

L 2 U 4/11

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Landshut (FSB)

Aktenzeichen

S 9 U 286/07

Datum

13.12.2010

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 4/11

Datum

04.08.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 262/14 B

Datum

26.02.2015

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Zum Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung bzw. reaktiven psychischen Störungen mit Ängsten nach einem Beinahe Absturz mit einem Hubschrauber.

2. Zur Beurteilung von langjährig im Verlauf nach dem Unfall sich ausweitenden psychischen Gesundheitsstörungen.

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 13. Dezember 2010 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Kläger einen Anspruch auf eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um mindestens 20 v. H. anlässlich eines Arbeitsunfalls vom 09.11.1994 hat.

Der 1955 geborene Kläger war in den Jahren 1974 bis 1982 bei der Bundeswehr tätig, wo er zum Hubschrauberpiloten ausgebildet wurde. Seit 01.04.1991 war er bei der R. als Rettungshubschrauberpilot beschäftigt und seit 01.07.1993 beim A ... Am 09.11.1994 war er als Hubschrauberpilot beim Rettungsdienst des A. zu einem schweren Verkehrsunfall unterwegs. Nachdem der Einsatz von der Rettungsleitstelle abgebrochen wurde, leitete der Kläger eine Linkskurve ein, um zum Standort Krankenhaus E-Stadt zurückzufliegen. Dabei öffnete sich in 500 Fuß Höhe (ca. 150 m) die linke Triebwerksklappe und riss vom Hauptrotor ein Stück ab, was zu einer Unwucht mit heftigen horizontalen und vertikalen Schwingungen führte. Der Kläger brachte das Flugzeug in Horizontallage. Da die Vibrationen stärker wurden, entschied er sich für eine Notlandung mit wenig Triebwerksleistung. Im Anflug musste der Kläger sehr intensive Steuerbewegungen und Pedalarbeit ausführen, um den Hubschrauber gerade zu halten. Er konnte die Maschine auf einer Wiese mit einer Rutschlandung absetzen, wo sie noch ca. 20-25 Meter rutschte bis sie zum Stillstand kam. Alle vier Hubschrauber-Insassen blieben körperlich unversehrt. Nach der Landung überprüfte der Kläger den Hubschrauber. Es wurden der Verlust der kompletten linken Triebwerksverkleidung sowie ein erheblich beschädigtes Hauptrotorblatt festgestellt. Der Kläger wurde von einem Polizeihubschrauber zum Standort E-Stadt zurückgebracht, wo er seinen Dienst wieder aufnahm. An diesem Tag hatte er keinen Einsatz mehr. Im Hubschrauberflugbuch sind ab 10.11.1994 wieder Einsätze verzeichnet. Eine medizinische oder psychologische Betreuung der Besatzung erfolgte nicht.

Mit Schreiben vom 13.07.2006 stellte der Kläger erstmals Antrag auf Feststellung eines Arbeitsunfalls unter Vorlage von Unterlagen der Ärzte und zur Untersuchung des Unfalls.

Die Psychotherapeutin Dr. S. führte in ihrem ausführlichen Bericht vom 08.06.2006 aus, dass der Kläger u.a. unter einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung, Panikattacken, Tinnitus und Zustand nach Hörsturz links leide. Der Kläger habe schon immer den Berufswunsch Hubschrauberpilot gehabt. Am 09.11.1994 habe der Flugunfall stattgefunden. Als 1998 die Hubschrauber durch ein neues Modell ersetzt worden seien, seien Störungen an Heckrotatoren, Triebwerken, Hauptrotor und ein häufiger Kraftstoffverlust aufgetreten. Wegen massiver Geräusche und Schwingungen wegen defekter Dämpfer seien nicht selten Sicherheitslandungen notwendig gewesen. Nach Ansicht der Psychotherapeutin habe der Kläger unbewusst die Geräusche und Schwingungen mit der Unfallsituation gleichgesetzt. Er habe einen Kontrollzwang entwickelt. Erste körperliche Beschwerden in Form von Druck und Krämpfen in der Brust ohne medizinischen Befund seien als Ausdruck psychosomatischen Geschehens seit Sommer 2001 zu verzeichnen. Als die Störungen und Defekte der Dämpfer ab 2003 nochmals deutlich zunahmen, habe der Kläger bei schwierigen Einsatzbedingungen ein bisher unbekanntes Zittern von Händen und Füßen

festgestellt.

