

L 3 U 447/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 1766/10
Datum
13.12.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 U 447/13
Datum
28.10.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

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

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt Verletztenrente wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls.

Die am 15.10.1952 geborene Klägerin war seit 1992 in einem Lebensmitteleinzelhandelsgeschäft als Kassiererin beschäftigt und deswegen bei einer Rechtsvorgängerin der Beklagten (im Folgenden einheitlich: Beklagte) gesetzlich unfallversichert.

Am 11.08.2005 überfiel ein bewaffneter Täter das Geschäft. Dieser schlug der Klägerin mit einer Pistole mehrfach ins Gesicht und auf den Kopf. Er bedrohte sie und ihre Kollegin. Er flüchtete mit den erbeuteten Tageseinnahmen.

Zur Erstbehandlung wurde die Klägerin in das Klinikum L. verbracht. Dort diagnostizierte Durchgangsarzt Prof. Dr. A. nach dem D-Bericht vom 11.08.2005 eine Commotio cerebri, eine Hinterkopfprellung, eine HWS-Zerrung sowie eine Platzwunde im Gesicht. Die Klägerin wurde bis zum 16.08.2005 stationär behandelt. Der Neurologe Prof. Dr. B. äußerte in seinem Befundbericht vom 16.08.2005 ergänzend, die bei der Klägerin vorliegenden Erinnerungslücken seien möglicherweise auch im Rahmen einer Belastungsreaktion zu sehen. Ab dem 17.08.2005 wurde die Klägerin im Rahmen der von der Beklagten in die Wege geleiteten psychologischen Akutintervention von Dipl.-Psych. C. betreut. Dieser teilte in seinem Zwischenbericht vom 18.08.2005 mit, die Klägerin leide an einer akuten Belastungsreaktion mit intrusiver, vermeidender, affektiver und Übererregungssymptomatik und einem erhöhten Risiko zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (im Folgenden: PTBS). In der Folgezeit wurde die Klägerin auf Aufforderung der Beklagten vom 14.09.2005 von der Psychiaterin Dr. D.-E. unter der Diagnose einer PTBS behandelt (Befundbericht vom 04.10.2005). Ab dem 23.01.2006 fand eine stufenweise Wiedereingliederung auf dem alten Arbeitsplatz statt, die bis zum 18.04.2006 dauern sollte, jedoch vorzeitig erfolgreich beendet wurde, nachdem die Klägerin ab dem 01.04.2006 wieder arbeitsfähig war. Dr. D.-E. teilte der Beklagten unter dem 03.08.2006 mit, die Klägerin befinde sich in einem guten stabilisierten Zustand bei guter Arbeitsfähigkeit. Es fänden nur noch Verlaufskontrollen statt. Eine weitere Therapie nach den von der Beklagten bewilligten 25 Sitzungen sei nicht erforderlich.

Am 30.06.2009 begab sich die Klägerin erneut in Behandlung bei Dr. D.-E. ... Diese berichtete der Beklagten unter dem 30.07.2009, die Klägerin sei sehr belastet. Bei der Vorsprache am 30.06.2009 habe sie als Grund wieder zunehmende Ängste vor dem Täter angegeben, seit sie erfahren habe, dass dieser mittlerweile aus dem Gefängnis entlassen worden sei. Bei dem zweiten Termin habe sie auch von einer Situation mit ihrem Vorgesetzten berichtet, der sie angeschrien habe. Sie habe gedacht, der Täter stehe vor ihr. Sie sei bewusstlos geworden und mit dem Notarzt ins Krankenhaus verbracht worden. Es sei eine erneute Therapie notwendig. Die Beklagte erhielt ferner den Bericht der Kliniken B., Dr. F., vom 10.07.2009, wonach die Klägerin dort am 10.07.2009 unter der Diagnose eines psychogenen Ausnahmezustands bei beruflicher Konfliktsituation mit Hyperventilation behandelt worden sei.

Die Beklagte teilte Dr. D.-E. unter dem 10.08.2009 mit, die neuerliche Therapie müsse zu Lasten der Krankenkasse der Klägerin, der T. BKK, durchgeführt werden.

