlässlich der Untersuchung durch den Sachverständigen Prof. Dr. Z erhobenen eigenanamnestischen Angaben der Klägerin, so ergibt sich übereinstimmend das Bild, dass eine akute psychische Symptomatik wenige Tage nach dem Arbeitsunfall auftrat. Dabei bestand ein thematischer Bezug zu dem Raubüberfall. Das Beschwerdebild umfasste jedoch von Beginn an deutliche affektive Symptome. Im weiteren Verlauf zeigten sich zum einen charakteristische Zeichen einer depressiven Episode mit Schlafgestörtheit, morgendlicher Abgeschlagenheit, Tagesrhythmik des Befindens, ausgeprägter innerer Unruhe, Niedergeschlagenheit, Rückzugshaltung, Lustlosigkeit, sexueller Inappetenz, Antriebsverlust, Grübelneigung, späterhin auch lebensmüden Gedanken, zum anderen eine ängstlich-phobische Symptomatik. Die depressionstypischen Symptome gehen dabei bei weitem über die spezifische Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung hinaus. Dies gilt ebenso für die Angstsymptome, zu denen neben diffuser Ängstlichkeit Panikanfälle und Agoraphobieerscheinungen - mit Vermeidung von Fahrten in Bus und U-Bahn - zählten. Hierauf hat der Sachverständige Prof. Dr. Z zutreffend hingewiesen, während dies von den zuvor tätigen Gutachtern und Sachverständigen weder

beachtet noch diskutiert wurde. Rückblickend ist damit festzustellen, dass die Symptomatik, welche in den verschiedenen Dokumenten beschrieben worden ist, nicht als typisch für eine posttraumatische Belastungsstörung angesehen werden kann, auch wenn der Überfall erlebnisthematisch eine entscheidende Rolle spielte. Wie die Psychotherapeutin Diplom-Psychologin E in ihrem Bericht vom 15. Mai 2003 vermerkte, schämte sich die Klägerin ihrer Unfähigkeit, "mit so etwas fertigzuwerden". Auch dies ist ein deutliches Zeichen der depressiven Episode.

Auch die Tatsache, dass die depressive Episode bei der Klägerin ungewöhnlich lange angedauert hat, hat der Sachverständige Prof. Dr. Z nachvollziehbar erläutert, denn rückblickend lässt sich feststellen, dass die seelische Rückordnung in den ersten Monaten wesentlich aufgrund einer unzureichenden Behandlung erschwert war. Die Diagnose einer depressiven Episode wurde erst in der M-Klinik G, rund 10 Monate nach dem Überfall gestellt. Erst zu diesem Zeitpunkt wurde die dringend erforderliche psychopharmakologische Behandlung mit einem Antidepressivum eingeleitet. Auch die weitere Behandlungsführung ließ die notwendige Stringenz vermissen. Die spät und langsam eintretende Besserung hätte Anlass zu einer gezielten, intensiven Therapie, orientiert an den geläufigen Behandlungsalgorithmen für depressive Störungen, sein müssen. Dies unterblieb und erklärt partiell das unbefriedigende Behandlungsergebnis und die Resistenz einer jetzt zwar nicht mehr sehr markanten, jedoch immer noch deutlich fassbaren affektiven Residualsymptomatik. Auch in Fällen, in denen die Diagnose oder die Behandlung fehlerhaft ist, sind auftretende Komplikationen oder Gesundheitsschäden in der Regel vom Risikobereich der gesetzlichen Unfallversicherung erfasst und als mittelbare Unfallfolgen zu entschädigen (BSG, Urteil vom 05. August 1993, Az. [2 RU 34/92](#), zitiert nach Juris).