Am 29.09.2005 sei aus ungeklärter Ursache ein Freund und ehemaliger Kollege des Klägers abgestürzt. Zu diesem Zeitpunkt war der Kläger im Urlaub. Am ersten Arbeitstag 03.10.2005 habe er seinen regulären Dienst angetreten, ohne Beschwerden. Im weiteren Verlauf sei es wiederholt zu Panikattacken gekommen, die immer wieder beherrschbar gewesen seien. Am 04.11.2005 habe bereits die Rettungsbereitschaft noch am Boden eine massive Panikattacke ausgelöst; seither bestehe Arbeitsunfähigkeit.

Dr. S. ging davon aus, dass der Kläger den Unfall zunächst habe verdrängen können, diese Abwehrmaßnahmen aber durch langwierige Konfrontation mit lebensbedrohenden Situationen wegen Mängeln und Unzuverlässigkeit der Hubschrauber brüchig geworden seien, mit Entwicklung eines psychosomatischen Beschwerdebildes und Dekompensation wegen des Todes des Freundes. Auch der Kontrollzwang sei als Abwehrmechanismus zu verstehen. Der Kläger leide derzeit unter einer depressiven Symptomatik mit deutlicher Antriebshemmung, Stimmungsschwankungen, schneller Erschöpfbarkeit, sozialen Rückzugtendenzen, Störungen des Wach-/Schlafzyklus, Ängsten und anfallsartig, ohne konkreten Anlass auftretende Angst und Panik sowie Panikgefühlen allein bei dem Gedanken an vergangene oder mögliche Flugsituationen. Es seien massive Alpträume vorhanden von Beinahe-Abstürzen und Katastrophenszenarien. Bei Gesprächen über aktuelle fliegerische Ereignisse und Alpträume träten deutlich erkennbare vegetative Äußerungen auf; der eigene Unfall könne derzeit nur begrenzt in den therapeutischen Fokus genommen werden. Nach Ansicht von Dr. S. hätte der Kläger die Belastungsfaktoren durch den Hubschrauberwechsel und den Tod des Freundes ohne den eigenen Unfall sicher ohne gravierende Beeinträchtigung seiner Flugtauglichkeit bewältigen können.

Der Neurologe und Psychiater M. ging im Schreiben vom 21.06.2006 an die private Rentenversicherung von einer Berufsunfähigkeit des Klägers aus, den er seit 05.12.2005 behandelte. Dieser leide unter einer Panikstörung mit situationsgebundenen Panikattacken während des Fliegens und begleitend über längere Zeit an einer sekundären depressiven Symptomatik, wie häufig im Rahmen von Angststörungen. Die pharmakotherapeutische und psychotherapeutische Behandlung habe zu einer Besserung, aber keiner vollständigen Remission geführt.

Vorgelegt wurde ferner die Mitteilung über die Verweigerung der Ausstellung eines Flugtauglichkeitszeugnisses von Dr. F. vom 05.07.2006, das auf Angaben im Antragsformular und einer Tauglichkeitsuntersuchung am 05.07.2006 beruhte. Die Unterlagen zur Unfalluntersuchung geben den oben genannten Ablauf wieder.

Die Beklagte legte die Unterlagen ihrem Beratungsarzt Dr. K. vor, der in seiner Stellungnahme ausführte, die jetzigen Beschwerden seien nicht mit Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis von 1994 zurückzuführen - angesichts der langen zeitlichen Latenz, der unspezifischen Symptomatik und der in der Vergangenheit regelmäßig unauffälligen Tauglichkeitsprüfungen.

Daraufhin erkannte die Beklagte mit Bescheid vom 10.08.2006 das Ereignis vom 09.11.1994 als Arbeitsunfall an, lehnte jedoch die Gewährung einer Rente ab, weil keine MdE von mindestens 20 v.H. über die 26. Woche hinaus bestanden habe. Als Folgen dieses Versicherungsfalls erkannte die Beklagte die psychische Anspannung während der Gefahrensituation an, aber nicht die Angststörungen, die depressive Störung, den Hörsturz, den Tinnitus und das verminderte Hörvermögen.

Im Schreiben vom 20.10.2006 erläuterte die Beklagte, dass die plötzliche Notfallsituation zur vorübergehenden Ausnahmesituation mit Schockwirkung als Körperschaden geführt habe, die Überbeanspruchung aber innerhalb weniger Tage auf das Niveau einer normalen Stressbelastung und -bewältigung abgesunken sei. Letztlich sei nur eine kurzzeitige Überlastung im Sinne negativen Stresses (Angst, Anstieg von Blutdruck und Herzschlagfrequenz, vermehrte Ausschüttung von Kortisol und Katecholaminen) aufgetreten. Ein kausaler Zusammenhang der mehr als zehn Jahre später festgestellten Fluguntauglichkeit mit dem Vorgang vom 09.11.1994 sei nur denkbar, wenn in engem zeitlichen Zusammenhang neue signifikante Ereignisse aufgetreten wären. Der vier Jahre spätere Wechsel auf ein anderes Hubschraubermodell sei keine zeitlich begrenzte körperliche Schädigung.

