

## L 6 U 91/06

Land  
Sachsen-Anhalt  
Sozialgericht  
LSG Sachsen-Anhalt  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
6

1. Instanz  
SG Stendal (SAN)  
Aktenzeichen  
S 6/8 U 23/04

Datum  
06.04.2006  
2. Instanz  
LSG Sachsen-Anhalt  
Aktenzeichen  
L 6 U 91/06

Datum  
26.08.2009  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Umstritten ist insbesondere, ob über den 30. November 2003 hinaus wegen psychischer Unfallfolgen eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um mindestens 20 vom Hundert (vH) zu gewähren ist.

Der am 1972 geborene Kläger verunfallte am 18. September 2001 gegen 7.40 Uhr bei versicherter Tätigkeit als Beifahrer eines Pkw, als sein Kollege auf einen Lkw auffuhr. Dabei zog sich der Kläger nach der Diagnose des Chefarztes der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Kreiskrankenhauses G Dr. G eine LWK II-III Fraktur (Brüche des 2. und 3. Lendenwirbelkörpers) zu. Klinisch bestünden Druckschmerzen in Höhe der LWS (Lendenwirbelsäule) und im Bereich des Brustbeines ohne äußere Verletzungen und neurologische Ausfälle (Durchgangsarztbericht vom 19. September 2001).

Zur Feststellung und Bewertung der Unfallfolgen ließ die Berufsgenossenschaft für den Einzelhandel (nachfolgend einheitlich als Beklagte bezeichnet) den Facharzt für Chirurgie und D-Arzt Dr. B nach ambulanter Untersuchung am 17. Juli 2002 das Erste Rentengutachten vom 18. Juli 2002 erstellen. Der Sachverständige diagnostizierte als Unfallfolgen eine deforme Ausheilung des 2. und 3. Lendenwirbels mit partieller Aufhebung der Lendenlordose (natürliche Krümmung der LWS nach vorn) sowie ein chronisches Schmerzbild im Bereich der Rückenmuskulatur. Die Bewegungen der LWS und der BWS (Brustwirbelsäule) seien bei der klinischen Untersuchung aktiv mit guter und seitengleicher Muskelfunktion ausgeführt worden (Drehung und Seitenbewegung jeweils 40-0-40°, Finger-Fußbodenabstand 11 cm; Normalwerte nach der Neutral-Null-Methode: 50/60-0-50/60°, 30/40-0-30/40° bzw. 8804; 10 cm). Lediglich im unteren Bereich der LWS sei ein Klopfschmerz auslösbar gewesen. Röntgenologisch habe sich im 2. und 3. LWK jeweils eine Deckplatteneindellung nach vorn mit aufgehobener Lordose gezeigt. Neurologische Auffälligkeiten lägen nicht vor. Insbesondere nach längeren Autofahrten habe der Kläger Rückenschmerzen geschildert, die sich bei körperlicher Betätigung verschlechtern würden. Unfallunabhängige Erkrankungen bestünden nicht. Die MdE sei für die Zeit vom 18. März 2002 (Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit) bis zur Beendigung des dritten Jahres nach dem Unfall mit einem Grad um 20 vH einzuschätzen. Mit Bescheid vom 15. August 2002 erkannte die Beklagte den Unfall vom 18. September 2001 mit belastungsabhängigen Schmerzen sowie einer Aufhebung der Lendenlordose nach in Fehlstellung knöchern fest verheilten Brüchen des 2. und 3. LWK als Arbeitsunfall an und gewährte dem Kläger vom 18. März 2002 an eine Verletztenrente als vorläufige Entschädigung nach einer MdE um 20 vH.

Zur Überprüfung der Unfallfolgen holte die Beklagte von Dr. B das Zweite Rentengutachten vom 17. Oktober 2003 ein. Als Beschwerden des Klägers hielt dieser im Rahmen seiner Untersuchung am 16. Oktober 2003 Rückenschmerzen, die zum Teil auch spontan durch Wetterumschwünge bzw. Belastung der Wirbelsäule auftraten, fest. Bei der klinischen Inspektion der Wirbelsäule sei kein Klopf- oder Druckschmerz auslösbar gewesen. Der Muskelstatus sei kräftig und weise keine Zeichen pathologischer Verspannungen auf. Die Drehung der LWS/BWS sei bis 50-0-40°, die Seitwärtsbewegung bis 40-0-30° und der Finger-Fußbodenabstand bis 15 cm ausführbar. Radiologisch zeige sich weiterhin eine deforme Ausheilung des 2. und 3. LWK bei Zustand nach Deckplattenfrakturen mit partieller Aufhebung der Lendenlordose. Unfallunabhängige Erkrankungen bestünden nicht. Im Vergleich zum Vorgutachten sei keine signifikante Änderung eingetreten. Die Höhe der MdE um 20 vH werde im Wesentlichen durch den Röntgenbefund bedingt.

