

L 6 U 4001/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 13 U 3847/09
Datum
10.07.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 4001/13
Datum
27.03.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Wer während des Unfall bewusstlos wurde und einen Gedächtnisverlust erleidet, bei dem kann auch keine PTBS ausgelöst werden, denn er kann sich an den Unfall nicht erinnern.
2. Ein psychiatrisches Gutachten ist im Regelfall nicht mehr für die Entscheidungsfindung verwertbar, wenn mehr als ein Jahr zwischen der Untersuchung und der Erstattung des Gutachtens liegt.
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 10. Juli 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe der Verletztenrente aufgrund eines anerkannten Arbeitsunfalls vom 11. Dezember 1998 streitig.

Der am 6. November 1955 geborene Kläger erlernte in der ehemaligen DDR in den Jahren 1977 bis 1980 den Beruf eines Maschinenbauingenieurs und war zuletzt in diesem Beruf versicherungspflichtig bis zum Unfallereignis beschäftigt. Danach arbeitete er nicht mehr, bezog vielmehr seit dem 1. Dezember 2000 zunächst eine Rente wegen Berufsunfähigkeit auf Zeit (Rentenbescheid vom 31. Mai 2002, Bl. 375 V-Akte Bd. III), dann auf Dauer (Bescheid vom 16. Januar 2003) und - ausgehend von einem gerichtlichen Vergleich beim LSG vom 31. August 2011 - seit 1. Juni 2006 nach einem am 8. Mai 2006 eingetretenen Leistungsfall Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Dauer (L 5 R 4916/10).

Am 11. Dezember 1998 stürzte er bei seiner versicherten Tätigkeit fünf Meter tief direkt auf den Kopf in eine Montagegrube, ohne den Sturz mitbekommen zu haben oder sich später daran erinnern zu können, und war kurz primär wach, ansprechbar und orientiert. Die Erstversorgung fand stationär im Klinikum H. bis zum 7. Januar 1999 statt, wo eine laterale Mittelgesichtsfraktur rechts (Stirnbein und Orbitaboden), jeweils ohne Dislokation, eine Commotio cerebri und Zerrung der Nackenmuskulatur sowie eine Kniegelenksdistorsion rechts behandelt wurden. Nebenbefundlich wurde festgestellt, dass der Kläger an einem Morbus Bechterew leidet. Der Kläger konnte bei reizfreien Wundverhältnissen vollständig mobilisiert entlassen werden, wobei noch ein leichter Druckschmerz im Bereich der Nackenmuskulatur bei frei beweglicher Halswirbelsäule (HWS) sowie ein Resterguss des rechten Kniegelenks ohne Kniegelenksinstabilität bestand. Der Kläger klagte noch persistierend über Kopfschmerzen nach körperlicher Belastung, wobei die weitere Diagnostik der HWS keine pathologischen Veränderungen ergab.

Nachdem der Neurologe und Psychiater Dr. M. am 10. Februar 1999 ein leichtgradiges hirnorganisches Psychosyndrom (unsicheres Gangbild, keine Ataxie, bewusstseinsklar, allseits orientiert, Merkfähigkeit subjektiv gestört) feststellte (Bl. 20 f V-Akte Bd. I), wurde der Kläger vom 24. Februar bis 31. April 1999 erstmals in den K. S. behandelt, wo er über einen dumpfen Dauerkopfschmerz und Schwommensehen sowie einen Verlust des Riechvermögens berichtete. Der Kläger wurde als wach und ausgeglichen ohne mnestiche Störungen, mit unauffälliger Aufmerksamkeit und Psychomotorik sowie ohne grobe Auffälligkeiten der kognitiven Leistungen beschrieben. Im Rahmen des Heilverfahrens konnten auf motorischem Gebiet die meisten Verbesserungen erarbeitet werden, eine berufliche Reintegration wurde für möglich erachtet und eine Hirnleistungsstörung (starke Verlangsamung) beschrieben. Ein zweites stationäres Heilverfahren sei erforderlich (Entlassungsbericht vom 23. April 1999, Bl. 70 ff. V-Akte Bd. I).

Vom 28. Mai bis 14. Juli 1999 wurde der Kläger dann erneut in den K. S. behandelt, wo er wiederum über seine ständigen Kopfschmerzen und Lärmempfindlichkeit berichtete, aber bei der Anamnese keine auffälligen kognitiven Einschränkungen bei regelrechtem Antrieb zeigte.

Es bestanden allerdings Hinweise auf eine Belastungsminderung. Der Kläger wurde als arbeitsunfähig entlassen, wobei ein intensives neuropsychologisches Training angesichts der gezeigten erheblichen Minderung der konzentrativen Belastbarkeit (Verlangsamung, erhöhte Ermüdbarkeit mit zunehmenden Konzentrationsschwankungen) für erforderlich erachtet wurde. Obwohl im Schädel-CT, das in der Akutklinik durchgeführt worden sei, keine Kontusionen oder Blutungen erkennbar gewesen seien und somit eine *Commotio cerebri* diagnostiziert worden sei, sei aufgrund der bestehenden neuropsychologischen Einschränkungen, insbesondere der Belastungsminderung, schon von einem Kontusionseignis auszugehen (Entlassungsbericht vom 11. August 1999, Bl. 104 ff. V-Akte Bd. I).

Ab 16. Februar 2000 wurde eine Belastungserprobung (je zwei Stunden an zwei Werktagen wöchentlich) durchgeführt (Schreiben vom 16. Februar 2000, Bl. 131 V-Akte Bd. I). Am 22. März 2000 wurde der Kläger ärztlich in der Lage erachtet, seine Arbeitszeit auf drei Stunden zu steigern. Begleitend wurde der Kläger vom 8. November 1999 bis 17. April 2000 in die Tagesklinik für ambulante/teilstationäre Rehabilitation der K. S. in Stuttgart aufgenommen. Dabei berichtete er erstmalig über eine bereits vor dem Unfallgeschehen stark belastete Beziehung zu seinem Firmenchef, was durch Rücksprache mit diesem bestätigt wurde. Die Belastbarkeitsminderung sei somit im Zusammenhang mit der emotional belastenden Arbeitsplatzsituation zu beurteilen. Auch die gezeigten Störungen im neuro-kognitiven Bereich (Aufmerksamkeit und Belastungsminderung) hätten sich uneinheitlich gezeigt, insbesondere während der 60 Minuten andauernden Therapieeinheiten wären nämlich keine Zeichen einer einsetzenden Erschöpfungssymptomatik zu erkennen gewesen. Es wurde eine depressive Entwicklung beschrieben (Entlassungsbericht vom 19. April 2000, Bl. 143 ff. V-Akte Bd. II).