Gegen diese Entscheidung legte der Kläger am 30.08.2006 Widerspruch ein. Die vom Kläger bevollmächtigte Sozialreferentin des A. führte zur Begründung aus, dass ein schwerer Flugzeugabsturz unter massiven Todesängsten in letzter Sekunde durch geeignete fliegerische Maßnahmen des Klägers vermieden werden konnte. Von den behandelnden Ärzten seien die psychischen Erkrankungen sowie die Tinnitusbeschwerden auf den Arbeitsunfall 1994 zurückgeführt worden, wie auch der Rehabilitationsentlassungsbericht der W.-Kliniken vom 14.09.2006 zeige.

Der Kläger legte dar, dass nach dem Unfall vor allem somatische Beschwerden aufgetreten seien, die er erst durch die psychotherapeutischen Gespräche richtig habe zuordnen können, wie innere Unruhe und Reizbarkeit, häufige Magenschleimhautentzündungen, Zittern von Hand und Knie bei schwierigen Einsatzbedingungen, Druckgefühl in der Brust, Erhöhung der Atemfrequenz, eingeschränktes Gesichtsfeld (Tunnelblick), leichte Schwindelgefühle und Panikattacken. Er hat eine Übersicht behandlungsbedürftiger Erkrankungen vorgelegt.

Beigezogen wurde von der Beklagten ferner eine Auskunft der Krankenkasse des Klägers zu Arbeitsunfähigkeitszeiten zwischen Oktober 1996 und November 2005. Nach Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 16.05.2006 und vom 10.03.2006 bestand Arbeitsunfähigkeit wegen situationsgebundener Angst- und Panikattacken. Der behandelnde Arzt M. gab im Bericht vom 08.05.2006 ein weitgehend stabiles Zustandsbild an, wenn er nicht fliegen muss; die Panikattacken seien situationsabhängig.

Im Rehabilitationsentlassungsbericht vom 14.09.2006 der W.-Kliniken über den Aufenthalt vom 03.08. bis 14.09.2006 wurde eine posttraumatische Belastungsstörung, eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst), eine mittelgradige depressive Episode, eine reine Hypercholesterinämie sowie ein Tinnitus aurium als Diagnosen genannt. Der Kläger könne nicht mehr als Pilot tätig sein; auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne er sechs Stunden und mehr arbeiten, u.a. ohne Verantwortung für das Führen von Flugzeugen oder hohe Stressbelastungen. Der Kläger berichtete, dass er nach dem Unfall 1994 in den Folgejahren unter verstärkter Anspannung gelitten habe. Seit 1998 sei er durch mechanische Störungen des neuen Hubschraubers permanent mit Todesängsten konfrontiert worden, die seit dem Unfall 1994 unterschwellig vorgelegen hätten. Seitdem seien diffuse körperliche Beschwerden ohne fassbaren Organbefund (Beklemmungsgefühl, Luftnot, Herzklopfen mit Herzschmerzen, Schwindelgefühle, Zittern und Schwitzen) aufgetreten, anfallsartig mit Abklingen nach wenigen Minuten oder stundenlang als innere Unruhe und Beklemmungsgefühl. Seitdem im September 2005 ein ehemaliger Kollege und Freund während eines Fluges tödlich verunglückt sei, habe er kein Flugzeug mehr führen können. Beim Besteigen des Hubschraubers habe er am ganzen Körper gezittert. Seither leide er unter gedrückter Stimmung, Interessesverlust, Freudlosigkeit, Antriebsmangel, erhöhter Ermüdbarkeit, verminderter Konzentration und Aufmerksamkeit, Minderung von Selbstwertgefühl und