In seiner dazu erstellten beratenden Stellungnahme vom 28. Oktober 2003 machte der Chirurg Dr. H darauf aufmerksam, dass ein Röntgenbefund keine Maßgabe für die Bewertung der MdE liefere. Entscheidend hierfür seien vielmehr die funktionellen Einbußen. Angesichts der beim Kläger belegten optimalen Funktion (der LWS/BWS) sei die MdE um 10 vH einzuschätzen.

Daraufhin unterrichtete die Beklagte den Kläger mit Schreiben vom 31. Oktober 2003 von ihrer Absicht, die Verletztenrente mangels rentenberechtigenden Grades zu entziehen. Dieser machte am 12. November 2003 geltend, Dr. H sei nicht berechtigt, die MdE nur noch um 10 vH zu bewerten, nur weil sich Dr. B bei seiner Empfehlung auch auf den Röntgenbefund gestützt habe.

Mit Bescheid vom 25. November 2003 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente auf unbestimmte Zeit ab, entzog die als vorläufige Entschädigung gewährte Rente mit Wirkung vom 1. Dezember 2003 an und führte zur Begründung aus: Die anerkannten Folgen des Arbeitsunfalls – teilweise Aufhebung der natürlichen Wirbelsäulenkrümmung sowie belastungsabhängige Wirbelsäulenbeschwerden nach in Fehlstellung verheilten Brüchen des 2. und 3. LWK – bedingten keine MdE um 20 vH, da keine wesentlichen Funktionseinschränkungen vorlägen. Da es sich um die erstmalige Entscheidung über eine Rente auf unbestimmte Zeit handele, komme es allein auf die zutreffende Beurteilung des heutigen Zustandes an. Eine Besserung der Unfallfolgen brauche nicht eingetreten zu sein. Ein Anspruch auf Rente für unbestimmte Zeit anstelle der vorläufig geleisteten Entschädigung bestehe daher nicht.

Hiergegen erhob der Kläger am 4. Dezember 2003 Widerspruch und trug vor, es sei nicht nachzuvollziehen, dass die MdE nunmehr unter 20 vH liege, obgleich keine Besserung eingetreten sei. Ergänzend verwies er am 14. Januar 2004 darauf, dass er seit dem Unfall auch unter psychischen Problemen leide. Bereits im Krankenhaus habe er plötzlich nachts Herzängste verspürt, die sich in der Folgezeit zu akut auftretenden Hyperventilationen gesteigert hätten. Infolge dieser Zustände habe er nunmehr mit schubweise auftretenden Depressionen zu kämpfen, die bereits durch Antidepressiva behandelt würden und wegen der er auch in psychologischer Betreuung sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 29. Januar 2004 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück und bezog sich auf die Gründe des angefochtenen Bescheides. Soweit der Kläger nunmehr erstmals psychische Probleme anführe, bestünde deshalb kein Anlass für weitere Feststellungen, weil in den vorliegenden Befunden und Gutachten insoweit kein Hinweis mit einem Unfallbezug enthalten sei.