Zur Durchführung einer weiteren Arbeitstrainingsmaßnahme wurde der Kläger erneut vom 25. April bis 20. Juni 2000 in den K. S. behandelt, wobei eine deutliche Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit und der Beweglichkeit des linken Arms sowie eine Besserung der gering eingeschränkten Belastbarkeit erreicht wurde, Merkfähigkeit und Gedächtnis waren voll durchschnittlich. Der Kläger bemerkte selbst eine motorische Verbesserung und Zunahme der Leistungsfähigkeit. Insgesamt habe sich der Zustand zwar gebessert, sei aber noch als mittelgradig beeinträchtigt anzusehen. Der Lernzuwachs beim Einarbeiten in das TAD-System AutoCad sei erheblich unter den Erwartungswerten geblieben, Beeinträchtigungen hätten sich vor allem durch Publikumsverkehr und Lärm gezeigt. Die erbrachten Leistungen hätten insgesamt erheblich unter dem Niveau eines Maschinenbauingenieurs gelegen, so dass der Kläger derzeit an seinem letzten Arbeitsplatz oder als Maschinenbauingenieur nicht konkurrenzfähig einsetzbar sei. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe ein unterhalbschichtiges Leistungsvermögen für einfach serielle Männerarbeit ohne Lärmbelastung, ohne vermehrte Ablenkung und ohne Publikumsverkehr. Die Entlassung erfolgte deswegen als arbeitsunfähig (Bericht vom 27. Juni 2000, Bl. 161 ff. V-Akte Bd. II).

Nachdem der erneute Versuch einer Belastungserprobung ab dem 24. Juli 2000 am 19. September 2000 abgebrochen werden musste, stellte die Beklagte nach vorangegangener Anhörung des Klägers die Verletztengeldzahlung am 30. November 2000 mit Bescheid vom 28. November 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Mai 2001 mit der Begründung ein, für die vor dem Ereignis vom 11. Dezember 1998 ausgeübte Tätigkeit als Maschinenbauingenieur werde voraussichtlich Arbeitsfähigkeit nicht wieder eintreten. Hiergegen erhob der Kläger am 5. Juni 2001 Klage beim Sozialgericht Heilbronn (S 6 U 1349/01).

Zur Klärung des Anspruchs auf Gewährung einer Verletztenrente ließ die Beklagte den Kläger unfallchirurgisch und fachpsychologisch begutachten. Der Unfallchirurg Prof. Dr. H., K. Stuttgart, beschrieb ein leichtgradiges hirnorganisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma. Die Beweglichkeit und Umfangmaße im Bereich der unteren Gliedmaßen seien seitengleich unauffällig, dies habe auch die radiologische Untersuchung beider Kniegelenke bestätigt. Aufgrund der ausgeprägten psychovegetativen Beschwerden könne die Bewertung der Gesamtminderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) erst nach Vorliegen des neurologischen Zusatzgutachtens erfolgen (Bl. 249 V-Akte Bd. III). Gegenüber dem Dipl.-Psych. Neurologen und Psychiater Prof. Dr. M., Universität T., (Bl. 318 V-Akte Bd. III), berichtete der Kläger über erhebliche Auseinandersetzungen mit seinem Arbeitgeber, er sei nun zu Hause, versorge das Kind und den Haushalt. Die Muskulatur sei seitengleich kräftig ausgeprägt, die Gangproben seien unauffällig gewesen, bei der Einzelprüfung habe sich eine geringe Mitarbeit gezeigt. Die raschen Folgebewegungen seien außerordentlich verlangsamt vorgeführt worden, die außerhalb der Prüfung (z.B. An- und Auskleiden, beim Hantieren in Papieren, beim Überreichen der Medikation usw.) nicht bestanden hätten. Das gelte auch für die gezeigten hochgradig beidseitigen Ungeschicklichkeiten bei Zeigerversuchen, die außerhalb der konkreten Untersuchungssituation so nicht hätten beobachtet werden können. Die demonstrierte außergewöhnliche Reaktionsverlangsamung könne nicht für bare Münze genommen werden. Für die Beschwielen mittelgradiger Ausprägung der rechten Hand wie im Bereich beider Knie, die auf Arbeitspuren hinweise, habe der Kläger keine Erklärung abgeben können. Hinweise auf Störungen der Wahrnehmung, der Konzentration oder der Merkfähigkeit hätten ebenso wenig wie eine Depression vorgelegen. Der neurologische Befund sei bis auf das aufgehobene Riechvermögen und die verminderte Gefühlswahrnehmung im II. Trigeminusast regelrecht gewesen. Der Kläger habe bei dem Unfall ein gedecktes Schädel-Hirn-Trauma mit Hirnbeteiligung vom Ausmaß einer reversiblen Hirnfunktionsstörung (*Commotio cerebri*, Gehirnerschütterung) erlitten. An knöchernen Verletzungen habe eine Orbita-Bodenfraktur rechts und eine Sinus-Frontales-Fraktur rechts vorgelegen. Übelkeit und Erbrechen hätten unmittelbar nach dem Unfall nicht bestanden, auch keine initialen neurologischen Auffälligkeiten oder rückreichenden Erinnerungsstörungen. Computertomographisch hätten sich keine intrakraniellen Traumafolgen gezeigt, dies auch nicht bei späteren kernspintomographischen Untersuchungen des Gehirns. Es wurde eine reversible Hirnfunktionsstörung, eine Teilschädigung des II. Trigeminusastes, ein Verlust des aromatischen Riechvermögens, Narbenkopfschmerzen sowie ein Morbus Bechterew diagnostiziert, die mit Ausnahme des letzteren unfallbedingt seien. Die Schädigung des Riechvermögens sei mit großer Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen, da eine Gewalteinwirkung auf die Stirngegend mit Stirnbeinfraktur vorgelegen habe. Die Kriterien für eine wesentliche depressive Störung seien ebenso wenig erfüllt wie eine Belastungsreaktion, Anpassungsstörung oder sonstige Fehlverarbeitung des Unfallereignisses. Darüber hinaus ließen sich keine Beeinträchtigungen eruieren. Die Kopfschmerzen seien als Narbenkopfschmerzen nach Schädelfraktur noch nachvollziehbar. Darüber hinaus betreibe der Kläger eine unzweckmäßig erscheinende Medikamenteneinnahme, so dass möglicherweise ein medikamenteninduzierter Dauerkopfschmerz hinzutrete. Die MdE schätzte er mit 20 vom Hundert (v. H.). Prof. Dr. Holz schloss sich dieser Bewertung ausdrücklich an (Bl. 349 V-Akte Bd. III).

