

L 6 U 3246/12

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Heilbronn (BWB)

Aktenzeichen

S 13 U 539/08

Datum

13.06.2012

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 U 3246/12

Datum

26.09.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die Anerkennung einer PTBS als Unfallfolge ist ausgeschlossen, wenn der Versicherte zum Unfallzeitpunkt bewusstlos war und demzufolge keinerlei Erinnerung an das Unfallgeschehen besteht, sondern dies nur im Nachhinein aus Erzählungen rekonstruiert wird.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 13. Juni 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist noch die Weitergewährung einer Verletztenrente aus Anlass eines Arbeitsunfalls vom 06.12.2005 über den 20.02.2007 hinaus streitig.

Der 1976 geborene, aus der Türkei stammende und seit 1992 in der BRD lebende Kläger stürzte am 06.12.2005 während seiner beruflichen Tätigkeit in einer Verzinkerei, nachdem er von einem Metallgitter am Rücken getroffen wurde, zu Boden. Er wurde mit dem Rettungshubschrauber in das Klinikum am Gesundbrunnen H. gebracht und dort stationär aufgenommen. Der im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung wache, orientierte und ansprechbare Kläger konnte sich bei retrograder Amnesie an den Unfallhergang nicht erinnern. Im Rahmen der Notfallversorgung und Diagnostik zeigte sich eine Milzruptur, eine BWK-12-Kompressionsfraktur, ein stumpfes Bauchtrauma mit Schürfwunde in der linken Flanke, eine Commotio cerebri, eine distale Oberschenkelprellung links und eine Ellenbogenprellung links. Es wurde eine Laparotomie und milzerhaltende Operation sowie eine osteosynthetische Versorgung der BWK-12-Kompressionsfraktur mittels Fixateur interne durchgeführt (Entlassungsbericht des Prof. Dr. S., Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie). Nach der Entlassung aus der stationären Behandlung Anfang Januar 2006 erfolgte die ambulante Weiterbehandlung zunächst beim Orthopäden Dr. L., beim Allgemeinmediziner Dr. Z. und im Klinikum am Gesundbrunnen H ...

Die stufenweise Wiedereingliederung in die berufliche Tätigkeit fand vom 02.05.2006 bis zum 12.05.2006 mit täglich 2 Stunden und am 15.05.2006 mit täglich 4 Stunden statt. Ab 16.05.2006 nahm der Kläger an der Wiedereingliederungsmaßnahme nicht mehr teil. Nach den Befundberichten des Neurologen und Psychiaters Dr. H. stellte sich der Kläger dort ab 22.05.2006 wegen einer Schmerzsymptomatik vor. Er beschrieb eine depressive Symptomatik und diagnostizierte ein chronisches Schmerzsyndrom. Ferner diagnostizierte die Augenärztin Dr. St. das Sehen von Doppelbildern sowie eine Cephalgie beziehungsweise einen Stirnkopfschmerz. Sodann erfolgte wegen persistierender Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule ab 14.06.2006 in der Chirurgie der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. ein stationäres Heilverfahren, im Rahmen dessen physio-, psycho- und schmerztherapeutische Behandlungen durchgeführt wurden sowie im Rahmen eines augenärztlichen Konsils eine normale Augenstellung mit freier Motilität und hochwertiger Stereofunktion und im Rahmen eines neurologischen Konsils kein Anhalt für eine radikuläre Schmerzsymptomatik oder neuropathische Schmerzen festgestellt wurde (Befundbericht des Prof. Dr. W., Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T.). Da psychologisch-psychiatrische Probleme in den Vordergrund traten, erfolgte eine dreimonatige stationäre Weiterbehandlung in der Psychiatrie des Universitätsklinikums T. ab 19.07.2006 bis zum 20.10.2006. Nach der Untersuchung vom 14.07.2006 hatte nämlich PD Dr. E. ausgeführt, es lägen zwar einige Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung vor, der Kläger träume aber nicht vom Ereignis, sondern von anderen Unfällen. Diagnostiziert wurde eine posttraumatische Belastungsstörung (Befundbericht des Prof. Dr. B., Stellvertretender Ärztlicher Direktor der Klinik). Ab Ende Oktober 2006 erfolgte eine erneute Belastungserprobung des Klägers. In einem weiteren Befundbericht ging Dr. H. von einer sich entwickelnden posttraumatischen Belastungsstörung mit Depressionen, multiplen Ängsten und psychosomatischen Beschwerden aus.