Am 18. Februar 2004 hat der Kläger beim Sozialgericht (SG) Magdeburg Klage erhoben und weiter vorgetragen, der Arbeitsunfall habe auch zu einer psychischen Schädigung geführt. Mit Beschluss vom 16. März 2004 hat sich das SG Magdeburg für örtlich unzuständig erklärt und den Rechtsstreit an das SG Stendal verwiesen. Auf dessen Veranlassung hat der Facharzt für Orthopädie B nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 27. Juli 2004 das Gutachten vom 28. August 2004 erstattet. Als Unfallfolgen hat der Gutachter unter jeweils geringer Deformierung verheilte Deckplatteneinbrüche bei LWK 2 und 3 mit Abflachung der LWS-Lordose und herabgesetzter statischer und dynamischer Belastbarkeit des Achsenorgans sowie eine endgradige Einschränkung der Rumpfbeuge diagnostiziert und im Ergebnis eingeschätzt, die MdE betrage vom 1. Dezember 2003 an 10 vH. Bereits zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung im Oktober 2003 sei bei den Unfallfolgen ein Endzustand eingetreten. Die Seitneigung der BWS/LWS betrage 30-0-30°, die Drehung des Rumpfes 50-0-50°. Bei der Vorneigung des Rumpfes werde die BWS und LWS ausreichend entfaltet; sämtliche Rumpfbewegungen habe der Kläger ohne Schmerzenangaben ausgeführt. Die orientierende neurologische Untersuchung habe keine Hinweise auf motorische Störungen erbracht. Röntgenologisch seien knöchern fest ausgeheilte Deckplatteneinbrüche bei LWK 2 und 3 zu erkennen.

Außerdem hat das SG von der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. R., dem Chefarzt der Klinik für Innere Medizin des A S Dr. R sowie der Dipl.-Psych. T vom Gesundheitsamt S die Befundberichte vom 1. und 13. September 2005 sowie 3. Januar 2006 eingeholt. Hierin haben diese bei Erstbehandlungen des Klägers am 20. März 2003, 13. September 2002 bzw. 16. Oktober 2002 eine Panikstörung, ein vegetatives Beschwerdebild mit Herzsensationen und Bauchbeschwerden bzw. psychosomatische Beschwerden bei Angst und depressiver Störung mitgeteilt.

Mit Gerichtsbescheid vom 6. April 2006 hat das SG die Klage abgewiesen und hierzu in den Gründen ausgeführt: Der Kläger habe gegen die Beklagte für die Zeit vom 1. Dezember 2003 an keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente, weil die MdE nicht mindestens 20 vH betrage. Dies folge aus den von Dr. B und dem Gutachter B erhobenen Befunden. Da die von den behandelnden Ärzten mitgeteilten psychischen Beschwerden keinen besonderen zeitlichen Zusammenhang (zum Unfall) aufwiesen, lägen in dieser Hinsicht auch keine weiteren Ermittlungen nahe.

Gegen den am 23. Juni 2006 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 7. Juli 2006 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt und sich hierzu insbesondere auf den von ihm vorgelegten Bericht der Dipl.-Psych. T vom 22. September 2006 bezogen. Hierin hat diese ausgeführt, beim Kläger liege in Auswertung der im Zeitraum vom 16. Oktober 2002 bis zum 20. Januar 2004 durchgeführten psychotherapeutisch orientierten Beratungsgespräche eine somatoforme autonome Funktionsstörung bei ängstlich vermeidender Persönlichkeit mit Neigung zu hypochondrischer Beschwerdeverarbeitung vor, bei der der im September 2001 erlittene Unfall im Ursachenkomplex eine mitauslösende Bedeutung habe.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stendal vom 6. April 2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 25. November 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Januar 2004 aufzuheben, festzustellen, dass auch eine Angststörung Folge des Arbeitsunfalls vom 18. September 2001 ist, und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger über den 30. November 2003 hinaus eine Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 vH zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält ihre angefochtenen Bescheide und den diese bestätigenden Gerichtsbescheid des SG im Ergebnis für richtig.

Der Senat hat von der Klinik für Innere Medizin des A S den Bericht vom 8. Oktober 2002 über die in der Zeit vom 13. bis 27. September 2002 durchgeführte stationäre Behandlung des Klägers beigezogen. Danach war die Aufnahme wegen einer Hyperventilation mit Herzsensationen erfolgt. Der Kläger habe über eine seit mehreren Jahren bestehende vegetative Beschwerdesymptomatik mit häufiger auftretenden Herzsensationen und Diarrhöerscheinungen (Durchfallbeschwerden) berichtet. Sämtliche Untersuchungen hätten, mit Ausnahme der LWK-2 und 3-Fraktur, normwertige Befunde ergeben. Dies sei mehrfach mit dem Kläger besprochen worden, der sich je-

uneinsichtig gezeigt und nach Ausschluss einer pathologischen Situation ständig neue Beschwerden, wie z.B. Schwindel, Kopfschmerz oder Unterbauchschmerzen, geschildert habe.