Daraufhin anerkannte die Beklagte mit Bescheid vom 7. März 2002 den Unfall als Arbeitsunfall, stellte als dessen Folge ein aufgehobenes Riechvermögen, Gefühlsstörungen im Bereich der rechten Gesichtshälfte sowie belastungsabhängige Kopfschmerzen nach Mittelgesichtsfrakturen mit Gehirnerschütterung fest und bewilligte ab 1. Dezember 2000 eine Verletztenrente nach einer MdE von 20 v. H. Dem Bescheid war eine Rechtsmittelbelehrung des Inhalts beigefügt, dass dieser Bescheid gemäß § 96 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Gegenstand des anhängigen Rechtsstreits werde.

Anlässlich der Untersuchung vom 25. Juni 2002 stellte auch Dr. M. einen zunehmenden Schmerzmittelabusus aufgrund der

Kopfschmerzsymptomatik fest, hierbei sei sicherlich auch von einem schmerzmittelinduzierten Kopfschmerz auszugehen. Elektroencephalographisch habe sich ein unregelmäßiges EEG ohne pathologische Bedeutung ergeben, insbesondere sei die Allgemeinveränderung nicht mehr nachweisbar (Bl. 382 V-Akte Bd. III).

Dem den Kläger sporadisch (viermal pro Jahr von September 2002 bis November 2004) behandelnden Psychiater Dr. K. (Bl. 131 SG-Akte [S 13 U 3847/09](#)) gegenüber äußerte der Kläger am 5. Dezember 2002, dass sich seine seit zwei Jahren bestehende depressive Störung deutlich verstärkt habe, sein Sozialverhalten habe sich geändert und er vermeide Kontakte zu Verwandten. Daraufhin diagnostizierte Dr. K. ein chronisch hirnganisches Psychosyndrom mit beginnendem dementiellen Abbau und eine Persönlichkeitsveränderung bei einem Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma, ein schweres depressives Syndrom mit Suizidgedanken, eine posttraumatische Belastungsstörung, einen Minderwertigkeitskomplex, eine soziale Ängstlichkeit, eine Hemiparese rechts, eine Gesichtsfeldeinschränkung rechts, eine Schädigung des Trigeminasastes rechts, einen Verlust des Riechvermögens, eine Geschmacksveränderung und einen Morbus Bechterew. Anlässlich der ambulanten Vorstellungen in der neurologischen Privatambulanz der Charité vom 13. und 27.11.2002, wo der Kläger über starke Vergesslichkeit und Lärmempfindlichkeit berichtete, wurde ein Spannungskopfschmerz, eine depressive Störung, eine Somatisierungsstörung und ein Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma diagnostiziert. EEG und Magnetresonanztomographie (MRT) seien hingegen unauffällig gewesen. Für das vom Kläger beschriebene "sehr bunte Beschwerdebild" gebe es keine organische Ursache, wohl Hinweise für eine psychogene Überlagerung. Insgesamt sei daher von einer Fehlverarbeitung nach dem Unfall und zusätzlich einer depressiven Störung auszugehen.

Der Neurologe Prof. Dr. S. führte in einem Verlaufsgutachten für die Beklagte unter Berücksichtigung des fachpsychologischen Gutachtens von Dipl.-Psych. N. aus, jetzt noch bestehende Unfallfolgen seien ein Verlust des aromatischen Riechvermögens und eine Teilschädigung des zweiten Trigeminasastes rechts mit verminderter Gefühlswahrnehmung, die ursächlich auf den Versicherungsfall zurückzuführen seien. Es sei insofern eine wesentliche Änderung eingetreten, als die Narbenkopfschmerzen nicht mehr vorlägen, so dass die unfallbedingte MdE nunmehr nur noch mit 10 v. H. anzunehmen sei. Bei eingeschränkter Mitarbeit seien Untersuchungen nur teilweise möglich gewesen, die gezeigten Untersuchungsergebnisse müssten eigentlich auf eine dramatische Verschlechterung schließen lassen, so dass der Kläger nicht mehr ein eigenständiges Leben führen könne, dazu im Widerspruch stehe, dass er selbständig habe anreisen können, sich ohne Hilfe und ohne Fragen im Untersuchungsraum bewege, auch Telefonate von dort aus führe (Bl. 417 V-Akte Bd. III).

Im gerichtlichen Verfahren wurde der Kläger neurologisch und psychiatrisch durch Prof. Dr. M., Institut für Rechtsmedizin der Universität H., begutachtet, der ausführte, dass der Unfallhergang einem Sturz aus dem zweiten Stockwerk auf den Bereich des Gesichtsschädels bei mittelhartem Boden entspreche. Die Folgen des erlittenen Schädel-Hirn-Traumas seien bei kritischer Abwägung aller Aspekte der somatischen und psychopathologischen Beeinträchtigungen mit einer MdE von 30 v. H. angemessen einzuschätzen, wobei auch die somatischen Störungen und die knöchernen Veränderungen berücksichtigt würden. Unfallfolgen seien ein Ausfall des Riechvermögens beidseits, Sensibilitätsstörungen im Sinne einer Unterempfindlichkeit im Bereich des II. Trigeminasastes rechts und eine leichte Hypästhesie im segmentalen Versorgungsbereich des vierten Halswirbels. Darüber hinaus liege eine allgemeine psychomotorische Verlangsamung, eine Umständlichkeit und ein gewisses Haften mit einzelnen Perseverationen bei den Gesprächen vor. Das Trauma sei nicht so schwer gewesen, dass es zu durchgehenden schweren und psychischen Veränderungen gekommen sei; das psychopathologische Bild sei nicht "stielrein" als Unfallfolge zu deuten, vieles spreche dafür, dass gefördert durch den Unfall eine depressive Episode abgelaufen sei, deren wesentliche Determinanten in exogenen Faktoren (Arbeitsplatz, Spannungen mit der Partnerin) lägen. Bemerkenswerte Minderleistungen habe der Kläger nur bei Rechenoperationen gezeigt, was bei einem "gelernten Ingenieur" einigermaßen überrasche, nicht hingegen beim allgemeinen Wissen oder synthetischen und analytischen Fähigkeiten. In kognitiver Hinsicht seien keine manifesten Ausfälle vorhanden, wohl aber eine erhöhte Empfindsamkeit und Reizbarkeit bei leichter depressiver Stimmung, eher eine Schwermut als eine Schwermut im engeren Sinne.