Der Neurologe und Psychiater Prof. Dr. St. gelangte aufgrund seiner Begutachtung zu der Einschätzung, Unfallfolgen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet bestünden nicht. Es habe eine reversible Hirnfunktionsstörung in Form einer Gehirnerschütterung vorgelegen. Diese sei in der Zwischenzeit ausgeheilt. Eine posttraumatische Belastungsstörung bestehe ebenso wenig wie eine Angststörung. Der Kläger habe nämlich gar keine Erinnerung an das Unfallereignis, er beklage Alpträume verschiedener anderer Inhalte z. B. Angriffe von Tieren. Eine Depression oder eine Zwangserkrankung liege ebenfalls nicht vor. Allerdings mache der Kläger vielfältige und im Laufe der Zeit sich ausbreitende Beschwerden geltend. Es bestehe ein Verharrungszustand mit dem Bestreben, die Krankenrolle weiterhin beizubehalten. Weitere Behandlungsmaßnahmen seien seitens des neurologisch-psychiatrischen Fachgebietes unfallbedingt nicht erforderlich. Nach Vorlage des Abschlussberichts der Psychiatrie des Universitätsklinikums T. blieb Prof. Dr. St. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme bei seiner Einschätzung. Die Betriebsärztin Dr. L. berichtete, die jetzige Wiedereingliederung falle dem Kläger ausgesprochen schwer, da bei ihm bei Anblick der Traverse panikartige Angstzustände aufträten. Es bestünden unverändert anhaltende und schwere Symptome im Sinne eines posttraumatischen Belastungssyndroms. Daraufhin ließ die Beklagte den Kläger untersuchen und begutachten. Prof. Dr. W. beschrieb in seinem Gutachten als wesentliche Unfallfolgen eine knöchern konsolidierte BWK-12-Fraktur ohne wesentliche Knickbildung, verbliebene Narben sowie eine subjektive Beschwerdesymptomatik und schätzte die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) vom 20.07.2006 bis zum 20.02.2007 mit 20 vom Hundert (v. H.) sowie ab 21.02.2007 mit 10 v. H. ein. Die Chirurgin Dr. K. folgte dieser MdE-Beurteilung auf chirurgischem Fachgebiet in ihrer beratungsärztlichen Stellungnahme.

Mit Bescheid vom 29.05.2007 stellte die Beklagte als Unfallfolgen "belastungsabhängige Rückenbeschwerden mit Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der Brustwirbelsäule nach unter geringen knöchernen Veränderungen fest verteilter Bruch des 12. Brustwirbelkörpers" fest und führte aus, die Gehirnerschütterung, der Milzriss mit stumpfem Bauchtrauma sowie die Prellungen des linken Oberschenkels und des linken Ellenbogens seien folgenlos ausgeheilt. Die psychische Fehlhaltung sei unabhängig vom Arbeitsunfall. Wegen der Folgen des Arbeitsunfalls habe Arbeitsunfähigkeit bis zum 12.08.2006 bestanden und erhalte der Kläger für die Zeit vom 13.08.2006 bis zum 20.02.2007 eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v. H. Darüber hinaus habe der Kläger keinen Anspruch auf Verletztenrente.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein.

Mit Bescheid vom 02.07.2007 bewilligte die Beklagte die Gewährung von Fahrkosten in Höhe von 165,84 Euro. Sie berücksichtigte dabei die Untersuchungen bei Prof. Dr. St. und in der Chirurgie der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. sowie eine Fahrt von dieser stationären Behandlung nach Hause. Die weitere stationäre Behandlung sei nicht wegen Unfallfolgen erfolgt. Da für die Dauer der Belastungserprobung die Erstattung entsprechender Fahrkosten zugesichert worden sei, würden diese Auslagen erstattet.

Auch hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein. Er machte in seiner Widerspruchsbegründung Angaben zu den Heimfahrten, insbesondere regelmäßig an den Wochenenden, während des dreimonatigen stationären Aufenthaltes in der Psychiatrie des Universitätsklinikums T., geltend und begehrte die Übernahme der Fahrkosten für insgesamt 194 km. Hinsichtlich der Aufstellung wird im Einzelnen auf Blatt 245 der Behördenakte verwiesen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 24.01.2008 wies die Beklagte den gegen den Bescheid vom 29.05.2007 erhobenen Widerspruch zurück. Sie führte zur Begründung aus, ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und den psychischen Beeinträchtigungen könne nicht hinreichend wahrscheinlich gemacht werden. Zur Objektivierung der Beeinträchtigungen sei eine psychologische Diagnostik durchgeführt worden, wobei die Befunde keinem neurologischen oder psychiatrischen Krankheitsbild hätten zugeordnet werden können.

Mit weiterem Widerspruchsbescheid vom 24.01.2008 wies die Beklagte den gegen den Bescheid vom 02.07.2007 erhobenen Widerspruch zurück. Sie führte zur Begründung aus, die geltend gemachten Kosten während des dreimonatigen stationären Aufenthaltes stünden in keinem Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall. Die psychologisch-psychiatrischen Probleme, wegen der der Kläger in die Psychiatrie des Universitätsklinikums T. verlegt worden sei, seien nicht ursächlich auf das Unfallereignis zurückzuführen, weshalb eine Kostenerstattung nicht erfolgen könne.

Der Kläger hat am 19.02.2008 gegen beide Widerspruchsbescheide Klage beim Sozialgericht Heilbronn erhoben. Er hat einen Befundbericht des Dr. H. (die Kriterien für ein posttraumatisches Belastungssyndrom seien nicht vollständig erfüllt, so dass von einer somatoformen Störung auszugehen sei) und einen ärztlichen Entlassungsbericht der Michael-Balint-Klinik in K. (posttraumatische Belastungsstörung, keine Flashbacks oder Intrusionen, somatoforme Schmerzstörung, Verdacht auf Opiatabusus, Polytrauma wegen Arbeitsunfall) vorgelegt.

Das Sozialgericht hat zunächst eine sachverständige Zeugenauskunft des Dr. H. (Zustand nach Comitio cerebri, somatoforme Störung, depressives Syndrom, Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung, Polytrauma durch Arbeitsunfall) eingeholt.