Auch die Tatsache, dass alle Vorgutachter und zuvor tätigen Sachverständigen von einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen sind und die depressive Episode nicht erkannt haben, erläutert der Sachverständige Prof. Dr. Z nachvollziehbar, denn entscheidend dafür, dass die affektive Störung (depressive Episode) nicht frühzeitig erkannt und behandelt wurde, dürfte die enge zeitliche und erlebnisthematische Verknüpfung mit dem Raubüberfall gewesen sein. Die Klägerin wie auch ihre Behandler sahen in diesem Geschehen die Krankheitsursache. Dabei wurde nicht bedacht, dass Ereignisse von psychotraumatischer Valenz sehr unterschiedliche psychiatrische Krankheitsbilder zur Folge haben können. Die posttraumatische Belastungsstörung stellt lediglich ein mögliches Störungsmuster in Reaktion auf ein belastendes Ereignis dar. Eine Vielzahl anderer psychischer Störungen lassen sich aber ebenso beobachten. So finden sich so genannte Anpassungsstörungen - eine solche diagnostizierte der Sachverständige Dr. A neben einer posttraumatischen Belastungsstörung -, verschiedene Formen der Angststörungen, nicht selten auch ein Substanzmissbrauch.

Weder die Tatsache, dass die depressive Erkrankung hier in Form der depressiven Episode nach einem Trauma entstanden ist noch die Tatsache, dass die Kl. auch eine phobische Störung in Form einer Angsterkrankung ausgebildet hat, sprechen gegen die Einordnung der Diagnose durch Prof. Dr. Z als depressive Episode mit somatischem Syndrom mit begleitender ängstlich-phobischer Symptomatik, denn zum einen stellt die depressive Episode per se nicht eine anlagebedingte Erkrankung dar, sondern kann sehr wohl durch ein äußeres Ereignis hervorgerufen werden. Während in der älteren deutschsprachigen Psychiatrie die Auffassung vorherrschte, depressive Episoden - seinerzeit gefasst als "endogene Depression" - träten anlasslos und ohne bedeutsame Mitwirkung äußerer Ereignisse in Erscheinung, betrachtet man sie heute als Folge eines komplizierten Wechselspiels von Anlage- und Umweltfaktoren. Dies bedeutet, dass depressive Episoden in einem direkten Kausalzusammenhang mit einem psychotraumatischen Ereignis stehen können. Eine psychotraumatisch induzierte depressive Episode weist zwar eine gewisse Ähnlichkeit mit der posttraumatischen Belastungsstörung auf, weicht jedoch nach Gesamtgestalt und Verlauf grundlegend ab. Zum anderen wird im Falle der Klägerin das klinische Bild zusätzlich dadurch kompliziert, dass die depressive Symptomatik eng mit den Symptomen einer Angststörung verknüpft ist. Dies beobachtet man häufig, da innere Unruhe und diffuse Ängstlichkeit charakteristische Symptome der depressiven Episode selbst darstellen. In diesem Kontext entstehen nicht selten phobische Symptome, das heißt Verhaltensweisen, welche den Patienten spezifische Situationen vermeiden lassen, etwa - wie im Falle der Klägerin - die Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln, den Besuch eines Kaufhauses und den Aufenthalt in einer größeren Menschenmenge. Nach Abklingen der depressiven Episode persistiert nicht selten eine ängstlich-phobische Symptomatik - so auch in Form einer depressiven Residualsymptomatik bei der Klägerin.

Die bei der Klägerin vorliegende depressive Episode mit begleitender ängstlich-phobischer Symptomatik besteht jetzt noch im Sinne einer leichtgradigen Residualsymptomatik mit vermehrter ängstlicher Irritierbarkeit fort. Die Klägerin befindet sich fortwährend in psychiatrischer Behandlung. Sie nimmt weiterhin ein Antidepressivum zu sich. Ihr Schlafverhalten hat sich weit gehend normalisiert (mit verlängerter Einschlaflatenz). Nach ihren Angaben zum Zeitpunkt der Untersuchung durch den Sachverständigen Prof. Dr. Z sind die Angstgefühle geringer geworden. Schwere Panikanfälle treten nicht mehr in Erscheinung. Jedoch registrierte die Klägerin immer noch eine gewisse Ängstlichkeit und erhöhte vegetative Ansprechbarkeit, zum Beispiel verstärktes Herzklopfen. In der Begutachtungssituation durch den Sachverständigen Prof. Dr. Z erschien sie ungezwungen-freundlich und frei von Depressivität. Eine suizidale Inklination war nicht mehr erkennbar. Zuweilen wurde sie ernst und nachdenklich. Sie litt darunter, nicht gebraucht zu werden und beurteilte sich auf dem Arbeitsmarkt als chancenlos. Die von ihr früher sehr geliebte Bastelarbeit hat sie inzwischen wieder aufgenommen. Zudem ist sie eine neue Partnerbeziehung eingegangen. Sie beschrieb Alpträume, die ein- bis zweimal in der Woche auftraten und verschiedene Themen betreffen, darunter auch die Szenerie des Überfalls. Die Klägerin gab an, sich bei verschiedenen großen Firmen erfolglos beworben zu haben. Schichtarbeit traute sie sich nicht mehr zu. Dies zeigt zur Überzeugung des Senats, dass die mittelgradige depressive Episode abgeklungen ist und nunmehr nur noch eine leichtgradige Residualsymptomatik besteht.