Am 14., 15. und 20. April 2005 wurde der Kläger jeweils wegen einer am Vorabend plötzlich aufgetretenen Sprachstörung notfallmäßig in der Neurologischen Abteilung des Klinikums Am Weißenhof untersucht. Dr. E. führte aus, die passageren Sprachstörungen seien am ehesten als Medikamentennebenwirkung bei zu diskutierenden Medikamenteneinnahmefehlern zu sehen, er empfehle eine Medikamentenumstellung.

Nach dem beigezogenen Rentengutachten von Prof. Dr. B., Zentrum für Psychiatrie W., nach Aktenlage (Kläger ist der anberaumten Untersuchung ferngeblieben) vom 16. Januar 2004 (S 4 RA 1572/03) kam dieser zu dem Ergebnis, eine stattgehabte Contusio cerebri (traumatisch induzierte substantielle Hirnverletzung) könne ebenso ausgeschlossen werden wie eine Dysthymie (nur subjektiv empfundene chronische depressive Verstimmtheit) oder eine psychiatrische Erkrankung im eigentlichen Sinne. Insbesondere liege ein klinisch relevantes depressives Syndrom oder ein chronisches Schmerzsyndrom nicht vor. Es bestünden partiell Simulationstendenzen als Ausdruck einer bewusstseinsnahen Zweckreaktion bzw. Tendenzreaktion. Der Kläger leide nur an einem leichten Wirbelsäulensyndrom, könne aber noch vollschichtig arbeiten.

Dr. H., Städtisches Krankenhaus B., führte in seinem Gutachten vom 18. August 2006 aufgrund der stationären Untersuchung vom 31. Januar bis 3. Februar 2005 aus, auf psychiatrischem Fachgebiet sei außer dem Schädel-Hirn-Trauma bislang keine Diagnose von Krankheitswert bekannt. Beim Kläger liege aber eine posttraumatische Verbitterungsstörung vor. Sämtliche psychiatrischen Diagnosen, die bislang gestellt worden seien, seien aus heutiger Sicht unzulänglich, unzutreffend oder falsch gewesen. An der Arbeitsunfähigkeit habe sich bis heute nichts geändert. Ausgehend von der Schwere der Kränkung, dem Verlust der sozialen Integration mit sozialem Rückzug, dem Verlust persönlicher Interessen, dem Arbeitsplatzverlust, dem primär chronifizierenden Krankheitsverlauf ohne länger dauernde Remissionen und des stattgehabten unbefriedigenden Behandlungsergebnisses, insbesondere der gescheiterten stationären Therapie, sei es äußerst fraglich, ob es für den Kläger mit der zumutbaren Willensanspannung noch möglich sei, diesen Zustand zu überwinden. Erst nach einer weiteren rehabilitativen Maßnahme könne beurteilt werden, wie viel von dem verschütteten Potenzial, das der Kläger in sich trage, wieder reaktiviert werden könne. Es sei deswegen eine schwere Persönlichkeitsstörung ohne neurologische Symptome mit einer MdE von 80 v. H. zu bewerten.

Die Beklagte legte hierzu eine Stellungnahme von Prof. Dr. S. vor, der auf Mängel und Ungenauigkeiten in dem Gutachten hinwies, denn es sei weder ein körperlicher noch ein neurologischer Untersuchungsbefund erhoben worden.

Mit Urteil vom 23. April 2007 wies das SG die Klage auf Fortzahlung von Verletztengeld und Gewährung einer höheren Rente ab, wobei das Gericht davon ausging, dass der Bescheid vom 7. März 2002 analog § 96 SGG Gegenstand des Klageverfahrens geworden und daher auch die über Verletztenrente zu entscheiden sei. In dem hieran anschließenden Berufungsverfahren (L 2 U 2645/07) verpflichtete sich die Beklagte, den im erstinstanzlichen Verfahren gestellten klägerischen Hilfsantrag auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 50 v. H. als Widerspruch gegen den Rentenbescheid vom 7. März 2002 hinsichtlich der ab 1. Dezember 2002 bewilligten Rente zugrunde gelegten MdE zu werten und einen Widerspruchsbescheid zu erlassen. Die Beteiligten erklärten hierauf das "Berufungsverfahren" für erledigt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 29. September 2009, zur Post gegeben am 30. September 2009, wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 7. März 2002 mit der Begründung zurück, der gutachterlichen Äußerung von Dr. H. könne nicht gefolgt werden, da als Unfallfolge nur eine reversible Gehirnerschütterung mit sicherem Ausschluss einer substantiellen Hirngewebschädigung erwiesen sei. Die beschriebene posttraumatische Verbitterungsstörung gehe bereits nach ihrer Definition nicht aus dem Unfall bzw. den im Ausgangsbescheid anerkannten Verletzungsfolgen erkennbar hervor. Überdies komme es weniger auf das Unfallereignis als entscheidendes Erlebnis an, denn gekränkt, herabgewürdigt oder erbittert sei er infolge des Zerwürfnisses mit dem Arbeitgeber gewesen. Die Anerkennung einer höheren MdE als 20 v. H. sei daher nicht möglich.

Hiergegen hat der Kläger am 2. November 2009 (einem Montag) erneut Klage beim SG erhoben.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes hat das SG die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen gehört, das Leistungsverzeichnis der Krankenkasse, die Verwaltungsakten des Landratsamtes Heilbronn und der Deutschen Rentenversicherung beigezogen, die Behandlungsunterlagen nebst Pflegedokumentationen und neurologischen Konsiliarbefunden über den stationären Aufenthalt in dem Klinikum A. G. vom 11. Dezember 1998 bis 7. Januar 1999 angefordert sowie den Kläger anschließend nach Aktenlage neurologisch und psychiatrisch begutachten lassen.

Der Urologe Dr. F. hat unter anderem dargelegt, dass der Kläger im Januar und Februar 2009 ihn zur Vorsorgeuntersuchung aufgesucht und damals berichtet habe, seit Dezember 1998 an einer Blasenentleerungsstörung zu leiden und sich seitdem nicht mehr erneut vorgestellt habe (Bl. 102 SG-Akte). Der Psychiater Dr. K. hat über Vergesslichkeit, Konzentrations- und Gedächtnisminderung, Reizbarkeit, depressive Verstimmungen, rasche Müdigkeit, Erschöpfung und anfallsartige Orientierungsstörungen berichtet. Dem Kläger sei eine psychiatrische Behandlung in Wohnsitznähe und Psychotherapie empfohlen worden, er habe jedoch Pessimismus gezeigt und gemeint, dass er seit 1998 nicht mehr glaube, dass ihm jemand helfen könne (Bl. 131 SG-Akte).