Sodann hat das Sozialgericht den Kläger von Amts wegen bei Dr. Sch., Chefarzt der Klinik für Allgemeinpsychiatrie des Psychiatrischen Zentrums N., begutachten lassen. Der Sachverständige hat eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert und einen schädlichen Gebrauch von Opioiden beschrieben. Im Rahmen seiner Kausalitätsbeurteilung hat der Sachverständige ausgeführt, in Bezug auf die Verursachung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie hinsichtlich der rezidivierenden depressiven Störung könnten die Trennungserfahrungen des Klägers in Kindheit und Jugend einschließlich seiner Migrationsgeschichte als eigenanamnestisch belegte Dispositionsfaktoren gelten. Persönlichkeitsgebundene depressiogene Kognitionen seien im Rahmen der hiesigen Exploration zu eruieren gewesen. Der Kläger habe berichtet, den Unfall, den er nicht wahrgenommen habe, gar nicht zu erinnern. Schmerztypische Verhaltensweisen wie Ausweichbewegungen, übervorsichtige Bewegungen, Reiben eines Schmerzbereiches, Entlasten einer Schmerzzone starre/abnorme Haltung, Schmerzmimik oder -gestik, verbale Schmerzäußerung und Seufzen seien nicht zu beobachten gewesen. Hinsichtlich der Auslösefaktoren sei zu beachten, dass das Unfallereignis nicht in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Manifestation des psychogenen Schmerzes wie auch der Depression stehe. Beide Erkrankungen seien erst im Zusammenhang mit dem beruflichen Wiedereinstieg ab Anfang Mai 2006 nachweisbar. Auslösefaktoren für den psychogenen Schmerz und die depressive Symptomatik seien äußere psychosoziale Belastungen in Form der erlebten Anforderung am Arbeitsplatz sowie intrapsychische Konfliktkonstellationen in Form der Alleinverantwortung des Klägers für die wirtschaftliche Grundlage der wachsenden Familie. Aufrechterhaltende Faktoren seien das Krankheitsverhalten mit übermäßigen Gesundheits Sorgen, Schonverhalten, dann jedoch auch die iatrogene (durch ärztliche Maßnahmen verursacht) Fixierung durch traumabezogene Diagnosen und Therapieausrichtungen sowie an sich nicht indizierter Verordnung problematischer Medikationen. Der Sachverständige hat ferner dargelegt,

vor dem Hintergrund des Verdeutlichungs- und Aggravationsverhaltens des Klägers sei eine Rekonstruktion des Beschwerdebildes nach den dokumentierten fachärztlichen Befunden valider als die eigenanamnestischen Angaben des Klägers zum Krankheitsverlauf. So seien die aktuell festzustellenden Gesundheitsstörungen - anhaltende somatoforme Schmerzstörung, rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtiger gleichzeitiger depressiver Symptomatik und schädlicher Gebrauch von Opioiden - erst mit deutlicher zeitlicher Latenz nach dem Schädigungsereignis nachweisbar. Insbesondere habe hier die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgeschlossen werden können. Unfallereignisse, wie der vom Kläger erlittene Arbeitsunfall, könnten auslösende und im besonderen Fall auch im Rechtssinn wesentliche Ursache für die Entstehung von psychogenen Schmerzsyndromen oder affektiven Störungen sein. Die erhebliche zeitliche Latenz zwischen dem Schädigungsereignis und der Manifestation der Gesundheitsstörungen einerseits sowie das Auftreten bei Wiedereintritt in die Berufssphäre, also in einer spezifischen Belastungssituation, sprächen aus hiesiger Sicht gegen einen wesentlichen ursächlichen Beitrag des Schädigungsereignisses. Für die depressive Störung beziehungsweise die anhaltende somatoforme Schmerzstörung wirksam seien hier die bereits skizzierten disponierenden, auslösenden und störungsaufrechterhaltenden Faktoren. Der schädliche Gebrauch von Opioiden sei ebenfalls nicht wesentlich unfallbedingt, vielmehr auf ein spezifisches und wohl nicht ganz unproblematisches Therapieregime zurückzuführen. Auf psychiatrischem Fachgebiet bestehe daher keine MdE.

Daraufhin hat das Sozialgericht sachverständige Zeugenauskünfte des Orthopäden Dr. Pf. (sich auf das chronische Schmerzsyndrom positiv auswirkende Akupunktur-Behandlung seit Juni 2008), der Radiologin Dr. Sch. (Durchführung eines Skelett-Szintigramms, einer Röntgenuntersuchung und einer Kernspintomographie), des Anästhesiologen und Schmerztherapeuten Dr. K. (schmerztherapeutische Behandlung seit Februar 2007; chronischer therapieresistenter Schmerz mit aktiver mittelgradiger Anpassungsstörung) sowie des Dr. H. (somatoforme Störung) eingeholt und diverse Befundberichte beigezogen.

Ferner hat das Sozialgericht von Amts wegen das weitere orthopädische Gutachten des PD Dr. C., Ärztlicher Direktor der Orthopädie und Unfallchirurgie der Vulpus Klinik in Bad R., eingeholt. Der Sachverständige hat als Unfallfolgen eine BWK-12-Fraktur, eine Gehirnerschütterung, eine Milzruptur sowie eine Prellung des rechten Ellenbogens und des rechten Kniegelenks beschrieben und die MdE über den 20.02.2007 hinaus mit 10 v. H. eingeschätzt.