Außerdem haben Dr. R , Dipl.-Psych. T und der Facharzt für Allgemeinmedizin S , der den Kläger in der Zeit vom 24. August 1999 bis zum 13. November 2003 behandelt hatte, in ihren Befundberichten vom 20. März 2007 und 3. April 2007 nochmals eine Panikstörung, eine somatoforme autonome Funktionsstörung bzw. eine Angststörung angegeben.

Schließlich hat der Senat von dem Chefarzt der Klinik für psychische Erkrankungen am S -U -Klinikum N Privatdozent (PD) Dr. B das nach ambulanter Untersuchung am 14. März 2008 gefertigte Gutachten vom 25. März 2008 eingeholt. Befragt zu seiner familiären Situation hat der Kläger gegenüber dem Sachverständigen erklärt, dass er und seine Ehefrau nach mehrfachen fehlgeschlagenen Schwangerschaftsversuchen, einem Frauenarztwechsel sowie einer im Jahre 2002 erfolgten Injektionsbehandlung seiner Frau einen viereinhalbjährigen Sohn hätten. Hierzu hat die Ehefrau des Klägers fremdanamnestisch angegeben, das Problem mit dem Kinderwunsch, welches auch bei ihrer Schwester bestanden habe, sei erheblich gewesen. Die erste Panikattacke ihres Mannes sei am 9. März 2002 gewesen; umgekippt sei er dann im September 2002. Ergänzend zum Unfallgeschehen hat der Kläger geschildert, dass der Fahrer, sein Freund und Kollege, dem er den Arbeitsplatz verschafft und mit dem er vor sowie nach dem Unfall eine Fahrgemeinschaft mit wöchentlich wechselnder Fahrtätigkeit gebildet habe, mit ca. 100 km/h auf den Lkw aufgefahren sei. Am Pkw sei Totalschaden entstanden. Auf die Frage des Sachverständigen, wie er sich den Zusammenhang zwischen dem Unfall und seinen psychischen Beschwerden vorstelle, hat der Kläger angegeben, dass er laut Dipl.-Psych. T über eine ängstlich strukturierte Persönlichkeit verfüge, die für solche Sachen eher empfänglich sei. Der Unfall sei das fehlende i-Tüpfelchen, was noch gefehlt habe, um diese Geschichte auszulösen. Seine seelische Verfassung sei zwischen Angstzuständen bis gut sehr durchwachsen. Neurologisch hat PD Dr. B keine Besonderheiten feststellen können. Auch psychopathologisch seien keine Einschränkungen der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses oder des formalen Denkens zu finden. Hinsichtlich seiner Primärpersönlichkeit habe sich der Kläger auch selbst als seit jeher ängstlich, scheu, schüchtern, vorsichtig und misstrauisch empfunden. Im Ergebnis ist PD Dr. B zu der Einschätzung gelangt, beim Kläger liege neben den anerkannten Unfallfolgen eine Angststörung vor, die am ehesten als Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01) einzuordnen sei. Ferner habe er um die Jahreswende 2007/2008 eine mittelgradig ausgeprägte depressive Episode (F32.1) durchgemacht. Schließlich sei während seines erneuten stationären Aufenthalts in der Klinik für Innere Medizin des A S (17. bis 20. Dezember 2006) echokardiographisch ein offenes Foramen ovale im Sinne eines Shuntvitium rechts (angeborenes Loch im Herzvorhof mit Kreislaufkurzschluss) ohne klinische Relevanz gesichert worden. Entgegen der Ansicht der Beklagten scheine ein engerer zeitlicher Zusammenhang der Angststörung zum Unfallereignis durchaus möglich. Zwar habe einerseits Dr. B im Oktober 2003 unfallunabhängige Erkrankungen ausdrücklich verneint, obgleich der Kläger schon damals von Dipl.-Psych. T betreut worden sei. Andererseits lägen auch Anhaltspunkte dafür vor, dass der Kläger schon lange vor dem Unfall unter psychovegetativen Beschwerden gelitten habe. In diese Richtung würden nicht nur der Krankenhausbericht vom 8. Oktober 2002, sondern auch die Angabe des Allgemeinarztes S weisen, er habe den Kläger seit August 1999 bis November 2003 behandelt, wobei als erste Beschwerden Herzsensationen angegeben seien und der Unfall überhaupt keine Erwähnung finde. Immerhin seien behandlungsbedürftige psychische Beschwerden jedenfalls auch seit September 2002 belegt. Der Unfall vom 18. September 2001 sei ferner durchaus geeignet gewesen, eine seelische Erschütterung hervorzurufen. Beim Kläger sei es aber nicht zu einer akuten Belastungsreaktion oder Anpassungsstörung, sondern einer psychogenen Symptombildung gekommen, die inhaltlich keinen Bezug zum Unfallereignis mit überstandener Todesgefahr oder der erlittenen Verletzung aufweise. Viel mehr seien die besorgte Wahrnehmung des eigenen Herzschlags und die Angst, an einer schwerwiegenden Herzerkrankung zu leiden, prägend gewesen. Eindeutig gehen einen kausalen Zusammenhang spreche auch der Verlauf der Symptomatik. Denn anstelle der zu erwartenden Besserung sei es zu einer progredienten (fortschreitenden) Zunahme der Beschwerden gekommen. Insgesamt sei damit als wesentliche Ursache für die Herausbildung der Angststörung im Sinne einer psychogenen Symptombildung nicht der Unfall, sondern die besondere persönliche Beziehung des Klägers zum Unfallverursacher, die angesichts seiner Persönlichkeitsstruktur in der damaligen Lebenssituation mit unerfülltem Kinderwunsch zu einer Aggressionshemmung und Flucht in die Krankheit geführt habe, anzusehen. Im Übrigen könne auch die harmlose Missbildung des Herzens der psychogenen Symptombildung Vor-schub geleistet haben.