Selbstvertrauen und neige zu sozialem Rückzug. Er leide unter einer Vielzahl vegetativer Symptome, im Mai 2005 sei Hörsturz mit beidseitigem Tinnitus erfolgt. Der Kläger schilderte ferner, dass er immer wieder von Bildern des Absturzes und den jahrelangen Flugzeugpannen ab 1998 verfolgt werde, in Verbindung mit Ängsten und vegetativen Symptomen, insbesondere wenn er im Fernsehen mit Bildern von Flugzeugen konfrontiert werde oder wenn er Fluglärm am Wohnort wahrnehme. Schon beim Betrachten eines Hubschraubers habe er Angstzustände, im Cockpit grobmotorisches Zittern und vegetative Symptome in Verbindung mit Brustenge und Brustschmerzen. Zu Hause gehe es ihm besser. Der Kläger habe bereitwillig und in gebotener Ausführlichkeit über Vorgeschichte und Befinden berichtet und Vermeidungsverhalten, Intrusionen und erhöhte Erregbarkeit geschildert (ohne nähere Beschreibung). Es bestanden einige depressive Stimmungslage und Grübelneigung, ein leichtschlägiger Fingertremor der rechten Hand; die Psychomotorik war gehemmt. Es sei davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne die konflikthaften äußeren Lebensbelastungen nicht entstanden wäre.

Die Beklagte holte ein Gutachten von Prof. Dr. F. von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums I. (Technische Universität E-Stadt) vom 13.07.2007 ein. Bei der Untersuchung am 18.06.2007 berichtete der Kläger über eine kurze depressive Phase 1984 nach dem überraschenden Tod des Vaters (Prostatakrebs). Früher habe er dem Schützenverein und dem Fliegerverein in A-Stadt angehört, die Sportfliegerei habe er im Jahr 2000 aufgegeben und die Privatfliegerlizenz 2000 zurückgegeben. Seit 2003 habe er privat kein Verkehrsflugzeug genutzt. Sein psychisches Befinden sei wechselhaft; bei Schilderung des Flugunfalls gegenüber dem Arbeitsamt habe er Schmerzen in der Brust, Verschlechterung des Tinnitus und im Vorfeld Verschlechterung der Schlafstörung gespürt. Auch im Alltag würden vorbeifliegende Hubschrauber Angst und somatische Beschwerden auslösen.

Er habe sich mit den vor 1998 geflogenen Hubschraubermodellen sehr wohl und sicher gefühlt; auch der Flugunfall habe daran nicht wirklich etwas geändert. Der Kläger beschrieb sehr ausführlich, dass ein solcher Unfall mit einem anders konstruierten Hubschrauber tödlich gewesen wäre; offenbar hatte er auch in Unfallberichten recherchiert. Subjektiv habe er sich nach dem Unfall 1994 zunächst gut erholt; Schwierigkeiten seien verstärkt beim Wechsel des Hubschraubermodells aufgetreten. Die Dämpfer seien schnell kaputt gegangen und die Unwucht und starken Geräusche hätten ihn an die Flugruhe und Lärmentwicklung unmittelbar vor dem Flugunfall erinnert. Den Unfall habe er noch in allen Details in Erinnerung; den Blick nach unten aus 150 m auf Suche nach Notlandeplatz könne er nicht vergessen. Zunächst habe er versucht, die zunehmende Angst im Flugbetrieb, insbesondere in den ersten fünf Minuten, zu überspielen. Bei Blick aus größerer Höhe habe er Druck in der Brust gespürt und Todesangst entwickelt. Vielfach habe er in den letzten Jahren die Flughöhe reduziert, um notfalls schnell und sicher landen zu können. Er habe darunter gelitten, diese Dinge für sich behalten zu müssen, um keine Zweifel an seiner Flugtauglichkeit aufkommen zu lassen; mit Kollegen oder in Tauglichkeitsuntersuchungen habe er nicht darüber gesprochen. Prof. Dr. F. diagnostizierte eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS: F. 43.1 nach ICD 10), nebenbefundlich eine chronifizierte mittelgradige depressive Störung (F 34.8) sowie eine Panikstörung mit von bestimmten Triggern ausgelösten Angstattacken (F 41.8). Die Situation 1994 sei weit über eine übliche Ausnahmesituation bei fliegendem Personal hinausgegangen. Dieser "first hit" sei zum krankheitsauslösenden Faktor geworden, als der Kläger durch den Hubschrauberwechsel und dessen technische Defekte als sogenannter second, third hit immer wieder an den Flugunfall erinnert wurde, so dass die vorherige Verdrängung aufgeweicht wurde und sich Symptome entwickelten; der Unfalltod des befreundeten Hubschrauberpiloten habe den Eintritt der Flugunfähigkeit nochmals beschleunigt. Der Unfall vom 09.11.1994 sei dabei rechtlich eine wesentliche Teilursache. Die MdE aufgrund der posttraumatischen Belastungsstörung mit Berufsunfähigkeit betrage 30 v.H.; die durch das chronisch-depressive Syndrom aufgrund der Einschränkungen der kognitiven Funktionen ebenfalls 30 v.H.

Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. führte in einer Stellungnahme für die Beklagte vom 24.08.2007 aus, dass das Ereignis 1994 zwar die Traumakriterien erfülle, aber nicht jedes Trauma zwangsläufig zu einer PTBS führe. Die spezifischen für diese Diagnose erforderlichen Symptome seien nicht nachgewiesen, dazu gehörten das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, flash backs) oder in Träumen vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtseins, emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Anhedonie sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Ferner setze diese Diagnose nach ICD 10 voraus, dass sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis auftritt oder - falls dieser Abstand mehr als sechs Monate betrage - dass die klinischen Merkmale typisch sind und keine andere psychiatrische Diagnose gestellt werden kann. In den ersten zehn Jahren nach dem Unfall habe kein einziges der Symptomkriterien vorgelegen. Ob tatsächlich in späteren Jahren entwickelte Störungen psychosomatisch waren, lasse sich kaum nachvollziehen. Bei regelmäßigen Untersuchungen der Flugtauglichkeit seien weder solche Beschwerden vorgetragen noch Befunde erhoben worden. Bis November 2005 liege kein einziger psychiatrischer Befund vor, der eine psychische Störung von Krankheitswert belegen könnte. Im Gutachten werde lediglich angegeben, dass der Kläger eine Grübelneigung mit intrusiven Erinnerungen beschreibe; sonst werde im psychopathologischen Befund kein einziges entsprechendes Symptom aufgeführt. Auch Dr. S. habe keine typischen Symptome für eine PTBS geschildert.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 30.10.2007 zurück. Zwar sei der Flugunfall ein prägendes Erlebnis gewesen; er sei aber keine rechtlich wesentliche Ursache der Arbeitsunfähigkeit elf Jahre nach der Notlandung gewesen.

Dagegen hat der Kläger am 20.11.2007 Klage zum Sozialgericht Landshut (SG) erhoben und sich auf das Gutachten von Prof. F. gestützt. Er hat ärztliche Unterlagen vorgelegt, u.a. Arztbriefe des Internisten Dr. G. und eine Behandlungsübersicht des Hausarztes. Dr. G. hat laut Arztbrief vom 05.11.2000 eine vertebrale Ursache und ein Einfluss der psychischen Belastung durch den Beruf vermutet.

Das Sozialgericht hat ein Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse sowie Befundberichte von Dr. S. (Orthopäde; Behandlungsbeginn 2007), Dr. R. (HNO-Arzt), Dr. S., Dr. M., dem Hausarzt Dr. R. und Dr. F. (fliegerärztliche Untersuchungsstelle E-Stadt) eingeholt und medizinische Unterlagen der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd (DRV) beigezogen.

Im Entlassungsbericht des Reha-Zentrums Bad S. vom 08.05.2008 über den Aufenthalt des Klägers vom 08.04. bis 29.04.2008 wurde eine chronische Lumboschialgie rechts bei Protrusionen L 1/2, L3/4, L 5/S1, ein chronisch rezidivierendes Zervikobrachialsyndrom bei Protrusion C5/6 und degenerativen Veränderungen, eine Gonarthrose rechts, Myotendinose des linken Schultergelenk bei Zustand nach Sportunfall (2007) sowie eine chronifizierte PTBS genannt. Aus orthopädischer Sicht könne der Kläger wegen Schulterprobleme nicht mehr als Pilot tätig sein. Zum psychologischen Einzelgespräch vom 15.4.2008 heißt es, dass keine wesentliche Änderung erzielt werden konnte bei gesicherter chronifizierter PTBS mit fortbestehenden Intrusionen nach dem Flugunfall. Es bestünden psychosoziale Belastungen, weil die Ehefrau einen Schlaganfall erlitten habe. Der Kläger fühle sich traurig, niedergeschlagen und leide unter Angstzuständen.