Das Unfallgeschehen ist auch kausal für die psychische Erkrankung der Klägerin. Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist es erforderlich, dass sowohl zwischen der unfallbringenden Tätigkeit und dem Unfallereignis als auch zwischen dem Unfallereignis und der Gesundheitsschädigung ein innerer ursächlicher Zusammenhang besteht. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, der Arbeitsunfall und die Gesundheitsschädigung im Sinne des Vollbeweises - also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit - nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung für die Entschädigungspflicht, der nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit - nicht allerdings die bloße Möglichkeit - ausreicht (ständige Rechtsprechung, vgl. nur BSG Urteil vom 02. Mai 2001, Az. [B 2 U 16/00 R](#), SozR 3-2200 § 551 RVO Nr. 16 m. w. N.). Eine solche Wahrscheinlichkeit ist anzunehmen, wenn nach vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Faktoren ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass die richterliche Überzeugung hierauf gestützt werden kann (BSG, Urteil vom 06. April 1989, Az. [2 RU 69/87](#), zitiert nach iuris; Urteil vom 02. Februar 1978, Az. [8 RU 66/77](#), [BSGE 45, 285](#), 286).

Unter Beachtung dieser Grundsätze ist zur Überzeugung des Senats die bei der Klägerin vorliegende psychische Erkrankung hinreichend wahrscheinlich auf den Raubüberfall und damit auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Zwar ist die Verursachung der depressiven Episode grundsätzlich als multikonditionales Geschehen zu denken, wobei allerdings das Gewicht belastender Lebensereignisse im Kausalgefüge individuell verschieden zu beurteilen ist. Es gibt am einen Ende des Spektrums depressive Episoden, deren Entstehung ganz überwiegend, wenn nicht ausschließlich, das Resultat endogener, das heißt in Anlage und Persönlichkeitseigenart verwurzelter Faktoren ist, am anderen Ende solche, bei denen "Live-Events" entscheidende Bedeutung gewinnen. Die letztgenannte Gruppe weist dabei Übergänge zu den so genannten Anpassungsstörungen mit depressiver Symptomatik auf. Im Falle der Klägerin sprechen der lange Verlauf, die Ausprägung der Symptomatik und ein so genanntes somatisches Syndrom mit Freudlosigkeit, erheblich verkürzter Schlafzeit, Morgentief und deutlichem Libidoverlust für einen wichtigen Anteil endogener Komponenten. Dies bedeutet, dass mit sehr großer Wahrscheinlichkeit gewichtige dispositionelle Faktoren, die bis zur Manifestation der Störung nicht bekannt waren, zur Erkrankung beigetragen, sie aber nicht allein verursacht haben. Gegen die Annahme, dass die depressive Episode selbst dann, wenn die Klägerin nicht Opfer eines Raubüberfalls geworden wäre, sich früher oder später manifestiert hätte, spricht der enge zeitliche Zusammenhang zwischen Ereignis und Ausbruch der Symptomatik, so wie dies anschaulich die Psychotherapeutin Diplom-Psychologin E beschrieben hat, ferner die erlebnisthematische Verknüpfung zwischen Überfall und depressiv-ängstlichen Vorstellungsgehalten. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Überfall und der depressiven Episode könnte nur dann als eher unwahrscheinlich angesehen werden, wenn es sich lediglich um ein Schadensereignis von ganz untergeordneter Bedeutung gehandelt hätte, was jedoch dem tatsächlichen Geschehensablauf nicht gerecht würde. Zwar hat die Beklagte gestützt auf die beratungsärztliche Stellungnahme des Prof. Dr. St das Gewicht des Ereignisses in Zweifel gezogen und darauf hingewiesen, dass das A2-Kriterium der posttraumatischen Belastungsstörung (akute abnorme psychische Initialreaktion) fehle. Der Sachverständige Prof. Dr. Z hat hierzu aber überzeugend dargelegt, dass das A2-Kriterium lediglich in der Operationalisierung der posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV, nicht jedoch in der internationalen Klassifizierung der WHO (ICD-10) zu finden ist. DSM-IV verlangt, dass die unmittelbare psychische Reaktion auf das Belastungsereignis intensive Furcht, ein Gefühl der Hilflosigkeit oder des Erschreckens einschließt. Die Schilderung des Vorfalls durch die Klägerin, die sie verschiedentlich - zuletzt anlässlich der Begutachtung durch den Sachverständigen Prof. Dr. Z - gegeben hat, spricht jedoch dafür, dass genau dieses Kriterium gegeben war. Das Vorliegen dieses Kriteriums schließt allerdings eine baldige Rückordnung des Verhaltens und Erlebens keineswegs aus, so dass ein überlegtes Verhalten sichtbar werden kann, wie es die Klägerin nach Eintreffen der Polizei geboten hat. In der internationalen Klassifikation ICD-10 wird als sogenanntes A2-Kriterium lediglich gefordert, dass der Betroffene einem kurz oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt gewesen sein muss, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweigung auslösen würde. Es lässt sich, auch bezogen auf die ICD-10, schwerlich dieses einschlägige Kriterium für den vorliegenden Fall verneinen, es sei denn, man wollte das geordnete Verhalten nach Eintreffen der Polizei als überzeugendes Indiz dafür nehmen, das zum Zeitpunkt der unmittelbaren Bedrohung keine schwerwiegende Angst bzw. tiefgreifende Verzweigung der Klägerin vorgelegen hat. Art und Ausprägung des Schadensereignisses stehen somit der Annahme eines Kausalzusammenhangs nicht entgegen. Hierfür spricht auch, dass sämtliche Vorgutachter und zuvor tätigen Sachverständigen einen Kausalzusammenhang zwischen der bei der Klägerin bestehenden psychischen Erkrankung und dem Arbeitsunfall durchaus angenommen haben, die Meinungen lediglich hinsichtlich der Frage auseinander gehen, ob eine Symptomverschiebung stattgefunden hat, die eine Unterbrechung der ersten Kausalkette und den Beginn einer neuen Kausalkette darstellt. Auch die enge zeitliche und erlebnisthematische Verknüpfung stellt ein weiteres wichtiges Argument für eine kausale Verknüpfung dar. Dass die seelische Störung sich nicht in der eingegrenzten Form einer posttraumatischen Belastungsstörung präsentierte, sondern als komplex strukturierte depressive Episode mit gedehntem Verlauf, stellt zwar eine eher seltene Form der Schadensverwirklichung dar. Doch müssen die zum Schädigungszeitpunkt bestehenden Dispositionen (Schadensanlage) berücksichtigt werden (im vorliegenden Fall die retrospektiv erschließbare Neigung zur Ausbildung einer depressiven Episode). Dass die Klägerin nicht lediglich eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelte, die einen kürzeren und günstigeren Verlauf genommen hätte, sondern in Form einer depressiven Störung erkrankte, spricht nicht gegen einen Kausalzusammenhang. Der Umstand, dass ein Schadensereignis wie das vorliegende nicht erfahrungsgemäß regelhaft vergleichbare psychische Krankheitsbilder hervorruft, ist nicht als Argument gegen die wesentliche kausale Bedeutung des Vorfalls im konkreten Schadensfall zu werten. Es lässt sich auch nicht behaupten, dass