Der Kläger hat einen Befundbericht der Anästhesiologen T. und Dr. W. (chronisches Schmerzsyndrom, Depression, Angst, chronische Dorsalgie, Zustand nach BWK-12-Fraktur) vorgelegt.

Sodann hat das Sozialgericht eine weitere sachverständige Zeugenauskunft des Anästhesiologen Dr. K. (chronisches Schmerzsyndrom mit reaktiver depressiver Anpassungsstörung) eingeholt und einen Entlassungsbericht der Michael-Balint-Klinik über die weitere stationäre Rehabilitationsbehandlung vom 10.05.2011 bis 02.08.2011 (andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung mit wahnhaften Persönlichkeitszügen, schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode) beigezogen.

Dr. Sch. ist in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme bei seiner Einschätzung geblieben, eine relevante Änderung der Kausalitätsbeurteilung sei aufgrund des seit der Begutachtung angefallenen Aktenmaterials nicht vorzunehmen.

Das Sozialgericht hat im Beschlusswege die Klagen zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden (Beschluss vom 06.06.2012).

Mit Urteil vom 13.06.2012 hat das Sozialgericht die Klagen abgewiesen. Es hat zur Begründung ausgeführt, die Unfallfolgen auf chirurgisch-orthopädischem Fachgebiet rechtfertigten keine MdE von 20 v. H. über den 20.02.2007 hinaus. Durch den Arbeitsunfall sei der BWK 12 beschädigt worden. Ausweislich der bildgebenden Untersuchungen sei es zu posttraumatischen Wirbelsäulenveränderungen mit einer leichten Kyphose des BWK 12 gekommen. Berücksichtige man, wie zutreffender Weise auch PD Dr. C. - die zwei Bewegungssegmente T11/12 und T12/L1, ergebe die Addition der betroffenen Segmentwerte von 1,8 % und 3,6 % einen Wert von 5,4 %. Verdoppelte man diesen Wert noch aufgrund der festgestellten posttraumatischen leichten Kyphose mit Höhenminderung und Randzackenbildung, ergäbe sich ein Wert von 10,8 %, der auf 10 % abzurunden wäre. In jedem Fall ergebe sich unter Berücksichtigung dieses Segmentprinzips eine MdE von unter 20 v. H. Eine Instabilität oder eine Ankylose der betroffenen Segmente, die eine höhere MdE-Bewertung rechtfertigen würde, sei nicht nachweisbar. Die Bewertung der MdE mit unter 20 v. H. sei auch mit den von Prof. Dr. W. und PD Dr. C. erhobenen Bewegungsmaßen der Brustwirbelsäule und Lendenwirbelsäule nach der Neutral-Null-Methode vereinbar.

Das Sozialgericht hat ferner ausgeführt, die Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet seien nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich auf das Unfallereignis zurückzuführen. Prof. Dr. St. und Dr. Sch. hätten detailliert und nachvollziehbar dargelegt, warum die in der Psychiatrie des Universitätsklinikums T. gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht zutreffe. Zweifel bestünden bereits bei der Frage, ob das Arbeitsunfall-Geschehen nahezu bei jedem eine tiefgreifende Verzweiflung ausgelöst hätte, da der Kläger keinerlei Erinnerungen an den Unfallhergang selbst habe. Unabhängig davon fehle es aber beim Kläger an anhaltenden Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung etwa in Form von Nachhallerinnerungen oder Alpträumen. Bei dem vom Kläger gegenüber Prof. Dr. St. und Dr. Sch. geschilderten Bildern und Alpträumen handele es sich nicht um Erinnerungen oder Wiedererleben in Bezug auf das traumatische Ereignis. Dies sei in Anbetracht der beim Kläger festgestellten retrograden Amnesie auch nachvollziehbar. Denn an das Unfallereignis als solches könne sich der Kläger gerade nicht mehr erinnern. Insofern könnten auch keine abgespeicherten Erinnerungsinhalte tagsüber durch Trigger-Reize oder nachts durch Alpträume abgerufen werden. Ferner fehle es am Vermeidungskriterium. Denn der Kläger habe nie ein konsistentes, traumabezogenes Vermeidungsverhalten am Arbeitsplatz gezeigt. Im Übrigen habe auch Dr. H. nicht sämtliche Kriterien für die Diagnose eines posttraumatischen Belastungssyndroms als erfüllt angesehen. Die Ärzte der Psychiatrie des Universitätsklinikums T. hätten in keinem ihrer Befundberichte erläutert, warum sie die Diagnosekriterien allesamt als gegeben sähen. Insbesondere sei nicht nachvollziehbar, wie ein Unfallhergang rekonstruiert werden könne, an den sich der Kläger selbst gar nicht erinnere. Die in der Michael-Balint-Klinik diagnostizierte andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung mit wahnhaften Persönlichkeitszügen liege ebenfalls nicht vor. Auch hier fehle es nach der Stellungnahme des Dr. Sch. am Vorliegen von Extrembelastungen wie beispielsweise Konzentrationslager, Folter oder Katastrophen, die eine anhaltende lebensbedrohliche Situation voraussetzten. Das Sozialgericht hat ferner ausgeführt, das Unfallereignis sei nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentliche Ursache für die psychischen Erkrankungen als Erstscha-den, weil durch dieses eine psychische Reaktion nicht unmittelbar, also innerhalb eines auf längstens eine Arbeitsschicht begrenzten Zeitraums, erfolgt sei. Dies sei aber Voraussetzung für die Berücksichtigung als