Der Kläger tritt dem Gutachten entgegen. Die Einschätzung des Sachverständigen, seine psychische Beeinträchtigung sei in seiner Persönlichkeit angelegt, bleibe zu unkonkret und sei nicht ansatzweise überprüfbar.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen. Diese Unterlagen waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung des Senats.

Entscheidungsgründe:

I. Die nach den [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) statthafte, form- und fristgerecht erhobene ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) sowie auch ansonsten zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das SG hat sein Begehren zu Recht abgewiesen. Denn er hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Feststellung der geltend gemachten Gesundheitsstörung als zusätzliche Folge des Arbeitsunfalls vom 18. September 2001, so dass deswegen auch keine MdE berücksichtigt werden kann. Der Bescheid der Beklagten vom 25. November 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Januar 2004 verletzt den Kläger daher nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 SGG](#)).

Während der ersten drei Jahre nach dem Versicherungsfall soll die Rente als vorläufige Entschädigung festgesetzt werden, wenn der Umfang der MdE noch nicht abschließend festgestellt werden kann. Innerhalb dieses Zeitraumes kann der Vomhundertsatz der MdE jederzeit ohne Rücksicht auf die Dauer der Veränderung neu festgestellt werden ([§ 62 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – SGB VII). Spätestens mit Ablauf von drei Jahren nach dem Versicherungsfall wird die vorläufige Entschädigung als Rente auf unbestimmte Zeit geleistet, wobei bei der erstmaligen Feststellung der Rente nach der vorläufigen Entschädigung die MdE abweichend von der vorläufigen Entschädigung festgestellt werden, auch wenn sich die Verhältnisse nicht geändert haben ([§ 62 Abs. 2 SGB VII](#)). Ein Anspruch auf Verletztenrente setzt gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) voraus, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten infolge des Versicherungsfalls (Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um mindestens 20 vH gemindert ist. Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Dabei wird die MdE durch eine abstrakte Bemessung des Unfallschadens gebildet und beruht auf freier richterlicher Beweiswürdigung

unter Berücksichtigung der im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung etablierten allgemeinen Erfahrungssätze aus der Rechtsprechung und dem einschlägigen Schrifttum (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 18. März 2003 – [B 2 U 31/02 R](#) – [Breith. 2003, 565](#) ff.; Urteil vom 22. Juni 2004 – [B 2 U 14/03 R](#) – [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)). Voraussetzung der hier geltend gemachten Ansprüche ist demnach einerseits, dass zwischen dem Unfallereignis und einer nachgewiesenen Gesundheitsstörung entweder direkt oder vermittelt durch den Gesundheitserschaden ein Ursachenzusammenhang im Sinne einer haftungsausfüllenden Kausalität nach [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) besteht, und dass andererseits durch arbeitsunfallbedingte Gesundheitsstörungen die MdE einen Grad um mindestens 20 vH erreicht (vgl. BSG, Urteil vom 12. April 2005 – [B 2 U 11/04 R](#) – [BSGE 94, 262](#) ff.; Urteil vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) – [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)).