In den Unterlagen der DRV ist ein Gutachten des Neurologen, Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. S. vom 17.09.2007 enthalten, der den Kläger am 31.08.2007 untersucht hat. Dr. S. hat ausgeführt, dass der Kläger unter einer posttraumatischen Belastungsreaktion, einer Panikstörung mit Agoraphobie, einer rezidivierenden depressiven Störung, zur Zeit mittelschwer bis schwer, leide, einem Cervical- und Lumbalsyndrom sowie einem Tinnitus aurium beidseits. Durch das traumatische Ereignis und die weiteren Belastungsfaktoren habe sich eine PTBS entwickelt sowie eine Panikstörung mit Agoraphobie. Durch den Schlaganfall der Ehefrau sei er erneut erheblich nervlich belastet worden mit Zusammenbruch der psychophysischen Reserven und Verstärkung der Panikstörung mit Agoraphobie. Derzeit sei der Kläger auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur unter drei Stunden erwerbsfähig, mit Besserungsaussicht in zwei Jahren.

Das SG hat ein Gutachten der Neurologin und Psychiaterin Dr. K. vom 02.12.2008 eingeholt. Diese hat ausgeführt, dass es beim Unfall vom 09.11.1994 zu keinen Verletzungen gekommen sei und keine Gesundheitsstörungen vorlägen, die mit Wahrscheinlichkeit durch den Unfall verursacht worden sind; daher bestünden keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und keine MdE.

Der Kläger habe bei affektiver Schwingungsfähigkeit keinen gedrückten Eindruck vermittelt; zeitweilig habe er zitterig und psychomotorisch angespannt gewirkt. Auffallend sei die spontane, sehr lebhaft, engagierte und sehr umfassende Schilderung des Ereignisses gewesen. Zu keinem Zeitpunkt habe er eine Erinnerung daran vermieden, sondern sei selbst immer wieder darauf zu sprechen gekommen und habe bedauert, dass er das Video bzw. Bilder zum Unfall nicht mitgebracht habe. Er habe sich, obwohl es ihn belaste, Aufzeichnungen im Fernsehen zum Flugunfall in Ramstein angesehen; normalerweise schalte er bei so etwas ab.

Nur bei der Frage, ob er sich noch mit Hubschraubern beschäftige, habe der Kläger angegeben, dass ihn das jetzt belaste und Symptome kämen, ohne dass der Gutachterin eine vegetative Erregung erkennbar gewesen sei. Der Kläger hatte der Sachverständigen gegenüber angegeben, dass er nach dem Unfall fliegen wollte und konnte und seine Stimmung jetzt gedrückt sei, weil er nicht mehr fliegen könne. Er habe dem Flugarzt keine Probleme genannt, weil das die Fluguntauglichkeit bedeutet hätte. Der Kläger hatte geschildert, dass er nach der Notlandung vom Polizeihubschrauber aus die Rettungsstelle von oben angeschaut habe und seinen Dienst am gleichen Tag wieder aufgenommen habe. Auch auf Nachfrage zum Zeitpunkt hat der Kläger bestätigt, dass Beschwerden 1998 begonnen hätten (Erwartungssymptomen, Unwohlsein beim Fliegen, Herz- und Magenbeschwerden, Druck im Brustbereich und Zittern). Im Frühjahr/ Sommer 2005 hätten sich die Beschwerden verstärkt und er habe begonnen, die Flughöhe zu reduzieren. Die private Fliegerei habe er 2000 freiwillig aufgegeben; er habe es aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr gekonnt. Er sei einen 4-sitzigen Sportflieger (Cessna Piper) geflogen. Dienstlich sei er bis 2003 in Flugzeugen geflogen; 2003 habe es eine Auseinandersetzung mit dem Vorgesetzten gegeben, weil er zu einem Termin nicht fliegen, sondern mit dem Zug fahren wollte.

Der Kläger hat auch Ängste auf Leitern und in Menschenansammlungen geschildert sowie schreckhafte Reaktion auf ein Klappern im Handschuhfach oder das Knarren einer Treppe. Wenn Hubschrauber über das Haus flögen, würde er am liebsten in den Keller gehen. Ab 2005 bis Frühjahr 2008 habe er unter Albträumen gelitten, die entweder Fliegerisches betrafen oder Verfolgungsabläufe.

Dr. K. hat ausgeführt, dass der Kläger unter Agoraphobie mit Panikstörung sowie Angst und Depression gemischt leide; die Angst habe eine deutliche Ausdehnung erfahren. Ein wesentlicher Zusammenhang mit dem Ereignis 1994 sei nicht herzustellen. Die Diagnose einer PTBS sei nicht zu begründen. So setze das Kriterium A 2 eine Reaktion der Person mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen voraus, die über eine physiologische Schreckreaktion hinausgehe; ohne diese Reaktion als Primärschaden sei auch das Auftreten einer späteren PTBS als Folgeschaden nicht möglich. Zwar habe beim Kläger tatsächlich ein Ereignis von außergewöhnlicher Schwere vorgelegen, aber keine psychische Primärschädigung. Denn er sei sofort mit dem (Polizei-) Hubschrauber über die Unglücksstelle geflogen und habe umgehend seinen Dienst aufgenommen. Über eine psychische Reaktion über eine Schrecksituation hinaus sei nichts bekannt; das gelte auch für die ersten Jahre danach. Schon deswegen sei das Auftreten einer PTBS eigentlich ausgeschlossen.