Parallel leitete die Beklagte ein Verwaltungsverfahren ein. Sie zog die Akten der Staatsanwaltschaft Stuttgart zu dem Vorfall am 11.08.2005 bei. Ferner übersandte die T. BKK das Vorerkrankungsverzeichnis der Klägerin. In diesem Rahmen machte die Klägerin unter dem 13.11.2009 sinngemäß geltend, das Ereignis vom 10.07.2009 sei ein Arbeitsunfall. Sie habe dort an dem selben Arm Verletzungen erlitten wie "bei dem (hierbei erstmals erwähnten) Arbeitsunfall vom 11.12.2006". Über ihren Verfahrensbevollmächtigten teilte die Klägerin dann unter dem 15.12.2009 mit, aus ihrer Sicht stehe nicht das Ereignis vom 10.07.2009 im Vordergrund, sondern der Überfall vom 11.08.2005. Die Beklagte beauftragte die Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. G. mit der Erstattung eines Gutachtens. In ihrem Gutachten vom 21.12.2009 gelangte diese Gutachterin zu dem Ergebnis, dass bei der Klägerin unfallunabhängig eine akute Belastungssituation durch Mobbing am Arbeitsplatz mit depressivem Verarbeitungsmuster und mit Neigung zu Somatisierung und unfallabhängig eine PTBS bestünden. Die akute Belastungssituation hätte sich auch unabhängig von der früher erlittenen PTBS entwickeln können. Folgen des Überfalls hätten (längstens) bis zum 03.08.2006 bestanden, danach seien sie in den Hintergrund getreten. Es bestehe (generell) keine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), prinzipiell könne die Klägerin weiterhin als Kassiererin arbeiten, sofern sie keinem Mobbing mehr ausgesetzt sei, eine begleitende Psychotherapie sei sicher sinnvoll. Die Beklagte lehnte daraufhin mit Bescheid vom 19.01.2010 einen Anspruch der Klägerin auf Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 11.08.2005 ab. Zur Begründung führte sie aus, die Erwerbsfähigkeit der Klägerin sei über die 26. Woche nach Eintritt des Arbeitsunfalls bzw. nach dem Ende des Verletztengeldanspruchs nicht um wenigstens 20 % gemindert. Die Folgen der PTBS hätten durch die psychotherapeutische Behandlung soweit wieder stabilisiert werden können, dass eine Tätigkeitsaufnahme habe erfolgen können und keine weitere therapeutische Behandlung mehr erforderlich gewesen sei. Durch eine Konfliktsituation am Arbeitsplatz im Jahr 2009 sei es zu einer akuten Belastungssituation mit depressiv-ängstlichem Zustandsbild und psychosomatischen Beschwerden gekommen. Diese stünden in keinem Zusammenhang mehr mit dem Arbeitsunfall vom 11.08.2005, sondern müssten als unfallunabhängig gewertet werden.

Den Widerspruch, zu dem die Klägerin ausführte, sie leide nach wie vor an den Folgen des Überfalls, auch die akute Belastungssituation beruhe darauf, wies die Beklagte ohne weitere Ermittlungen mit Widerspruchsbescheid vom 20.04.2010 zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 14.05.2010 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben. Sie hat im Wesentlichen Mängel des Gutachtens von Dr. G. gerügt und vorgetragen, sie fürchte sich davor, allein das Haus zu verlassen, werde von Träumen heimgesucht und könne einfachste soziale Kontakte nicht mehr aushalten.

Nachdem die Beklagte der Klage entgegen getreten war, hat das SG zunächst Dr. D.-E. (Aussage vom 08.07.2010) und weiterhin Dr. H. von der psychiatrischen Tagesklinik L., in welcher die Klägerin vom 22.03. bis zum 01.04.2010 in Behandlung war (Aussage vom 05.07.2010) schriftlich als sachverständige Zeugen vernommen. Beide Zeugen haben u. a. eine Depression und eine PTBS diagnostiziert und einen Zusammenhang zwischen dem Überfall und diesen Erkrankungen gesehen.