unfallbedingter Erstschaden. So seien, wie Dr. Sch. zutreffender Weise ausgeführt habe, leistungsbeeinträchtigende Schmerzen ärztlicherseits erstmals nach dem Abbruch des Wiedereingliederungsversuchs Mitte Mai 2006 festgestellt worden. Gleiches gelte für die depressive Störung, die erstmals im Juni 2006 von Dr. H. genannt worden sei. Wesentlich wirksam gewordene Konkurrenzursache für die Entstehung der somatoformen Schmerzstörung und der depressiven Störung sei zum einen die vom Kläger in der Kindheit erlebte Trennung der Eltern und im Alter von 15 Jahren gemachte Migrationserfahrung durch die Einreise nach Deutschland als Dispositionsfaktor sowie die Konfrontation mit den körperlichen und psychosozialen Belastungen an seinem Arbeitsplatz im Mai 2006 als Auslösefaktor. Der Arbeitsunfall sei auch nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentliche Ursache für die festgestellte psychische Erkrankung als psychischer Folgeschaden, der sich erst im weiteren Krankheitsverlauf entwickelt habe. Die gegenteilige Einschätzung des Dr. H., die somatoforme Schmerzstörung und die depressive Störung seien wesentlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen, habe dieser nicht näher begründet und sei daher nicht ohne Weiteres nachvollziehbar.

Der Kläger habe auch keinen Anspruch auf weitergehende Fahrkostenerstattung. Denn die Behandlungsbedürftigkeit während des Heilverfahrens in der Psychiatrie des Universitätsklinikums T. sei nicht auf die Folgen des Arbeitsunfalls zurückzuführen. Der Kläger sei dort wegen psychischer Gesundheitsstörungen behandelt worden, die als posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert worden seien. Unabhängig davon, dass vom Vorliegen dieser Diagnose nicht auszugehen sei, seien die psychischen Beschwerden und Gesundheitsstörungen nicht hinreichend wahrscheinlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 02.07.2012 zugestellte Urteil des Sozialgerichts hat der Kläger am 27.07.2012 Berufung eingelegt. Er hat zur Begründung ausgeführt, sämtliche Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung seien erfüllt. Er sei von einem 200 bis 300 kg schweren Rahmen getroffen worden. Die Verletzungen hätten noch viel schwerer oder gar tödlich sein können, was als hinreichende Bedrohung jedenfalls genüge. Diese Bedrohung sei ihm bewusst gewesen, sobald er sie habe realisieren können. Auch wenn seine Bilder im Wachzustand und Alpträume keine "1-zu-1-Umsetzung" des Unfallgeschehens seien, spreche dies nicht gegen die Ursächlichkeit des Arbeitsunfalls für seine psychischen Störungen. Er befinde sich offensichtlich erst seit dem Arbeitsunfall in einem Ausnahmezustand. Neben den noch immer gravierenden Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates komme er seit dem Arbeitsunfall nicht mehr zur Ruhe. Vor dem Arbeitsunfall habe er keine psychischen Beschwerden gehabt. Er habe durch den Arbeitsunfall schwere körperliche Verletzungen davongetragen, die einschließlich der zwischenzeitlich aufgetretenen Komplikationen jedenfalls bis in den April 2006 hinein, also bis kurz vor dem Wiedereingliederungsversuch im Mai 2006, akuter Behandlungen bedurft hätten. Unterstellt, die Erkrankungen auf psychiatrischem Gebiet seien erst im Mai/Juni 2006 diagnostiziert worden, so könne offensichtlich nicht davon ausgegangen werden, sie seien unfallunabhängig. Bis dahin sei es zwangsläufig um die Behandlung und Heilung der rein körperlichen Schäden gegangen, die weitere Beeinträchtigungen gar nicht ins Blickfeld hätten geraten lassen. Er habe vor dem Arbeitsunfall weder psychische Probleme noch Schwierigkeiten am Arbeitsplatz gehabt. Diese nun als mit dem Arbeitsunfall nichts zu tun habende Schmerz-Fehlverarbeitung abzutun, sei unzutreffend.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 13. Juni 2012 aufzuheben, den Bescheid vom 29. Mai 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Januar 2008 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 vom Hundert über den 20. Februar 2007 hinaus zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie stützt sich auf die Ausführungen des Dr. Sch., in denen schlüssig und nachvollziehbar begründet dargelegt worden sei, aus welchen Gründen keine Folgen des Arbeitsunfalls auf psychiatrischem Fachgebiet vorlägen.

Im Rahmen der mündlichen Verhandlung am 26.09.2013 hat sich die Beklagte im Vergleichswege verpflichtet, dem Kläger Fahrkosten in Höhe von 208 Euro zu erstatten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, nach [§ 151 SGG](#) frist- sowie formgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klagen zu Recht abgewiesen.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Weitergewährung der Verletztenrente über den 20.02.2007 hinaus.