Aber auch die weiteren Kriterien seien nicht erfüllt. Das Kriterium B beschreibe das Wiedererleben mit eindringlichen belastenden Erinnerungen an das Ereignis, wiederkehrenden belastenden Träumen, Handeln oder Fühlen, als ob das dramatische Ereignis wiederkehrt (flash backs) sowie intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen und körperliche Reaktionen bei der Konfrontation. Der Symptomkomplex C beschreibe die Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind oder auch eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität, der Symptomkomplex D erhöhte Arousal (Übererregung) mit Schlafstörung, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, übertriebene Schreckreaktion und nach Kriterium F müsse das Störungsbild in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen, wobei der verzögerte Beginn bis zu sechs Monate nach dem Ereignis auftreten könne.

Der Kläger beschreibe keine aufräuhenden belastenden Erinnerungen oder flash backs. Dass er bei technisch nicht korrekten Hubschrauberflügen an den Beinahe-Absturz erinnere, sei letztlich eine normale Gedächtnisassoziation. Ferner fehle das Kriterium C; dass der Kläger unter besonderen psychischen Reaktionen leide, wenn er mit dem Ereignis konfrontiert werde, werde zwar bei Geräuschen geschildert; andererseits weiche er solchen Belastungen nicht aus. So habe er sich sehr intensiv mit der Katastrophe von Ramstein befasst und habe sich enttäuscht gezeigt, nicht mehr fliegen zu können. Inneres Vermeiden sei nicht erkennbar gewesen, vielmehr habe er das Ereignis mit viel Engagement geschildert und sei sogar bis 2000 privat weitergefliegen, was mit einer schweren seelischen Reaktion als Folge des missglückten Fluges 1994 nicht vereinbar wäre. Ferner fehle ein adäquater zeitlicher Beginn der jetzt beklagten seelischen Störung. Zum Zeitpunkt des Absturzes eines Hubschrauberpiloten hätten bereits psychische Beschwerden bestanden. Prof. Dr. F. habe die Kriterien für die PTBS nicht ausreichend festgestellt.

Der Klägerbevollmächtigte hat mit Schreiben vom 10.01.2009 eingewandt, dass körperliche Beschwerden bereits kurz nach dem Unfall aufgetreten seien, aber erst nach dramatischer Zunahme im Frühjahr 1998 ärztliche Behandlung in Anspruch genommen worden sei. Dass sich der Kläger sehr intensiv mit der Katastrophe in Ramstein befasst habe, widerspreche nicht dem Kriterium C; dieses lege eine zwanghafte Reaktion nahe, was eine Flucht oder eine verstärkte emotionale Auseinandersetzung sein könne. Der Kläger habe durchaus einen auf den Unfall fixierten Eindruck gemacht, entsprechend Kriterium B.

Dr. K. hat in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 25.05.2009 an ihrer Einschätzung festgehalten.

Im Arztbrief von Dr. S. vom 19.02.2010 ist auf eine Chronifizierung hingewiesen; die juristischen Auseinandersetzungen mit Arbeitgeber, Berufsgenossenschaft und Rententräger hätten einen erheblichen Beitrag dazu geleistet.

Auf Antrag des Klägers hat das SG ein Gutachten von Prof. Dr. F. vom 24.02.2010 gemäß [§ 109 SGG](#) eingeholt. Der Kläger hat bei der Untersuchung angegeben, 2009 sei es ihm besser gegangen. Durch die erneute Begutachtung fühle er jetzt erneut belastet. Vor einem Jahr habe sich seine Frau von ihm getrennt. Seine über ein Jahr bestehende neue Partnerschaft mit einer deutlich jüngeren Frau stehe wegen seiner psychischen Schwierigkeiten ebenfalls vor dem Scheitern. Der Kläger hat geschildert, dass ihn die Beschäftigung mit dem Unfall und

den Folgen sehr belaste; es würden innere Bilder und Erinnerungen sowie schlechte Träume auftauchen. Die Schilderung des Unfalls sei dem Kläger nach Einschätzung des Gutachters schwer gefallen. Er könne Darstellungen von Flugunfällen oder Hubschraubern nicht ertragen, schalte dann das Programm ab. Beim Flug mit dem Polizeihubschrauber sei er aufgeregt, gestresst, zittrig und nervös gewesen. Bereits 1994 und 1995 sei er deutlich nervöser gewesen. So sei ihm sehr unwohl gewesen bzw. er habe Angst gehabt, als er im Frühjahr 1995 einen Testflug mit einem Werkpiloten absolviert habe, der einige extreme, im Alltag sonst nicht vorkommende Flugmanöver durchgeführt habe. Ab 1996 habe er zunächst vermehrt körperliche Beschwerden gehabt.