Sodann hat das SG den Chefarzt der Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Psychiatrischen Zentrum in W., Dr. L., mit einem Gutachten über die Klägerin beauftragt. Dieser Sachverständige hat nach Auswertung zahlreicher weiterer medizinischer Unterlagen und einer Exploration der Klägerin am 28.06. und am 08.07.2011 in seinem Gutachten vom 21.09.2011 bekundet, dass es im Zusammenhang mit dem Überfall sicher zu einer akuten Belastungsreaktion gekommen sei. Hieraus habe sich eine PTBS entwickelt. Diese habe sich unter Freistellung von der Arbeit, stufenweiser Wiedereingliederung und konsequenter, frühinterventiver psychotraumatischer Behandlung zurückgebildet. Ein neuer Krankheitsprozess habe Ende 2006 mit einer Handgelenksfraktur rechts begonnen, infolge derer ab Januar 2007 zusätzlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine leichtgradige depressive Episode zu diagnostizieren sei. Seit Anfang 2007 sei die Klägerin intensiv am Arbeitsplatz drangsaliert und von der Marktleiterin massiv unter Druck gesetzt worden, was letztlich in der Abmahnung vom 10.07.2009 eskaliert sei. In der Untersuchung sei eine ängstlich-depressive Symptomatik festzustellen. Die Symptomatik einer PTBS sei nicht feststellbar. Eine solche sei schon seit Mitte 2006 nicht mehr existent. Ganz im Vordergrund des Beschwerdebildes stehe die Fehlverarbeitung von Konflikten am Arbeitsplatz. Hierunter sei es auch zur Exazerbation der depressiven Symptomatik gekommen. Aktuell bestünden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine leichtgradige depressive Störung, die nicht auf das Schädigungsereignis vom 11.08.2005 zurückzuführen seien. Eine MdE ab dem 01.04.2006 sei daher nicht anzunehmen. Dr. L. hat seine Einschätzung unter anderem auch auf die Ergebnisse zweier Testungen zur Validierung der Angaben der Klägerin ("Strukturierter Fragebogen simulierter Symptome" [SFSS] sowie "Word memory test" [WMT]) gestützt, bei denen die Klägerin deutlich auffällige bzw. massiv auffällige Werte erzielt habe. Auch hätten sich Auffälligkeiten in Bezug auf die Authentizität der geklagten Beschwerden und Funktionsstörungen ergeben. Es hätten sich klare Hinweise auf zumindest eine massive Aggravation ergeben.

Die Klägerin hat das Gutachten der Psychiaterin Faust vom 17.05.2011 zur Akte gereicht, das ihr eine PTBS und eine mittelgradige depressive Episode bescheinigt und auf Grund dessen ihr die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Baden-Württemberg eine unbefristete Vollerwerbsminderungsrente bewilligt hat (Bescheid vom 24.01.2012).

Auf Antrag und Kosten der Klägerin hat das SG den Arzt für Psychiatrie und Neurologie Prof. Dr. I. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Dieser Sachverständige hat unter dem 21.02.2012 mitgeteilt, dass die Klägerin auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet an einer chronischen PTBS sowie einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, leide. Hierfür sei absolut ein Zusammenhang mit dem Ereignis vom 11.08.2005 gegeben. Er habe weder körpereigene noch sonstige Bedingungen eruieren können, die für die Entstehung oder Verschlimmerung dieser Gesundheitsstörungen zusätzlich zum Unfall wirksam geworden seien. Die Klägerin sei prätraumatisch psychisch völlig gesund gewesen. Es sei mindestens eine MdE um 20 v.H. anzuerkennen.

Diesem Gutachten ist die Beklagte unter Vorlage der beratungsärztlichen Stellungnahmen des Neurologen und Psychiaters Prof. Dr. K. vom 08.05. und 26.09.2012 entgegengetreten.

Die Klägerin hat dem SG am 28.10.2012 mitgeteilt, sie befinde sich zurzeit zum Verwandtenbesuch im Ausland.

In der mündlichen Verhandlung vom 13.12.2012 hat das SG die Klägerin persönlich angehört.