Der diesen Anspruch ablehnende Bescheid der Beklagten vom 29.05.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.01.2008 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Rechtsgrundlage dafür sind [§§ 7, 8](#) und [56](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach sind Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit ([§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)), das heißt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

In Bezug auf diese gesetzlichen Vorgaben hat die Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - zitiert nach juris; inzwischen

mit anderer Begrifflichkeit BSG, Urteil vom 24.07.2012 - [B 2 U 9/11 R](#) - zitiert nach juris) die folgenden Grundsätze entwickelt:

Für die Feststellung eines Arbeitsunfalls ist erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer beziehungsweise sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem Unfallereignis als einem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkendem Ereignis geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität). Erforderlich ist für die Gewährung von Verletztenrente, dass längerandauernde Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens entstanden sind (haftungsausfüllende Kausalität) und eine hierdurch bedingte MdE um mindestens 20 v. H. erreicht wird.

Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Art und das Ausmaß des Unfallereignisses, der Gesundheitserstschaden und die hierdurch verursachten längerandauernden Unfallfolgen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Lässt sich ein Nachweis nicht führen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten.

Für die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität, welche nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen sind, ist grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht, so dass auf diesen Grad der Wahrscheinlichkeit vernünftiger Weise die Entscheidung gestützt werden kann und ernste Zweifel ausscheiden. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Dies schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand ist die Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Aussage, der Versicherte sei so geschützt, wie er die Arbeit antritt, ist ebenfalls diesem Verhältnis von individueller Bewertung auf objektiver, wissenschaftlicher Grundlage zuzuordnen. Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat anhand des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes.

Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs beziehungsweise Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Wenn es mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen gibt, ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen 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 keine überragende Bedeutung hat/haben. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur diese Ursache/n "wesentlich" und damit Ursache/n im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Ist die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen, so ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte.

Bei dieser Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. Dass der Begriff der Gelegenheitsursache durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist, berechtigt jedoch nicht zu dem Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne Weiteres zu unterstellen ist. Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache beziehungsweise dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens - aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war -, ferner das Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, die Befunde und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie die gesamte Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein.

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung gegebenenfalls in einem oder mehreren Schritten zu prüfende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Dies wird häufig bei einem klar erkennbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, vor allem wenn es keine feststellbare konkurrierende Ursache gibt, kein Problem sein. Aber es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache das angeschuldigte Ereignis eine Ursache ist oder die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellte versicherte Ursache im naturwissenschaftlichen Sinn automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat der zum Unfallzeitpunkt unter Versicherungsschutz stehende Kläger aufgrund des anerkannten Arbeitsunfalls vom 06.12.2005 keinen Anspruch auf die Gewährung von Verletztenrente über den 20.02.2007 hinaus. Dass die Voraussetzungen für die Gewährung einer Verletztenrente beim Kläger in Auswertung des von der Beklagten eingeholten und im Urkundenbeweis zu verwertenden Gutachtens des Prof. Dr. W. sowie der als Sachverständigengutachten zu verwertenden Gutachten des Dr. Sch. und des PD Dr. C. nicht vorliegen, hat das Sozialgericht in der angefochtenen Entscheidung zutreffend dargestellt. Der Senat schließt sich diesen Ausführungen unter Beachtung der oben dargelegten von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze nach eigener Überprüfung an und sieht von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe zur Vermeidung von Wiederholungen nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) ab.

Auch unter Berücksichtigung des Vorbringens des Klägers im Berufungsverfahren ist gegenüber der angefochtenen Entscheidung des Sozialgerichts eine andere Beurteilung nicht gerechtfertigt.

Entgegen seiner Einschätzung sind eben nicht sämtliche Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung oder andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung erfüllt.

Zur Beurteilung der Frage, ob beim Kläger eine posttraumatische Belastungsstörung oder andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung vorliegt, das heißt zur Anerkennung einer psychischen Störung als Unfallfolge, sollte eine exakte Diagnose der Krankheit nach einem der international anerkannten Diagnosesysteme erfolgen (BSG, Urteil vom 09.05.2006 [a. a. O.](#)). Der Senat berücksichtigt die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - 10. Revision - (ICD 10) und das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen - Textrevision - (DSM-IV-TR).

Bei der posttraumatischen Belastungsstörung handelt es sich um eine Gesundheitsstörung nach ICD-10 F 43.1 beziehungsweise DSM-IV-TR 309.81.

Nach ICD-10 F 43.1 gelten folgende Grundsätze: Die posttraumatische Belastungsstörung entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, zum Beispiel zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung über.