Ausgehend hiervon kann der Kläger von der Beklagten vom 1. Dezember 2003 an keine Verletztenrente (mehr) beanspruchen. Weder lässt sich auf Grundlage der als zusätzliche Unfallfolge geltend gemachten Angststörung ein Rentenanspruch herleiten (nachfolgend unter 1.) noch bedingen die anerkannten Unfallfolgen für sich eine rentenberechtigende MdE (hierzu unter 2.).

1. Die Angststörung erfüllt schon nicht die Voraussetzungen für die Anerkennung als zusätzlich Arbeitsunfallfolge, weshalb sie bei der MdE-Bemessung keine Berücksichtigung finden kann.

Für die Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen dem Arbeitsunfall und der geltend gemachten Gesundheitsstörung gilt der Beweismaßstab der hinreichenden Wahrscheinlichkeit. Sie liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann. Die bloße Möglichkeit einer Verursachung genügt dagegen nicht. Dabei setzt die im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung geltende "Theorie der wesentlichen Bedingung" in Eingrenzung der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie, nach der jede nicht hinwegzudenkende Bedingung (conditio-sine-qua-non) kausal ist, voraus, dass das versicherte Geschehen nicht nur irgendeine Bedingung in der Kette der Faktoren für die Entstehung des Gesundheitsschadens, sondern die wesentliche Ursache war (vgl. KassKomm-Ricke, Stand April 2009, [§ 8 SGB VII](#) Rn. 4 und 15, m.w.N.). Da bei ist "wesentlich" nicht gleichbedeutend mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keinen überwiegenden Einfluss hat (haben). Das bedeutet, dass ein Gesundheitsschaden einem Versicherungsfall (hier einem Arbeitsunfall) selbst dann nicht rechtlich zugerechnet werden kann, wenn das versicherte Geschehen zwar geeignet war, den Schadenseintritt zu verursachen und ihn als letzte Bedingung in der Kausalkette gelegentlich der versicherten Tätigkeit bewirkt hat (Adäquanztheorie), es jedoch keine wesentliche Bedeutung hatte (Auslöser bzw. so genannte Gelegenheitsursache). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besonderen Beziehungen der Ursache zum Eintritt des Erfolges (Gesundheitsschaden / Erkrankung) wertend abgeleitet werden. Gesichtspunkte hierfür sind insbesondere die Art und das Ausmaß der versicherten Einwirkung sowie der konkurrierenden Ursachen, der zeitliche Verlauf, die Krankheitsgeschichte unter Berücksichtigung der aktuellen medizinischen Erkenntnisse sowie ergänzend auch der Schutzzweck der Norm (siehe BSG, Urteil vom 12. April 2005 – [B 2 U 27/04 R](#) – [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#); Urteil vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) – [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)).

Gemessen hieran ist anknüpfend an die ermittelten medizinischen Anschlussstatsachen bei der gebotenen wertenden Betrachtung ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall vom 18. September 2001 und der Angststörung nicht hinreichend wahrscheinlich. Denn es spricht mehr gegen als für diese Kausalität. Bei dieser Bewertung stützt sich der Senat auf das Gesamtergebnis der Beweisaufnahme und hierbei insbesondere auf die Darlegungen des Sachverständigen PD Dr. B.