Mit Urteil vom selben Tage hat es die Klage abgewiesen. Der die Gewährung einer Verletztenrente ablehnende Bescheid der Beklagten vom 19.01.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.04.2010 sei rechtmäßig und verletze die Klägerin nicht in subjektiven Rechten. Der Klägerin stehe kein Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente aufgrund der Folgen des Arbeitsunfalls vom 11.08.2005

zu. Bei ihr beständen noch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine leichtgradige depressive Störung. Diese seien jedoch nicht wesentlich auf den Überfall am 11.08.2005 zurückzuführen. Eine PTBS, die eine mögliche Unfallfolge sei, bestehe bei der Klägerin nicht, sofern eine solche bestanden habe, sei sie weniger als sechs Monate nach dem Überfall folgenlos ausgeheilt gewesen. Es beständen keine Unfallfolgen mehr, die eine MdE um mindestens 20 v.H. bedingen. Zur weiteren Begründung hat sich das SG im Wesentlichen auf die Feststellungen und Schlussfolgerungen des Sachverständigen Dr. L. gestützt. Dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. I., so das SG weiter, könne nicht gefolgt werden. Dieser habe eine chronische PTBS diagnostiziert, obwohl eine solche im Vollbeweis nicht festgestellt werden könne. Ferner habe er, obwohl von ihm selbst ebenfalls beschrieben, die Verhaltensauffälligkeiten der Klägerin und den ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn unberücksichtigt gelassen, obwohl bereits Dr. L. eine massive Aggravation beschrieben habe. Auch lasse er die möglichen konkurrierenden Ursachen – den Sturz im November 2006 und die Konflikte am Arbeitsplatz – unberücksichtigt.

Gegen dieses Urteil, das ihrem Prozessbevollmächtigten am 02.01.2013 zugestellt worden ist, hat die Klägerin am 18.01.2013 bei dem SG Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Sie behauptet, sie sei vor dem Überfall psychisch völlig gesund gewesen. Sie trägt vor, sie leide weiterhin massiv unter den Unfallfolgen. Eine Wiedereingliederung sei gescheitert, weil sie immer fürchte, das Ereignis könne sich wiederholen. Sie leide an Panikattacken. Die Klägerin verweist darauf, dass die DRV eine PTBS anerkannt habe und ihr Vollerwerbsminderungsrente gewähre.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 13. Dezember 2012 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheids vom 19. Januar 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20. April 2012 zu verurteilen, ihr wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 11.08.2005 eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angegriffene Urteil und ihre Entscheidungen.

Der Berichterstatter des Senats hat die Klägerin, auch zu den Ergebnissen der Validitätstestungen in dem Gutachten von Dr. L., persönlich angehört. Wegen der Angaben der Klägerin wird auf das Protokoll der nichtöffentlichen Sitzung vom 21.06.2013 verwiesen. Zu der von der Klägerin im Termin mitgeteilten Medikation hat der Senat im Internet recherchiert. Ferner hat er medizinische Literatur zu den von Dr. L. durchgeführten Testungen (Tscheuschner, "Über die Möglichkeit, nicht-authentische Beschwerden zu erkennen", Diss. med. Tübingen 2011; Cima, Hollnack u. a., "Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome", Der Nervenarzt 11/2003, S. 977 ff.) beigezogen. Diese Ergebnisse und Unterlagen sind der Klägerin unter dem 27.06.2013 zur Kenntnis gegeben worden.

Der Senat hat die Beteiligten bereits unter dem 17.04.2013 darüber unterrichtet, dass er durch Beschluss ohne Hinzuziehung der ehrenamtlichen Richter entscheiden wolle, und Gelegenheit zur Stellungnahme bis zum 14.05.2013 gegeben. Nach Durchführung des genannten Erörterungstermins hat die Klägerin unter dem 22.07.2013 ausdrücklich mitgeteilt, sie sei mit dieser Verfahrensweise einverstanden.

Bezüglich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte und die vorgelegte Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Der Senat konnte nach [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung und ohne Hinzuziehung der ehrenamtlichen Richter entscheiden. Er hält die Berufung einstimmig für unbegründet. Eine mündliche Verhandlung ist nicht notwendig, nachdem die Argumente ausgetauscht sind und die Klägerin persönlich angehört worden ist. Die Anhörung der Beteiligten zu dieser Verfahrensweise ist zwar durch den zwischenzeitlich durchgeführten Termin überholt, aber die Klägerin hat sich auch nach diesem Termin ausdrücklich mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt.

2. Die Berufung der Klägerin ist statthaft ([§ 143 SGG](#)) und auch sonst zulässig, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) erhoben. Sie ist aber nicht begründet. Zu Recht hat das SG die Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) Var. 1, Abs. 4 SGG) abgewiesen. Der Klägerin steht der geltend gemachte Anspruch auf eine Verletztenrente wegen des Arbeitsunfalls am 11.08.2005 aus [§ 56 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) nicht zu. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten erweisen sich als rechtmäßig.