Nach DSM-IV-TR 309.81 gelten folgende Grundsätze: Das Hauptmerkmal der posttraumatischen Belastungsstörung ist die Entwicklung charakteristischer Symptome nach der Konfrontation mit einem extrem traumatischen Ereignis. Das traumatische Ereignis beinhaltet unter anderem das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat (Kriterium A1). Die Reaktion der Person auf das Ereignis muss intensive Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen umfassen (Kriterium A2). Charakteristische Symptome, die aus der Konfrontation mit der extrem traumatischen Situation resultieren, sind das anhaltende Wiedererleben des traumatischen Ereignisses in Form von wiederholten und aufdringlichen Erinnerungen an das Ereignis (Kriterium B1), von wiederkehrenden, quälenden Träumen, in denen das Erlebnis nachgespielt wird oder in anderer Form auftritt (Kriterium B2), von Erleben von oft als "flashbacks" bezeichneten dissoziativen Zuständen, während derer einzelne Bestandteile des Ereignisses wieder erlebt werden (Kriterium B3) oder, wenn die Person mit Ereignissen konfrontiert wird, die sie an Aspekte des traumatischen Ereignisses erinnern oder die diese symbolisieren, in Form von intensiver psychischer Belastung (Kriterium B4) oder physiologischer Reaktionen (Kriterium B5). Charakteristische Symptome sind auch die andauernde Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma assoziiert sind, und eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität in der Form, dass die Person im Allgemeinen versucht, Gedanken, Gefühle oder Gespräche über das traumatische Ereignis (Kriterium C1) und Aktivitäten, Situationen oder Personen, die die Erinnerung an das Ereignis wachrufen (Kriterium C2) absichtlich zu vermeiden, wobei die Vermeidung des Erinnerns die Unfähigkeit mit einschließen kann, sich an einen wichtigen Aspekt des traumatischen Ereignisses zu erinnern (Kriterium C3), oder in Form von verminderter Reaktionsbereitschaft auf die Umwelt, welche üblicherweise sehr bald nach dem traumatischen Erlebnis eintritt (Kriterium C4), eines Gefühls der Isolierung und Entfremdung von Anderen (Kriterium C5) oder einer deutlich reduzierten Fähigkeit, Gefühle zu empfinden (Kriterium C6) oder in der Form, dass betroffene Personen das Gefühl einer eingeschränkten Zukunft haben (Kriterium C7). Charakteristische Symptome sind auch anhaltende Symptome erhöhten Arousals in Form von Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten, die durch wiederholte Alpträume, in denen das traumatische Erlebnis wieder erlebt wird, hervorgerufen werden können (Kriterium D1), Hypervigilanz (Kriterium D4) und übertriebener Schreckreaktion (Kriterium D5), wobei manche Personen über Reizbarkeit oder Wutausbrüche (Kriterium D2) oder Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder Aufgaben zu vollenden (Kriterium D3), berichten. Das vollständige Symptombild muss länger als einen Monat anhalten (Kriterium E) und die Störung muss in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen (Kriterium F). Traumatische Erfahrungen, die direkt erlebt wurden, umfassen insbesondere kriegsartige Auseinandersetzungen, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Autounfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit. Hinsichtlich Beginn und Dauer der Symptome wird unterschieden zwischen der akuten posttraumatischen Belastungsstörung (wenn die Dauer der Symptome weniger als drei Monate beträgt), der chronischen posttraumatischen Belastungsstörung (wenn die Symptome drei Monate oder länger andauern) und der posttraumatischen Belastungsstörung mit verzögertem Beginn (wenn mindestens sechs Monate zwischen dem traumatischen Ereignis und dem Beginn der Symptome vergangen sind). Die Symptome, wie beispielsweise verminderte affektive Schwingungsfähigkeit, dissoziative Symptome, somatische Beschwerden, Gefühle der Insuffizienz in Form von Hoffnungslosigkeit, sozialer Rückzug, ständiges Gefühl des Bedrohtseins oder beeinträchtigte Beziehung zu anderen oder Veränderung der Persönlichkeit im Vergleich zu früher beginnen normalerweise innerhalb der ersten drei Monate nach dem Trauma, obwohl sich die Ausbildung der Symptome aber auch um Monate oder sogar Jahre verzögern kann. Die Schwere, Dauer und Nähe der Person bei Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis sind die wichtigsten Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit bestimmen, mit der die Störung sich entwickelt. Es gibt Hinweise, dass soziale Unterstützung, Familienanamnese, Kindheitserfahrungen, Persönlichkeitsvariablen und vorbestehende psychische Störungen die Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung beeinflussen können. Die Störung kann sich auch bei Personen entwickeln, bei denen zuvor keine besondere Auffälligkeit vorhanden war, besonders dann, wenn es sich um eine besonders extreme Belastung handelt.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze sowie der umfangreichen medizinischen Unterlagen ist der Senat in Auswertung des Gutachtens

vom Dr. Sch. und ihm folgend das Sozialgericht nicht davon überzeugt, dass beim Kläger infolge des Arbeitsunfalls eine posttraumatische Belastungsstörung vorliegt.

Zwar zog der Arbeitsunfall mit dem Bruch des 12. Brustwirbelkörpers eine Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit des Klägers nach sich. Es handelte sich dabei aber nicht um das Erleben einer Situation, die mit der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun gehabt hat, so dass das Kriterium A1 nicht erfüllt ist. Denn nicht jede erlebte Körperverletzung genügt, um dieses Kriterium zu erfüllen. Vielmehr muss es sich dabei um ein Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß handeln, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.