a) Schon nach der naturwissenschaftlich-philosophischen Betrachtungsweise bestehen erhebliche Zweifel daran, dass der Unfall vom 18. September 2001 mit Wahrscheinlichkeit eine nicht hinwegzudenkende Bedingung für die Angststörung gesetzt hat. Denn zwar stellt das Unfallereignis unbestreitbar ein lebensgeschichtlich einschneidendes Geschehen dar, welches grundsätzlich zur Hervorrufung einer psychischen Reaktion geeignet war. Abgesehen davon, dass die nunmehr vom Kläger auf den Arbeitsunfall projizierten Beschwerden inhaltlich mit diesem nichts zu tun haben (sogleich näher unter b), stehen sie mit diesem auch bereits in keiner zeitlichen Verbindung. An den von dem Kläger als prägend empfundenen psychovegetativen Beschwerden wie Herzsensationen, Diarrhöeerscheinungen, Schwindel, Kopfschmerz oder Unterbauchschmerzen litt er nach seinen eigenen während der stationären Behandlung vom 13. bis 27. September 2002 im A S gemachten Angaben nämlich bereits seit mehreren Jahren. Unterstützung erfährt diese Eigenschilderung durch die Mitteilungen des Facharztes für Allgemeinmedizin Schulz, der während des Behandlungszeitraums August 1999 bis November 2003 seit mehreren Jahren bestehende psychovegetative Beschwerden mit Herzsensationen wiedergibt, den angeschuldigten Unfall aber nicht einmal erwähnt. Damit hat die vom Kläger nunmehr dem Unfall zugeschriebene Symptomatik bereits lange vor diesem bestanden. Selbst wenn aber anknüpfend an die Beschreibungen von Dipl.-Psych. T sowie entgegen den Angaben von Dr. B im Gutachten vom 18. Oktober 2003 krankheitswertige psychische Beschwerden erst ab September 2002 angenommen würden, folgt daraus nur eine mehr oder weniger enge zeitliche Verbindung, nicht jedoch ein ursächlicher Zusammenhang. Das Zeitmoment ist nämlich nur ein Aspekt der Kausalitätsbeurteilung. Denn im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung gilt weder eine Beweisregel, wonach bei fehlender Alternativursache das versicherte Geschehen sogleich die wesentliche Ursache ist (siehe nochmals BSG, Urteil vom 9. Mai 2006, [a.a.O.](#)), noch ein Erfahrungssatz, post hoc, ergo propter hoc (nach dem Unfall, also durch den Unfall). Zur Begründung der unfallversicherungsrechtlichen Kausalität reichen mithin Beschwerden, die nach einem Unfall auftreten und vorher – gegebenenfalls in diesem Maße – nicht verspürt worden sind, allein nicht aus.

b) Weitere gewichtige Zweifel an einer wesentlichen Teilursächlichkeit des Unfalls werden durch die Art der beim Kläger belegten psychischen Erkrankung sowie den Krankheitsverlauf genährt. Nach den übereinstimmenden Befundmitteilungen der Allgemeinmediziner S und Dr. R, des Internisten Dr. R sowie der Dipl.-Psych. T besteht beim Kläger ein psychisches Beschwerdebild, das sich durch eine somatoforme Funktionsstörung (z.B. Herzängste und Bauchbeschwerden) gepaart mit einer Panikstörung auszeichnet und nach PD Dr. B diagnostisch als Agoraphobie mit Panikstörung im Sinne der ICD-10 F40.01 (Zehnte Revision der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO aus dem Jahre 1989, vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ins Deutsche übertragen, herausgegeben und weiterentwickelt) einzuordnen ist. Obgleich der Unfall vom 18. September 2001 hinsichtlich seines Einwirkungsausmaßes mit außergewöhnlicher Lebensgefahr geeignet war, eine seelische Erschütterung zu verursachen, ist es bei dem Kläger also nicht etwa zu einer akuten Belastungsreaktion oder Anpassungsstörung mit Unfallbezug – etwa einer posttraumatischen Belastungsreaktion im Sinne der ICD-F43.1 – , sondern einer psychogenen Symptombildung gekommen, die inhaltlich keinerlei Verbindung zum Unfall aufweist. Vielmehr hat sich eine Angststörung entwickelt, die ihr Gepräge durch die besorgte Wahrnehmung des eigenen Herzens erhält. Hinzu kommt, dass auch der Krankheitsverlauf nicht mit dem Entwicklungsbild

einer unfallbedingten psy-chischen Erkrankung in Einklang zu bringen ist. Denn anstatt der nach den Darlegun-gen von PD Dr. B zu erwartenden Besserung ist eine fortschreitende Beschwer-dezunahme eingetreten, die eine jahrelange Psychotherapie erforderlich gemacht hat.