Die rechtlichen Voraussetzungen des geltend gemachten Anspruchs, insbesondere die Anforderungen an die Feststellung und den Nachweis einer Gesundheitsschädigung und ihres Zusammenhangs mit dem (hier anerkannten) Versicherungsfall, hat das SG in dem angegriffenen Urteil zutreffend dargelegt. Darauf wird, um Wiederholungen zu vermeiden, verwiesen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Das Gleiche gilt für die Ausführungen des SG zu der Frage, welche Gesundheitsschäden bei der Klägerin vorliegen und welche davon auf den Überfall am 11.08.2005 zurückgeführt werden können. Auch der Senat schließt sich der Ansicht an, dass eine PTBS bei der Klägerin jedenfalls nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit am 01.04.2006 nicht mehr besteht und dass die ggfs. jetzt bestehenden psychischen Erkrankungen, möglicherweise eine Depression und eine Angststörung, zum einen keine Funktionseinbußen in rentenberechtigendem Ausmaß bedingen und zum anderen nicht auf dem Überfall beruhen. Ergänzend ist lediglich Folgendes auszuführen:

Die unfallrechtliche Kausalitätslehre von der wesentlichen Bedingung gilt auch für die – besonders schwierige – Zusammenhangsbeurteilung psychoreaktiver Störungen nach körperlichen bzw. seelischen Traumen (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urt. v. 31.01.1989, [2 RU 17/88](#), juris Rn. 17); Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, S. 142 ff, 158 f.). Diese besonderen Probleme rühren daher, dass seelische Empfindungsstörungen ohne organische Grundlage nach einem Unfallereignis und/oder -erlebnis höchst unterschiedlich ausfallen können und vielfach nicht direkt erfahrbare oder objektivierbar sind. Eine Entschädigung setzt zudem voraus, dass

es sich bei diesen Störungen um solche von Krankheitswert handelt, was dann der Fall ist, wenn ernste und echte Versagenszustände vorliegen, die der Betreffende nicht aus eigener Kraft unter Einsatz aller verfügbaren Mittel seines Willens überwinden kann (LSG Nordrhein-Westfalen, [L 17 U 127/02](#) v. 17.11.2004, Juris Rn. 31). Vorgetäuschte Störungen (Simulation/Aggravation) sowie Wunsch- und Zweckreaktionen, die sich z. B. aus der Tatsache des Versichertseins ergeben oder die im Wesentlichen aus persönlichen Lebenskonflikten herrühren, können Entschädigungsansprüche nicht begründen (BSG, a.a.O.; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 154). Akute abnorme seelische Reaktionen – auch im Sinne einer Anpassungsstörung – sind danach als Unfallfolge anzunehmen, wenn sich die Symptome unmittelbar nach dem schädigenden Ereignis entwickelt haben, das mit einer so schweren seelischen Störung verbunden war, dass auch bei einer gewöhnlichen seelischen Reaktionsweise eine ausgeprägte psychische Reaktion zu erwarten gewesen wäre. Dass der medizinische Sachverständige bei der Feststellung psychoreaktiver Störungen nach Unfällen oft an die Grenze seiner diagnostischen und prognostischen Erkenntnismöglichkeiten geführt wird, ist bekannt; gleichwohl ist von ihm eine deutlich abgrenzbare Beweisantwort zu verlangen und bei der Beweiswürdigung ein strenger Maßstab anzulegen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O. S. 158). Insbesondere darf er seine Diagnose nicht allein auf die Beschwerdeschilderungen des Probanden stützen, sondern muss objektive Befunde ermitteln, diese muss er dann einer der anerkannten klassifizierten Erkrankungen zuordnen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 148 m.w.N.). Nach der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) kommen insoweit in Betracht: akute Belastungsstörungen/Schock (F43.0), Anpassungsstörungen (F43.2 bzw. 43.8), die PTBS (F43.1) sowie andauernde Persönlichkeitsveränderungen als Folge einer PTBS (F62.0 bzw. F62.1).