Einer posttraumatischen Belastungsstörung steht bereits entgegen, dass sich der Kläger an das Unfallgeschehen selbst nicht erinnern kann (siehe auch Urteil des Senats vom 20.06.2013 - [L 6 VG 5753/11](#)), was der Senat dem Entlassungsbericht der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Klinikums am Gesundbrunnen H. entnimmt, und sich medizinisch auch durch die retrograde Amnesie erklären lässt. Folglich kann der Kläger den Tathergang auch nur rekonstruieren, aber nicht aus eigener Anschauung wiedergeben, zumal er am Rücken von dem Metallgitter getroffen wurde. Damit einhergehend hat PD Dr. E. festgestellt, dass der Kläger nicht von dem Ereignis träumt, sondern von anderen Unfällen. Darauf hat nicht zuletzt auch Prof. Dr. St. hingewiesen, demgegenüber der Kläger eingeräumt hat, Alpträume von anderen Ereignissen wie z. B. Angriffe von Tieren zu haben. Ferner konnte sich der Senat nicht davon überzeugen, dass der Kläger auf dieses Erlebnis mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen reagiert hat, so dass auch das Kriterium A2 nicht gegeben ist. Eine solche Beschreibung des Verhaltens und psychischen Befindens des Klägers ist dem Entlassungsbericht des Prof. Dr. S. nicht zu entnehmen. Für die unmittelbare Folgezeit im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes sind keine psychischen Beschwerden oder Klagen hierüber aktenkundig. Dass dies - wie der Kläger meint - daran liege, dass es im Rahmen dieses Krankenhausaufenthaltes nur um die Behandlung und Heilung der rein körperlichen Schäden gegangen sei, überzeugt den Senat nicht. Denn dem Befundbericht des Prof. Dr. S. ist zu entnehmen, dass der Kläger beispielsweise über linksseitige Oberbauchbeschwerden geklagt hat. Hätte er wesentlich psychische Beschwerden gehabt, so wären auch diese im Befundbericht festgehalten worden. Vielmehr ist es so, dass sich der Kläger wegen psychischer Beschwerden erst im Mai 2006, also rund ein halbes Jahr nach dem Arbeitsunfall, bei Dr. H. vorgestellt hat. Aber auch dieser hat zeitnah keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert, sondern lediglich eine depressive Symptomatik beschrieben. Entgegen der Einschätzung des Prof. Dr. B. kann daher nicht von einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen werden, worauf Dr. Sch. zu Recht hingewiesen hat. Darauf, ob - der Argumentation des Klägers, er sei mit dem Arbeitsunfall erst wieder im Rahmen seiner ersten Belastungserprobung konfrontiert worden, folgend - die oben dargestellten B-, C- und D-Kriterien vorliegen, kommt es mithin nicht mehr an.

Der Senat ist auch nicht davon überzeugt, dass der Kläger an einer unfallbedingten andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung leidet.

Bei der andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung handelt es sich um eine Gesundheitsstörung nach ICD-10 F 62.0. Eine entsprechende Kodierung im DSM-IV-TR ist nicht erfolgt. Im DSM-IV-TR sind diverse Arten von Persönlichkeitsstörungen, allerdings nicht eine solche nach Extrembelastung, definiert. Im DSM-IV-TR 301.9 ist die "nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung" beschrieben. Hierzu wird ausgeführt, es sei auch die Vergabe einer spezifischen Diagnose nach ICD-10 F 61 oder 62 zu erwägen (Saß, Wittchen, Zaudig, Houben; Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR, S. 35 und 265).

Nach ICD-10 F 62.0 gelten folgende Grundsätze: Eine andauernde, wenigstens über zwei Jahre bestehende Persönlichkeitsänderung kann einer Belastung katastrophalen Ausmaßes - wie beispielsweise andauerndes Ausgesetztsein lebensbedrohlicher Situationen, etwa als Opfer von Terrorismus, andauernder Gefangenschaft mit unmittelbarer Todesgefahr, Folter, Katastrophen oder Konzentrationslagererfahrungen - folgen. Die Belastung muss so extrem sein, dass die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tief greifende Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht in Erwägung gezogen werden muss. Die Störung ist durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdungsgefühl, gekennzeichnet. Eine posttraumatische Belastungsstörung kann dieser Form der Persönlichkeitsänderung vorausgegangen sein.

Unter Berücksichtigung dessen ist der Senat nicht zu der Überzeugung gelangt, dass beim Kläger eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung vorliegt. Bei dem Arbeitsunfall handelte es sich nämlich, worauf Dr. Sch. zu Recht hingewiesen hat, nicht um eine Belastung katastrophalen Ausmaßes im Sinne einer andauernden Extrembelastung.

Dr. Sch. hat auch überzeugend dargelegt, dass und warum die aktuell festzustellenden Gesundheitsstörungen in Form einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei fehlenden schmerztypischen Verhaltensweisen, rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtiger gleichzeitiger depressiver Symptomatik und schädlicher Gebrauch von Opioiden, da sie erst mit deutlicher zeitlicher Latenz nach dem Schädigungsereignis nachweisbar sind, nicht wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen sind.

Mithin waren bei der Bildung der MdE lediglich die auf chirurgisch-orthopädischen Fachgebiet vorhandenen Unfallfolgen, also die mit Bescheid vom 29.05.2007 festgestellten Unfallfolgen "belastungsabhängige Rückenbeschwerden mit Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der Brustwirbelsäule nach unter geringen knöchernen Veränderungen fest verheiltem Bruch des 12. Brustwirbelkörpers" zu berücksichtigen. Dass diese über den 20.02.2007 hinaus keine MdE um mindestens 20 v. H. bedingen, hat das Sozialgericht unter Würdigung der zutreffenden Gutachten im Wege des Urkundsbeweises verwertbar von Prof. Dr. W. und des PD Dr. C. überzeugend dargelegt. Denn die Morphium-Einnahme belegt keine über die mit den MdE-Erfahrungswerten hinaus nicht bereits berücksichtigte Schmerzen, sondern der Kläger zeigt gerade kein typisches Schmerzverhalten und das Morphium lindert dementsprechend auch nicht den Schmerz, was der Senat insbesondere dem Gutachten des Dr. Sch. entnimmt.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Die Revision ist nicht zuzulassen, da keiner der Gründe des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) gegeben ist.
Rechtskraft

Aus
Login
BWB
Saved
2013-10-31