die Belastbarkeit der Klägerin zum Zeitpunkt des Schadensereignisses so gering gewesen sei, dass beliebige andere auslösende Ereignisse ein gleichartiges Erkrankungsbild hätten hervorrufen können. Eine psychische Labilität ist weder anhand der eigenen Angaben noch anhand des Aktenmaterials für die Zeit vor dem Schadensereignis nachzuweisen. Dementsprechend kann die Frage, ob eine vorbestehende seelische Erkrankung durch das Schadensereignis verschlimmert wurde eindeutig verneint werden. Der Kausalzusammenhang zwischen Raubüberfall und psychischer Störung ist eindeutig als Verursachung im Sinne der Entstehung zu interpretieren. Der gedehnte Krankheitsverlauf hängt wesentlich mit einer nicht optimal gestalteten Behandlung der Erkrankung zusammen. Der eingeengte diagnostische Blick aller Erstuntersucher bewirkte, dass das Krankheitsbild fälschlich als posttraumatische Belastungsstörung konzeptualisiert wurde. Demgemäß vergingen viele Monate, bevor eine sachgemäße psychopharmakologische Intervention erfolgte. Es unterblieb im weiteren eine energisch-konsequente Behandlungsführung. So hätte es beispielsweise nahegelegen die Klägerin in der regional zuständigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik zu behandeln, um die antidepressive Medikation zu optimieren und die ängstlich-phobische Erlebniseinengung sowie die daraus resultierende Vermeidungshaltung zu bearbeiten. In der Verwaltungsakte sind die ergebnislosen Versuche der beruflichen Wiedereingliederung dokumentiert. Die Fruchtlosigkeit der Bemühungen ist entscheidend durch die unzulängliche Therapieplanung bedingt gewesen. Die Klägerin begreift ihre Erkrankungen in einer für depressive Patienten typischen Weise als Ausdruck eigenen Versagens. Die damit einhergehende Selbstwertkränkung wurde verstärkt durch die Kündigung des Arbeitsverhältnisses Mitte 2004 sowie ihre scheiternden Versuche, sich beruflich neu zu integrieren. Die phobische akzentuierte Vermeidungshaltung, die sie zeitweise angewiesen machte auf Unterstützung ihrer Eltern, trug zusätzlich zur Verunsicherung der Persönlichkeit bei. Vor diesem Hintergrund erscheint der Kampf um Anerkennung einer posttraumatischen Belastungsstörung auch als Ausdruck des verständlichen Bestrebens, sich von dem Vorwurf eigenen Versagens zu entlasten. Dass die Behandlungsoptionen moderner Depressionsbehandlung im vorliegenden Fall verzögert und unzureichend genutzt worden sind, hat aber mit hoher Wahrscheinlichkeit zum gedehnten Verlauf der depressiven Episode und zur Ausbildung einer gewissen Residualsymptomatik beigetragen. Der ungünstige Therapieverlauf hat die berufliche Wiedereingliederung konterkariert und die Verfestigung von ängstlich-phobisch motivierten Vermeidungsstrategien begründet. Damit sind die Chancen der Klägerin auf künftige neue Verankerung im Berufsleben gesunken. All dieses ist als mittelbare Folge des Schadensereignisses zu interpretieren. Es hat damit zu Überzeugung des Senats durch die fehlgeschlagenen beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen keine Symptomverschiebung, wie von der im Verwaltungsverfahren tätigen Gutachterin Dr. Bund dem im erstinstanzlichen Verfahren als Sachverständiger bestellten Dr. A angenommen, stattgefunden, die eine neue Kausalkette in Gang gesetzt hätte. Vielmehr litt die Klägerin von Anfang an an einer mittelgradigen depressiven Episode, deren Behandlung unzureichend war und die deshalb ungewöhnlich lange andauerte.