Nach diesen Maßstäben ist ein Anspruch der Klägerin auf Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen des Überfalls vom 11.08.2005 aus zwei Gründen zu verneinen:

a) Der Senat ist bereits nicht davon überzeugt, dass bei der Klägerin eine psychische Erkrankung vorliegt, die – durch den Überfall verursacht oder nicht – eine rentenberechtigende MdE von wenigstens 20 v.H. bedingte. Dies gilt für die in Betracht kommenden Diagnosen einer PTBS, einer depressiven Erkrankung oder einer Angststörung, ggfs. gemischt mit einer Depression:

Nach [§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) richtet sich die Höhe der MdE nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens, d.h. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Bundessozialgericht [BSG], [BSGE 1, 174, 178](#); BSG [SozR 2200 § 581 Nr. 22](#)). Für die Bewertung einer unfallbedingten MdE kommt es auf die gesamten Umstände des Einzelfalles an. Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Versicherten auf diesem Gebiet beeinträchtigt sind, ist eine Feststellung, die das Gericht gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft. Hierbei hat es auch die in Rechtsprechung und in einschlägigen Schrifttum herausgearbeiteten allgemeinen Erfahrungssätze zu berücksichtigen, die in Form von Tabellenwerten oder Empfehlungen zusammengefasst sind (siehe etwa bei Kranig in: Hauck/Noftz, SGB VII, Stand März 2010, K § 56, Anhang V). Diese sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend. Sie bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und sind die Basis für den Vorschlag, den der medizinische Sachverständige dem Gericht zur Höhe der MdE unterbreitet (vgl. nur BSG, Urt. v. 18.03.2003, [B 2 U 31/02 R](#), Juris). Für die Bewertung psychischer Erkrankungen kommt nach diesen Erfahrungswerten eine MdE von 20 v.H. oder mehr erst bei erheblichen Beeinträchtigungen in Betracht. So bedingt eine PTBS eine MdE von 20 v.H. oder mehr ("bis zu 30 v.H."), wenn sie das üblicherweise zu beobachtende Störungsbild zeigt, das geprägt ist durch starke emotional und durch Ängste bestimmte Verhaltensweisen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und gleichzeitig größeren sozial-kommunikativen Beeinträchtigungen. Bei den depressiven Erkrankungen lehnen sich die Erfahrungswerte an die Kategorien der ICD-10 an: Danach kommt eine MdE von mehr als 20 v.H. (bis zu 40 v.H.) erst bei mittelgradigen Episoden in Betracht. Hierfür müssen nach F32.1 und F33.1 wiederholte Episoden mit mindestens vier der in F.32 genannten Merkmale vorliegen, hinzu muss eine große Schwierigkeit kommen, alltägliche (und nicht nur z. B. berufliche) Aktivitäten fortzusetzen (so die Erläuterung zu ICD-10 F32.1, F33.1). Die genannten Merkmale betreffen die physische (Schmerzen, andere somatische Auswirkungen), die psychische (Freudlosigkeit, Verzweiflung, kognitive Störungen) und die soziale Leidensdimension (Kontaktschwierigkeiten, Phobien, Rückzug aus sozialen Beziehungen). Die generalisierte Angststörung (F41.1) und die Diagnose "Angst und Depression gemischt" (F41.2) werden entsprechend bewertet (zu allem Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 156 f.).

Die Kläger hat in diesem Verfahren eine umfangreiche Beeinträchtigung auf allen diesen Gebieten geklagt. Im Vordergrund steht nach ihrem Bekunden die Angst, das Haus zu verlassen oder in soziale Kontakte zu treten. Auch Elemente der psychischen Dimension hat sie angegeben, etwa einen weitgehenden Rückzug aus sozialen Beziehungen und eine Angst vor dem Erwerbsleben. Diese Behauptungen der Klägerin stehen jedoch nicht zur Überzeugung des Senats fest. Es sprechen die überwiegenden Umstände dagegen, dass diese Behauptungen zutreffen, sodass sie nicht als erwiesen angesehen werden könnten:

Zu dieser Einschätzung kommt der Senat im Wesentlichen nach der Einschätzung des Gerichtssachverständigen Dr. L., der in seinem Gutachten vom 21.09.2011 "massive Aggravationen", also eine stark übertriebene Schilderung der Beschwerden, festgestellt hat. Seine Einschätzung beruhte auf mindestens zwei psychischen Tests. Der SFSS dient der Verifizierung der Angaben eines Probanden; mit seiner Hilfe kann die Simulation psychischer Beeinträchtigungen aufgedeckt werden. Der WMT dient dazu, eine mangelhafte Mitarbeit- und Anstrengungsbereitschaft des Probanden bei den – übrigen – Untersuchungen zur Feststellung seiner Beeinträchtigungen aufzudecken. Beide Tests sind wissenschaftlich anerkannt. Über ihre Aussagekraft und ihre jeweiligen Voraussetzungen – also die Kriterien, die zu der Feststellung von Aggravation oder Simulation führen – hat sich der Senat in der medizinischen Literatur, die auch der Klägerin zur Verfügung gestellt worden ist, informiert (Tscheuschner, "Über die Möglichkeit, nicht-authentische Beschwerden zu erkennen", Diss. med. Tübingen 2011; Cima, Hollnack u. a., "Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome", Der Nervenarzt 11/2003, S. 977 ff.). Hiernach zweifelt der Senat nicht an der Aussagekraft dieser Testungen. Ebenso bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass Dr. L. diese Tests nicht regelgerecht durchgeführt hätte. Beide Tests haben demnach bei der Klägerin deutliche Anzeichen für Aggravation oder sogar Simulation aufgedeckt. Beim SFSS hat sie mit 52 Wertungspunkten einen Wert erreicht, der deutlich über dem als noch unauffällig eingeschätzten Cut-off-Wert von 16 Punkten liegt. Das heißt, die Klägerin hat 52 von 75 Fragen in einer unsinnigen Weise beantwortet, also Symptome gezeigt, die nach medizinischer Erkenntnis bei den von ihr vorgetragenen Krankheiten nicht vorkommen. Ebenso waren die Ergebnisse des WMT, bei welchem dem Probanden leichte, aber als schwierig erscheinende Wortpaaraufgaben gestellt werden, bei der Klägerin massiv auffällig. Dr. L. hat hierzu ausgeführt, dass die Ergebnisse der Klägerin weit unter denen kooperationswilliger, aber schwer hirnerkrankter Patienten lagen. Erklärungen für diese Ergebnisse hat die Klägerin auch bei ihrer Anhörung 21.06.2013 nicht abgeben können. Unabhängig davon liegen mehrere objektive Umstände vor, die deutlich machen, dass die von der Klägerin geklagten massiven Beeinträchtigungen so nicht vorliegen.

Ihrem Vorbringen, sie könne vor Angst das Haus nicht mehr verlassen, steht entgegen, dass sie noch im Sommer 2012 einen längeren Urlaub in Marokko durchgeführt hat. Ihre Angaben zum Ablauf ihrer Erkrankung schwanken, wie auch Dr. L. in seinem Gutachten unter Nennung von Details ausgeführt hat. Und sowohl bei der Begutachtung durch Dr. L. als auch in dem Termin vom 21.06.2013 hat die Klägerin nicht den Eindruck erweckt, psychisch erheblich beeinträchtigt zu sein.