c) Dagegen, dass die Angststörung im Wesentlichen durch den angeschuldigten Unfall bedingt wird, spricht schließlich, dass sich die ab September 2002 eingetretene psy-chische Symptomatik auch ohne das Unfallgeschehen ohne weiteres aus der Persön-lichkeitsstruktur des Klägers erklären lässt, wie sich für den Senat nachvollziehbar aus den in sich schlüssigen Erläuterungen von PD Dr. B ergibt. Nicht der Arbeitsun-fall, sondern sie war die überragende Bedingung für die Angststörung, die ausschließ-lich durch unfallunabhängige Umstände geprägt wurde und wird. Der Sachverständige hat im Rahmen seiner Exploration eine ängstlich, scheu, schüchtern und vorsichtig ausgerichtete Persönlichkeitsstruktur des Klägers herausgearbeitet. Diese Bewertung deckt sich nicht nur mit der von Dipl.-Psych. T in ihrem Bericht vom 22. September 2006 festgehaltenen Einschätzung, nach der sich die Persönlichkeit des Klägers auf-grund der im Rahmen des Behandlungszeitraums vom 16. Oktober 2002 bis zum 20. Januar 2004 gewonnenen Erkenntnisse durch eine ängstlich vermeidende Struktur mit der Neigung zu hypochondrischer Beschwerdeverarbeitung auszeichnet. Vielmehr wird diese von den Experten getroffene Bewertung auch durch die Selbstwahrnehmung des Klägers wider spiegelt, wie er sie gegenüber PD Dr. B zum Ausdruck ge-bracht hat. Nicht zuletzt findet die angstgeprägte Primärpersönlichkeit des Klägers auch in der sonstigen medizinischen Dokumentation ihren Niederschlag, etwa im Ent-lassungsbericht der Klinik für Innere Medizin des A S vom 8. Oktober 2002. Unter Berücksichtigung dieser psychischen Prädisposition mag der Unfall vor dem Hinter-grund der damaligen Lebenssituation des Klägers zwar in dem Sinne zur Manifestation der Angststörung im Herbst 2002 beigetragen haben, als er das noch fehlende "i-Tüpfelchen" war, die Symptomatik "auszulösen". Bot doch das Unfallereignis einen Ausweg, im Nachhinein mit einer (verstärkten) psychischen Symptombildung zu rea-gieren. Mit anderen Worten hat der Unfall allenfalls aktivierend auf einen psychischen Verlauf eingewirkt, der vor allem von der nicht zum versicherten Bereich gehörenden Persönlichkeitsstruktur des Klägers getragen worden ist. Ob dies bewusst oder unbe-wusst geschah, ist rechtlich unerheblich. Das angeschuldigte Geschehen könnte damit - auch nach dem Eigenverständnis des Klägers - maximal als Auslöser, nicht aber als wesentliche Bedingung der Angststörung Bedeutung erlangt haben.

2. Die anerkannten Unfallfolgen - teilweise Aufhebung der natürlichen Wirbelsäulen-krümmung sowie belastungsabhängige Wirbelsäulenbeschwerden nach in Fehlstellung verheilten Brüchen des 2. und 3. LWK - lassen über den 30. November 2003 hinaus keine Bemessung mit einer MdE um mehr als 10 vH zu. Denn nach den von den Gut-achtern Dr. B und B dokumentierten funktionellen und bildgebenden Befunden führt die bei dem Kläger bestehende herabgesetzte statische und dynamische Belastbarkeit des Achsenorgans lediglich zu einer endgradigen funktionellen Einschränkung der BWS/LWS-Beweglichkeit und sind die Wirbelkörperbrüche unter jeweils geringer De-formierung knöchern fest verheilt. Erst Wirbelkörperbrüche mit Bandscheibenbeteili-gungen bei statisch wirksamen Achsenknicken bzw. bei Instabilitäten rechtfertigen nach den einschlägigen Erfahrungswerten aber eine MdE um 20 vH (siehe hierzu nur Kranig in: Hauck/Noftz, SGB VII, Stand April 2009, K § 56 S. 53).

3. Da nach alledem die Angststörung nicht als Arbeitsunfallfolge festgestellt werden kann und ihre Berücksichtigung bei der MdE-Bemessung damit ausscheidet sowie sich auch aus den anerkannten Unfallfolgen über den 30. November 2003 hinaus keine MdE um mindestens 20 vH ergibt, besteht kein Anspruch auf Verletztenrente. Die Be-rufung konnte folglich keinen Erfolg haben.

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

III. Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-02