Zur Überzeugung des Senats beträgt die MdE ab August 2004 40 v.H., ab November 2004 30 v.H. und ab Juli 2008 20 v.H. ...

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bezeichnet den durch die körperlichen, seelischen und geistigen Folgen des Versicherungsfalles bedingten Verlust an Erwerbsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 SGB VII). Steht die unfallbedingte Leistungseinbuße fest, so ist zu bewerten, wie sie sich im allgemeinen Erwerbsleben auswirkt (BSG, Urteil vom 29. November 1956, Az: [2 RU 121/56](#), [BSGE 4, 147](#), 149; Urteil vom 27. Juni 2000, Az: [B 2 U 14/99 R](#), [SozR 3-2200 § 581 Nr. 7](#); Urteil vom 02. Mai 2001, Az: [B 2 U 24/00 R](#), [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#)). Dabei sind die medizinischen und sonstigen Erfahrungssätze ebenso zu beachten wie die Gesamtumstände des Einzelfalles (vgl. BSG, Urteil vom 02. Mai 2001, Az. [B 2 U 24/00](#), [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#)). Wie weit die Unfallfolgen bzw. die Folgen der anerkannten Berufskrankheit die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Versicherten beeinträchtigen, beurteilt sich in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet. Um die MdE einzuschätzen sind die Erfahrungssätze zu beachten, die die Rechtsprechung und das versicherungsrechtliche sowie versicherungsmedizinische Schrifttum herausgearbeitet haben. Auch wenn diese Erfahrungssätze das Gericht im Einzelfall nicht binden, so bilden sie doch die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis (BSG, Urteil vom 26. Juni 1985, Az: [2 RU 60/84](#), [SozR 2200 § 581 Nr. 23](#); Urteil vom 26. November 1987, Az: [2 RU 22/87](#), [SozR 2200 § 581 Nr. 27](#); Urteil vom 30. Juni 1998, Az: [B 2 U 41/97 R](#), [SozR 3-2200 § 581 Nr. 5](#); Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, [§ 56 SGB VII](#) Rn. 10.3). Sie sind in Rententabellen oder Empfehlungen zusammengefasst und bilden die Basis für einen Vorschlag, den der medizinische Sachverständige zur Höhe der MdE unterbreitet. Hierdurch wird gewährleistet, dass alle Betroffenen nach einheitlichen Kriterien begutachtet und beurteilt werden. Insoweit bilden sie ein geeignetes Hilfsmittel zur Einschätzung der MdE (vgl. BSG, Urteil vom 19. Dezember 2000, Az: [B 2 U 49/99 R](#), HVBG-INFO 2001, 499, 500 ff.).

Unter Beachtung dieser Grundsätze ist die MdE wie dargestellt zu bemessen. Der Senat folgt hinsichtlich der Einschätzung der MdE dem Gutachten des Sachverständigen Professor Dr. Z. Dieser hat ausgeführt, dass die MdE ab dem 8. August 2004 mit 40 v. H. zu bemessen war, auf 30 v. H. sank und zum Zeitpunkt der Begutachtung der Klägerin nur noch 20 v. H. betrug. Die von der Klägerin bis Oktober 2004 absolvierte tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie hat zu einer wesentlichen Besserung des Befundes ab Oktober 2004 geführt, so dass die MdE zur Überzeugung des Senats ab November 2004 mit 30 v. H. zutreffend bewertet ist. Auch eine erneute Erhöhung der MdE Ende 2004 auf dann wieder 40, ist nicht vorzunehmen, da der Sachverständige Professor Dr. Zeiler eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes Ende 2004 nur für möglich, nicht aber für nachgewiesen oder überwiegend wahrscheinlich hielt. Zum Zeitpunkt der Begutachtung der Klägerin durch den Sachverständigen Professor Dr. Z im Juni 2008 betrug die MdE nur noch 20 v.H., so dass ab 1. Juli 2008 lediglich noch eine MdE von 20 v.H. angemessen ist.

Nach alledem ist der Berufung stattzugeben.

Die Kostenentscheidung findet ihre Grundlage in [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) und trägt dem Ausgang des Rechtsstreits Rechnung.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil keiner der in [§ 160 Abs. 2 Nrn.](#) 1 und 2 SGG vorliegt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2009-03-30