Auch die weiteren medizinischen Unterlagen führen nicht zu einer anderen Einschätzung des Senats. Das Gutachten von Prof. Dr. I. vom 21.02.2013 war erheblich weniger überzeugend als jenes von Dr. L. ... Vor allem ist jenem Gutachten entgegenzuhalten, dass die Angaben der Klägerin zu ihren Beschwerden weder kritisch hinterfragt wurden, also keine objektiven Umstände mitgeteilt werden, die diese Angaben stützen könnten, noch dass die notwendigen psychischen Testungen zur Überprüfung dieser Angaben durchgeführt worden sind. Prof. Dr. I. hat seine Einschätzungen, es lägen unter anderem eine PTBS sowie eine gegenwärtig mittelgradige rez. Depression, die eine rentenberechtigende MdE verursachen, vor, anscheinend vor allem auf die Behauptungen der Klägerin selbst gestützt. Die objektiven Befunde, die dieser Sachverständige mitteilt, bestätigen nämlich eher die Einschätzung von Dr. L. ... So hat auch Prof. Dr. I. bemerkt (S. 12 ff. seines Gutachtens), dass die Klägerin ausnahmslos jede Beschwerdeform bestätigt hat, nach der sie gefragt wurde, dass sie sehr abstrakt vortrug (sie sei seit 2005 "nicht mehr selbstständig und unabhängig in meinem Handeln") und dass bei ihr ein "ausgeprägter" und (von ihr selbst?) "so bezeichneter" sekundärer Krankheitsgewinn bestehe. Diese Feststellungen lassen die Angaben der Klägerin unglaublich erscheinen, sie hätten daher nicht allein den Diagnosen und weiteren Vorschlägen des Gutachtens zu Grunde gelegt werden dürfen. Zu berücksichtigen ist auch, dass Prof. Dr. I. ohne weitere Diskussion die Diagnose einer PTBS gestellt hat, obwohl die Voraussetzungen dieser Diagnose, insbesondere das zeitnahe Einsetzen der Symptome, nicht festzustellen waren. Das Gleiche gilt letztlich für das Gutachten von Psychiaterin Faust vom 17.05.2011, das Grundlage für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente der DRV an die Klägerin war. Auch diese Ärztin hat ihre Einschätzung allein auf die Angaben der Klägerin gestützt, aber diese weder hinterfragt noch Untersuchungen zu ihrer Überprüfung durchgeführt noch objektive Indizien gesucht. So hat sie sogar der Klägerin regelmäßige bzw. aktuelle flash-backs attestiert, obwohl die Klägerin selbst solche lediglich für ihren Aufenthalt in der Tagesklinik im März 2010 angegeben hatte. Die Angaben der behandelnden Ärzte letztlich können die Feststellungen des Gutachtens von Dr. L. ebenfalls nicht widerlegen, nachdem auch die Behandler keine Verifizierungstestungen durchgeführt haben und das Ziel einer Behandlung ein anderes ist als das einer Begutachtung.

b) Ferner können die Leistungseinschränkungen der Klägerin, welches Ausmaß sie auch aufweisen, nicht als Folgen des Überfalls vom 11.08.2005 eingestuft werden. Insoweit kann der Senat nicht einmal den zu Gunsten der Versicherten abgesenkten Kausalitätsmaßstab der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bejahen.

Sofern bei der Klägerin heute eine PTBS besteht, kann sie schon aus medizinischen Gründen nicht auf den Überfall vom 11.08.2005 zurückgeführt werden. Sie muss andere Ursachen haben, also ein weiteres Trauma, möglicherweise die Auseinandersetzung im Betrieb der Klägerin am 10.07.2009, bei der die Klägerin womöglich wegen der bevorstehenden Entlassung des Täters bereits belastet war. Nach der Beschreibung in der ICD-10 (F43.1) setzt eine PTBS u. a. voraus, dass die relevanten Symptome (darunter flash-backs, Alpträume, andauerndes Gefühl des Betäubtseins, Gleichgültigkeit/Teilnahmslosigkeit) dem Trauma mit einer Latenz folgen, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. In der medizinischen Literatur wird hierzu ein Zeitraum von "maximal" sechs Monaten genannt (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 142 [Abb. 1], 144). Bei der Klägerin konnten jedoch nach dem Ende der Behandlung bei Dr. D.-E. im Sommer 2006 keine Symptome einer PTBS nachgewiesen werden. Dr. D.-E. hatte die therapeutische Behandlung als erfolgreich abgeschlossen bezeichnet. Arztbesuche oder sonstige Behandlungen wegen einer psychischen Erkrankung sind danach nicht verzeichnet. Die nach dem Überfall zunächst diagnostizierte PTBS war demnach überwunden.

Auch hinsichtlich der anderen möglichen Diagnosen - etwa einer depressiven Erkrankung - spricht der lange zeitliche Abstand zwischen dem erfolgreichen Ende der psychotherapeutischen Behandlung im Sommer 2006 und dem Beginn der erneuten Behandlung am 30.06.2009 gegen einen Ursachenzusammenhang mit dem Überfall am 11.08.2005. Die Klägerin war ab April 2006 für mehr als drei Jahre weiterhin auf ihrer bisherigen Stelle berufstätig. Einschränkungen in dieser Zeit sind nicht festzustellen. Ärztliche Behandlungen wegen einer psychischen Erkrankung sind in dieser Zeit nicht verzeichnet. Das Vorerkrankungsverzeichnis weist lediglich die Folgen des Sturzes am 11.12.2006 aus. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass sich die - erneute - psychische Erkrankung der Klägerin erst ab 2009 entwickelt hat.

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

4. Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-10-30