Prof. Dr. Dr. W. hat in seinem Gutachten ausgeführt, die durch den Unfall bedingte partielle Riechstörung (rechts) und die posttraumatischen Kopfschmerzen bei Schädigung des Nervus infraorbitalis und des Nervus trigeminus rechts rechtfertigten nur eine MdE von 20 bis 30 v. H. Denn erst der vorständige Verlust des Geruchssinns werde nach der Rentenliteratur mit einer MdE von 10 v. H. bewertet, dies müsse entsprechend bei einer nur partiellen Schädigung berücksichtigt werden. Der erst später geltend gemachte vollständige Verlust des Geruchssinns sei pathopsychologisch in keiner Weise nachvollziehbar, wohl aber angesichts der ausgedehnten lediglich rechtsseitigen Mittelgesichtsfrakturen und der zeitnahen Dokumentation einer Riechstörung eine partielle Störung des Geruchssinns. Das Ausmaß der vorhandenen posttraumatischen Kopfschmerzen sei schwer zu beurteilen, bei grober Einschätzung belaufe sich die MdE auf 20 v. H., bei etwas großzügiger Einschätzung unter Berücksichtigung der Geruchsstörung erscheine eine MdE von 30 v. H. angemessen. 14 Jahre nach dem Unfallereignis sei allerdings eine derartige Einschätzung nicht mit hinreichender Sicherheit möglich. Ein hirnologisches Psychosyndrom sei nach wissenschaftlichem Kenntnisstand als nicht erwiesen anzusehen, da eine substantielle Hirnschädigung weder in den bildgebenden Untersuchungen erkennbar noch in den ersten ein bis zwei Tagen nach dem Unfallereignis hirnologische Auffälligkeiten im Sinne von Bewusstseinsstörungen bzw. eines sogenannten Durchgangssyndroms dokumentiert seien. Gleiches gelte für die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung, die vor dem ärztlichen Attest von Dezember 2002 nicht auftauche. Die aktenkundig zahlreichen konkreten beruflichen und sozialen Probleme des Klägers hätten zu der Verbitterungsstörung geführt, die nun in einem lockeren Zusammenhang mit dem Unfallereignis stünden, aber nicht wesentliche Folge der nachgewiesenen Unfallschäden seien. Die spätere Beschwerdeausweitung sei organisch nicht mehr erklärbar.

Mit Urteil vom 10. Juli 2013 hat das SG die Klage mit der Begründung abgewiesen, der chronische posttraumatische Kopfschmerz werde nach den Leitlinien der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft für die Begutachtung von idiopathischen und symptomatischen Kopfschmerzen mit einer MdE von 10 bis 20 v. H. bewertet, so dass die Einschätzung von 30 v. H. von Prof. Dr. Dr. W. nicht nachvollziehbar sei. Dies gelte umso mehr, als ein vollständiger Verlust des Riechvermögens nicht vorliege, der allein eine MdE von 10 v. H. rechtfertige. Die einzelnen Gesundheitsstörungen dürften auch nicht ohne Weiteres addiert werden. Für die von Prof. Dr. M. und den Kliniken S. geäußerte Vermutung, es sei zu einer substantiellen Hirnschädigung und nicht nur zu einer (reversiblen) Gehirnerschütterung gekommen, fehle es am erforderlichen Vollbeweis. Die computertomographischen und kernspintomographischen Untersuchungen hätten keine intrakraniellen Traumafolgen erkennen lassen, welches die Gutachten von Prof. Dr. Dr. M., Prof. Dr. S., Prof. Dr. B., Dr. H. und Prof. Dr. Dr. W. bestätigt hätten. Aus dem Notarztprotokoll, dem Aufnahmebefund, dem kranialen CT vom 11. Dezember 1998, dem Intensivprotokoll vom 11. Dezember 1998 und dem Übergabeprotokoll an die Normalstation vom 12. Dezember 1998, dem neurologischen Konsil vom 21. Dezember 1998, dem kranialen CT vom 29. Dezember 1998 und der Pflegedokumentation vom 14. Dezember 1998 bis 3. Januar 1999 des Klinikums a. G. ergäben sich ebenfalls keinerlei Anhaltspunkte für das Vorliegen einer relevanten Bewusstseinsstörung und/oder sonstiger psychopathologischer Auffälligkeiten im Sinne eines sogenannten Durchgangsstadiums während der ersten Stunde, Tage und Wochen nach dem Unfallereignis. Insbesondere sei der Kläger innerhalb der ersten 24 Stunden als orientiert beschrieben worden. Zusammen mit den bildgebenden Untersuchungen habe sich daher kein Hinweis für eine substantielle Schädigung des Gehirns ergeben. Damit scheidet die Diagnose eines hirnologischen Psychosyndroms aus, da dessen Voraussetzung eine dauerhafte hirnologische Verletzung sei. Ohne organisches Korrelat hätten die beschriebenen kognitiven Einschränkungen auch nicht rechtlich wesentlich dem Unfall zugeordnet werden können. Denn hierfür sei eine konkrete Gesundheitsstörung erforderlich. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, die der Kläger für gegeben halte, könne ebenfalls nicht im Vollbeweis gesichert werden. Beim Kläger fehle es bereits an sich aufdrängenden Erinnerungen und Flashbacks. Ein Handeln und Erleben, als ob sich der Sturz in die Grube wiederholen würde, sei nie geltend gemacht und auch nie beobachtet worden. Auch das Vermeidungskriterium sei nicht erfüllt. Die Diagnosestellung von Dr. K. könne deswegen nicht nachvollzogen werden, zumal diese erstmals zwei Jahre nach dem Unfallereignis gestellt worden sei. Diese Diagnose sei auch von keinem anderen Arzt bestätigt worden. Die zuletzt diagnostizierte posttraumatische Verbitterungsstörung halte selbst der Kläger für unzutreffend.

Dr. H. lasse auch unberücksichtigt, dass der Kläger über erhebliche Auseinandersetzungen mit seinem Chef berichtet habe und diesen auch für seinen Unfall verantwortlich mache, da er die notwendigen Sicherheitseinrichtungen nicht genehmigt habe. Auch das Verhältnis zu seiner Lebensgefährtin und seinem Kind sei nicht spannungsfrei gewesen, was der Kläger bereits gegenüber Prof. Dr. M. geäußert habe. Daneben habe der Kläger auch finanzielle Sorgen durch einen Hauskauf gehabt. Grund für die weiterhin bestehenden Einschränkungen sei somit nicht das Unfallereignis, sondern seien die erlebten Vorfälle mit dem Arbeitgeber, dessen persönlicher Schuldzuweisung, die gerichtlichen Auseinandersetzungen und finanziellen Probleme. All dies habe Dr. H. nicht ausreichend berücksichtigt, seine Schlussfolgerungen seien deswegen nicht überzeugend. Außerdem sei es im Jahr 2000 zu einer Besserung gekommen, welches die K. S. anlässlich der testpsychologischen Untersuchung vom 25. April bis 20. Juni 2000 bestätigt hätten. Danach seien Merkfähigkeiten und Gedächtnis wieder voll durchschnittlich gewesen. Erst 2001 sei es zu einer erneuten Verschlechterung der kognitiven Einschränkungen gekommen. Diese könnten jedoch nicht wesentlich auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Außerdem hätten sich bei sämtlichen Untersuchungen auch Widersprüchlichkeiten im Verhalten des Klägers gezeigt, die auch Dr. H. als Auffälligkeit bezeichnet habe, so dass nicht ohne Weiteres von einer schweren Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit ausgegangen werden könne.

Gegen das am 12. August 2013 zugestellte Urteil hat der Kläger am 12. September 2013 Berufung mit der Begründung eingelegt, der Arbeitsunfall sei ein äußerst schwerwiegendes und bedrohliches Ereignis gewesen, an das er sich nicht erinnern könne. Einzig Dr. H. habe eine umfassende Untersuchung und Exploration vorgenommen und sich ein Bild von ihm machen können. Seine Diagnose sei indessen nicht zutreffend.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 10. Juli 2013 aufzuheben sowie den Bescheid vom 7. März 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. September 2009 abzuändern und ihm eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 30 v. H. ab dem 1. Dezember 2000 zu gewähren, hilfsweise Dr. H. und den Facharzt für Psychiatrie Dr. K. als sachverständige Zeugen zu vernehmen, anschließend ein Obergutachten insbesondere zur Frage, ob eine Anpassungsstörung als unmittelbare oder mittelbare Unfallfolge vorliegt, zu veranlassen und eine sachverständige Auskunft sowie eine Stellungnahme der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie zur Begutachtung von posttraumatischen Belastungsstörungen einzuholen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet die erstinstanzliche Entscheidung im Hinblick auf das Gutachten von Prof. Dr. Dr. W. für überzeugend und verweist darauf, dass der seit dem Unfall vergangene Zeitraum von vierzehn Jahren gegen die Notwendigkeit einer erneuten umfassenden Untersuchung spreche, zumal die Latenzzeit einer posttraumatischen Belastungsstörung zwischen Unfall und der Manifestation der psychischen Symptomatik selbst bei katastrophalen Unfallereignissen in der Regel nicht mehr als sechs Monate betrage. Überdies weise die von Dr. H. beschriebene Verbitterungsstörung wesentliche Unterschiede zur posttraumatischen Belastungsstörung auf, der Sachverständige habe deswegen die Diagnose auch nicht gestellt.

Die Vorsitzende hat den Sachverhalt mit den Beteiligten am 20. Februar 2014 erörtert. Hinsichtlich der Einzelheiten der Angaben wird auf die Niederschrift vom gleichen Tag verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die beigezogenen Rentenakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft im Sinne des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#), da die Berufung einen Zeitraum von mehr als einem Jahr umfasst. Die damit insgesamt zulässige Berufung ist indessen unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht und mit zutreffender Begründung abgewiesen, denn die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Gewährung einer höheren Verletztenrente.

Der Berufung steht nicht das erstinstanzliche Urteil vom 23. April 2007 entgegen. Zwar hat der gerichtliche Vergleich nach seinem Wortlaut nur das Berufungsverfahren erledigt. Würde hiervon ausgegangen, wäre die angefochtene Entscheidung damit bestandskräftig geworden und eine Überprüfung nur nach [§ 44 SGB X](#), also auf der Basis der bei Bescheiderteilung vom 7. März 2002 vorliegenden und tatsächlichen Erkenntnisse, möglich und es würden auch die Leistungseinschränkungen des [§ 44 Abs. 4 SGB X](#) gelten. Der Senat hat deshalb ausgehend vom erkennbaren Willen der vergleichsschließenden Parteien den Vergleich so ausgelegt, dass der Rechtsstreit insgesamt für erledigt erklärt werden sollte mit der Folge, dass überhaupt eine Widerspruchsmöglichkeit über den Bescheid vom 7. März 2002 eröffnet wird.

Der Senat konnte in der Sache entscheiden, ohne die beiden benannten Ärzte erneut zu hören, den Kläger ein weiteres Mal begutachten zu lassen oder die beantragte Auskunft einzuholen; er hat deswegen die darauf gerichteten Beweisanträge des Klägers abgelehnt. Dr. H. ist bereits als gerichtlicher Sachverständiger und der Facharzt für Psychiatrie Dr. K. als sachverständiger Zeuge gehört worden und haben sich sowohl zu den Unfallfolgen wie der Höhe der MdE geäußert. Welche Fragen den beiden Ärzten gestellt werden sollen oder wo noch Aufklärungsbedarf gesehen wird, hat der Kläger nicht dargelegt. Es entspricht dann dem Beweisrecht, dass das Gericht nicht verpflichtet ist, einem Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens oder Anhörung des behandelnden Arztes zum Beweis einer bestimmten Tatsache beliebig oft nachzukommen (Urteil des Senats vom 24. Oktober 2013 - [L 6 SB 5267/11](#) - Juris - unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 15. April 1991 - [5 RJ 32/90](#) - Juris). Dass Prof. Dr. Dr. W. sein Gutachten nach Aktenlage und nicht aufgrund einer erneuten persönlichen Untersuchung erstattet hat, wurde ihm im Gutachtensauftrag vom SG ausdrücklich freigestellt und hat er als außerordentlich erfahrener Sachverständiger im ersteren Sinne beantwortet, da es an den zeitnah zum Unfallereignis erforderlichen Auftreten von Brückensymptomen fehlte (dazu unten). Er hat sich im Stande gesehen, die Beweisfragen in Auswertung der zahlreichen medizinischen Unterlagen zu beantworten. Insoweit bedarf es keiner Nachfrage bei der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie, wie und aufgrund

welcher Tests die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt werden kann, der Sachverständige hat diese selbst ausreichend für die Entscheidungsfindung des Senats dargelegt. Der Senat musste auch kein Obergutachten einholen. Einen allgemeinen Anspruch auf Überprüfung von Sachverständigengutachten durch ein "Obergutachten" sehen die Prozessordnungen - auch das SGG - nicht vor (vgl. zuletzt LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19. April 2013 - [L 4 R 401/11](#) - Juris - unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 17. November 2003 - [B 3 P 23/03 B](#) - und vom 19. November 2007 - [B 5a/5 R 382/06 B](#) - [SozR 4-1500 § 160a Nr. 21](#)). Warum ein solches in Anbetracht der ausführlichen Sachverhaltsermittlungen des SG gerade im vorliegenden Fall erforderlich sein soll, hat der Kläger nicht ansatzweise deutlich gemacht. Allein der Umstand, dass die eingeholten Gutachten zu unterschiedlichen Ergebnissen führen, begründet das nicht, sondern ist geradezu typisch für die sozialgerichtliche Praxis.

Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch sind [§ 7](#), [§ 8 Abs. 1 Satz 1](#) i.V.m. [§ 102](#) 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.

Versicherte haben dann gegen den zuständigen Unfallversicherungsträger Anspruch auf die inzidente Anerkennung einer Unfallfolge, wenn ein Gesundheitsschaden durch den Versicherungsfall rechtlich wesentlich verursacht wird (vgl. zum Folgenden BSG, Urteil vom 5. Juli 2011 - [B 2 U 17/10 R](#) - [SozR 4-2700 § 11 Nr. 1](#); so auch zuletzt Urteil des Senats vom 23. Januar 2013 - [L 6 U 2741/12](#)). Während der Gesundheitsschaden sicher feststehen muss (Vollbeweis), erfolgt die Prüfung des Ursachenzusammenhangs zwischen einer Gesundheitsstörung und dem - hier als Arbeitsunfall anerkannten - Unfallereignis nach der Theorie der wesentlichen Bedingung. Dabei ist auf einer ersten Prüfungsstufe zu fragen, ob der Versicherungsfall eine naturwissenschaftlich-philosophische Bedingung für den Eintritt der Gesundheitsstörung ist, wobei insoweit jedes Ereignis Ursache eines Erfolges ist, das nach den einschlägigen Erfahrungssätzen nicht hinweg gedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel. Wenn festzustellen ist, dass der Versicherungsfall in diesem Sinne eine Bedingung für den Erfolg - hier die geltend gemachte posttraumatische Belastungsstörung, das hirngorganische Psychosyndrom, die posttraumatische Verbitterungsstörung oder die Anpassungsstörung - ist, ist auf der ersten Prüfungsstufe weiter zu fragen, ob es für den Eintritt des Erfolgs noch andere Ursachen i. S. der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie gibt. Das können Bedingungen aus dem nicht versicherten Lebensbereich wie z. B. Vorerkrankungen, Anlagen, nicht versicherte Betätigungen oder Verhaltensweisen sein (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)). Hinsichtlich des Überzeugungsmaßstabs genügt für die Feststellung des naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachenzusammenhangs der Beweisgrad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit (st. Rspr BSG, vgl. Urteile vom 2. Februar 1978 - [8 RU 66/77](#) - [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#) - und 30. April 1985 - [2 RU 43/84](#) - [SozR 2200 § 555a Nr. 1](#)). Dieser ist erfüllt, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht; allein die Möglichkeit eines Ursachenzusammenhangs genügt dagegen nicht (BSG, Urteile vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#) und 18. Januar 2011 - [B 2 U 5/10 R](#) - [SozR 4-2700 § 200 Nr. 3](#)). Erst wenn sowohl der Versicherungsfall als auch andere Umstände als Ursachen des Gesundheitsschadens feststehen, ist auf einer zweiten Prüfungsstufe rechtlich wertend zu entscheiden, welche der positiv festzustellenden adäquaten Ursachen für die Gesundheitsstörung die rechtlich "wesentliche" ist. Dasselbe gilt für die Frage, ob eine MdE vorliegt und im Wesentlichen durch Unfallfolgen verursacht wurde (BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 31/11 R](#) - Juris).

Unter Zugrundelegung dieser Voraussetzungen können die posttraumatische Belastungsstörung, eine Verbitterungsstörung, ein hirngorganisches Psychosyndrom oder eine Anpassungsstörung nicht im erforderlichen Vollbeweis festgestellt werden. Das hat das SG ausführlich begründet dargelegt, weswegen der Senat ergänzend auf die Entscheidungsgründe nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) verweist, denen er sich in vollem Umfang anschließt.

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

Entgegen seiner Einschätzung sind zunächst die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung oder andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung nicht 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, muss eine exakte Diagnose der Krankheit nach einem der international anerkannten Diagnosesysteme erfolgen (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 [a. a. O.](#)). Der Senat berücksichtigt hierbei in seiner ständigen Rspr. 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.

Das DSM-IV-TR 309.81 legt Folgendes zugrunde: 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 kriegerische 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 Bedrohtheits 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 auch der Senat wie das SG in Auswertung des Gutachtens von Prof. Dr. Dr. W. nicht davon überzeugt, dass beim Kläger eine posttraumatische Belastungsstörung eingetreten ist.

Zwar zog der Arbeitsunfall mit dem Sturz direkt auf den Kopf eine massive, auch durchaus lebensbedrohliche Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit des Klägers nach sich. Der Annahme einer posttraumatischen Belastungsstörung steht zur Überzeugung des Senats aber bereits entgegen, dass sich der Kläger an das Unfallgeschehen selbst nicht erinnern kann (Urteile des Senats vom 26. September 2013 - [L 6 U 3246/12](#) - Juris - und 20. Juni 2013 - [L 6 VG 5753/11](#)), was der Senat den durchgehenden Angaben des Klägers selbst wie dem Intensivprotokoll vom 11. Dezember 1998 ("Amnesie zum Unfallhergang") entnimmt und sich medizinisch auch durch den Bewusstseinsverlust beim Sturz erklären lässt. Der erforderliche und für die Erkrankung typische Wiederhall des Erlebten scheidet daher denknotwendig aus. Folglich kann der Kläger den Tathergang auch nur aus Erzählungen rekonstruieren, aber nicht aus eigener Anschauung wiedergeben.

Darüber hinaus hat der Sachverständige Prof. Dr. Dr. W. in Auswertung der Krankengeschichte auch für den Senat nachvollziehbar dargelegt, dass in den ersten zwei Jahren nach dem Unfallereignis trotz einer fast durchgehenden nervenärztlichen Behandlung keinerlei Flashbacks und/oder Alpträume des Klägers dokumentiert sind und deswegen nicht der Vollbeweis einer derartigen Störung geführt werden kann. Zu Recht hat Prof. Dr. Dr. W. darauf hingewiesen, dass der Kläger sich insoweit nicht auf die "allgemeine" AWMF-Leitlinie stützen kann, sondern es für die Begutachtung nicht auf den therapeutischen Ansatz, sondern darauf ankommt, dass nicht einzelne Symptome die posttraumatische Belastungsstörung nachweisen, zumal beim Kläger kein unklares, sondern im Gegenteil ein auf einer Nervenschädigung beruhendes neuropathisches Schmerzsyndrom vorliegt. Die Richtigkeit seiner Ausführungen wird durch die auszugsweise Vorlage der Begutachtungsrichtlinie gestützt. Dem steht das alleinige Attest des Psychiaters Dr. K. nicht entgegen, der nicht nur in keiner Weise substantiiert hat, worauf seine Diagnosestellung überhaupt beruht, sondern der sich auch nur auf die Angaben des Klägers, nicht aber auf den Akteninhalt und hier insbesondere die Behandlungsdaten stützen konnte, zu dem er auch nur einen sehr lockeren therapeutischen Kontakt hatte und keinesfalls eine Traumatherapie im engeren Sinne durchgeführt hat. Der Senat hält deswegen bereits das Krankheitsbild einer posttraumatischen Belastungsstörung gerade in Anbetracht des Umstands, dass sich noch bei der Untersuchung durch Prof. Dr. Dr. M. im November 2001 keinerlei Symptome einer solchen Erkrankung zeigten, für nicht nachgewiesen.

Soweit Dr. H. als einziger Sachverständiger beim Kläger eine posttraumatische Verbitterungsstörung diagnostiziert hat, die der Kläger selbst bestreitet, hält der Senat bereits sein Gutachten, welches er erst anderthalb Jahre nach der Untersuchung erstattet hat, für nicht verwertbar. Denn gerade bei einem psychiatrischen Gutachten kommt es entscheidend darauf an, dass der Gutachter sich nicht nur einen persönlichen Eindruck in einer angemessenen Untersuchungszeit von dem Kläger verschafft, sondern diesen auch entsprechend für die Beteiligten und das Gericht darlegt. Nach einem so langen Zeitraum ist aber nicht mehr gewährleistet, dass sich der Gutachter überhaupt noch an die Untersuchungsperson erinnert, er kann sich somit allenfalls auf seine schriftlichen Aufzeichnungen stützen, deren Vollständigkeit aber naturgemäß anders als z. B. bei orthopädischen Befunden nicht gewährleistet ist. Das Gutachten kann sich vielmehr nach einem solchen Zeitablauf nicht mehr auf einen genauen aktuellen Eindruck von dem Kläger stützen, der gerade bei einem Praktiker wie dem Sachverständigen, der jeden Tag mit einer Vielzahl von Personen zu tun hat, verblassen muss. Auch bei der Absetzung des vollständigen Urteils hat der Gemeinsame Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes (Beschluss vom 27. April 1993 - GmS-OBG 1/92) darauf abgestellt, dass die Erinnerung mit fortschreitender Zeit nicht mehr gegeben ist, und allenfalls eine Frist von einem Jahr für angemessen erachtet. Des Weiteren handelt es sich bei der posttraumatischen Verbitterungsstörung um keine ICD-10-Diagnose, so dass bereits deswegen ihre Feststellung oder Anerkennung als Unfallfolge nach der Rechtsprechung ausscheidet. Dessen ungeachtet hat der Sachverständige Prof. Dr. Dr. W. und ihm folgend das SG für den Senat überzeugend und ausführlich begründet dargelegt, dass Dr. H. sich nicht mit den bekannten beruflichen und sozialen Problemen des Klägers auseinandergesetzt hat. Dem hat der Senat nichts hinzuzufügen, weswegen er insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) absieht.

Für ein hirnanorganisches Psychosyndrom, wie dies Prof. Dr. M. - ohne dass ihm die Krankenakten vorlagen - vermutet hat, fehlt es am erforderlichen Nachweis einer substantiellen Hirnschädigung (so auch Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 20. Juni 2012 [L 2 U 340/10](#)), wie dies letztlich alle Sachverständigen übereinstimmend festgestellt und auch die vom SG beigezogenen Behandlungsakten des Klinikums H. über den stationären Aufenthalt vom 11. Dezember 1998 bis 7. Januar 1999 bestätigt haben. Das hat zuletzt auch der Sachverständige Prof. Dr. Dr. W. in Auswertung der Krankenhausunterlagen dargelegt, wonach nicht nur die bildgebenden Schädeluntersuchungen, sondern auch die initialen Befunde keinen entsprechenden Beleg liefern, die später beschriebenen kognitiven Probleme daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht durch eine Hirnkontusion bedingt sind. Dafür spricht auch, dass die gezeigten kognitiven Störungen nicht einheitlich waren, sich vielmehr nur auf spezielle Arbeitsbereiche (z.B. Rechnen) bezogen und der Kläger außerhalb der jeweiligen Untersuchungssituation unauffällig war, was erhebliche Zweifel daran begründet, ob das psychopathologische Bild überhaupt auf den Unfall zurückgeführt werden kann, was selbst Prof. Dr. M. so ausführte und insbesondere Prof. Dr. Dr. M. gänzlich und aus Sicht des Senats zutreffend ausschloss.

Die zuletzt vom Kläger mit Schriftsatz vom 12. März 2014 geltend gemachte Anpassungsstörung wurde von keinem Arzt oder Sachverständigen diagnostiziert, der Senat erachtet deswegen auch dieses Krankheitsbild für nicht nachgewiesen.

Insgesamt hält es der Senat deswegen nicht für erwiesen, dass die geltend gemachten psychischen Folgen beim Kläger vorliegen.

Mithin waren bei der Bildung der MdE lediglich die auf neurologischem Fachgebiet vorhandenen Unfallfolgen, also die mit Bescheid vom 7. März 2002 festgestellten Unfallfolgen "aufgehobenes Riechvermögen, Gefühlsstörungen im Bereich der rechten Gesichtshälfte sowie belastungsabhängige Kopfschmerzen nach Mittelgesichtsfrakturen mit Gehirnerschütterung" zu berücksichtigen. Dass diese ab dem 1. Dezember 2000 keine MdE um mindestens 30 v. H. bedingen, hat das SG unter Würdigung der zutreffenden Gutachten ausführlich begründet und überzeugend dargelegt. Denn der Kopfschmerz ist nur mit einer MdE von 20 v. H. zu werten, der Verlust des Riechvermögens nur mit einer MdE von weniger als 10 v. H., da er nicht vollständig ist.

Die Berufung des Klägers ist deswegen zurückzuweisen, wobei die Kostenentscheidung auf [§ 193 SGG](#) beruht.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-07-23