Prof. Dr. F. hat an seiner Einschätzung im Verwaltungsgutachten festgehalten. Der Flugunfall im November 1994 sei zum krankheitsrelevanten Faktor geworden, als ab 1998 mit Wechsel des Hubschraubermodells und Auftreten technischer Defekte die Erinnerung an den Flugunfall immer wieder wachgerufen worden sei. Ab diesem Zeitpunkt seien deutlich vermehrte körperliche Beschwerden aufgetreten, die offensichtlich psychosomatisch gewesen seien. Es bestehe eine chronifizierte PTBS (F 43.1) mit anhaltender depressiver Verstimmung und rezidivierenden Panikattacken. Das Kriterium A seien der Flugunfall und ab 1998 die wiederholte Erfahrung eines plötzlichen Ausfalls des Dämpfersystems, wobei der Kläger auf den Ausfall mit intensiver Angst reagiert habe. Das traumatische Ereignis werde wieder erlebt, in sich aufdrängenden Erinnerungen (Kriterium B); Handeln und Fühlen seien mit dem technischen Defekt ab 1998 ständig so gewesen, als stünde ein erneuter Absturz unmittelbar bevor. Der Kläger beschreibe ein intensives psychisches Leiden bei Konfrontation mit dem Ereignis, er ertrage filmische Darstellungen nicht und habe die Fliegerei komplett aufgegeben. Ferner bestünden körperliche Reaktionen, Angst und Panik bei Konfrontation mit dem Ereignis. Reize in Verbindung mit dem Trauma würden vermieden (ohne nähere Begründung). Dagegen sei das Kriterium der Unfähigkeit, wichtige Aspekte des Traumas wiederzugeben, nicht erfüllt. Der Kläger führe ein weitgehend zurückgezogenes Leben. Seine Ehe sei auseinandergegangen, auch die über ein Jahr dauernde Partnerschaft falle auseinander. Es bestehe ein gesteigertes Erregungsniveau (Kriterium D) mit Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit mit Wutausbrüchen und teilweiser Einschränkung der Konzentration sowie übersteigter Schreckreaktionen bei Konfrontation mit Hubschraubern.

Zur Einschätzung von Dr. K. hat Prof. Dr. F. ausgeführt, dass der Kläger glaubhaft behauptet habe, dass er mit intensiver Angst und Schreck auf den Unfall reagiert habe. Diese betrachte das Ereignis isoliert; erst in Zusammenhang mit der ab 1998 aufgetretenen technischen Problematik sei die Entwicklung der psychischen Probleme verständlich. In den Unterlagen des Hausarztes fänden sich 1995 und 1996 erste Hinweise auf psychosomatisch anmutende Symptome. Das Zeigen von Filmmaterial oder Unfallbildern könne die verbale Auseinandersetzung mit dem Geschehen vermeiden helfen. Mit technischen Details lenke der Kläger von emotionalen Inhalten ab. Dass das private Fliegen bis 2000 gegen eine PTBS, werde zurückgewiesen; hier fehle die Zusammenschau mit den technischen Problemen 1998. Der Kläger beschäftige sich nicht mit dem Unfall von Ramstein, sondern mit dem verzögerten Auftreten einer PTBS bei den Opfern. Durch Mehrfachtraumatisierung habe sich die PTBS entwickelt. Zwar seien ohne das Unfallereignis die technischen Probleme 1998 eine Belastung und ängstigend gewesen, aber nicht im erlebten Ausmaß schädigend. Es bestehe bis heute eine unfallbedingte MdE von 30 v.H.

Die Beklagte hat mit Schreiben vom 23.03.2010 Einwendungen gegen das Gutachten des Prof. Dr. F. vorgebracht.

Die mündliche Verhandlung vom 16.06.2010 hat das Sozialgericht vertagt und ein weiteres Gutachten des Neurologen, Psychiaters und Psychotherapeuten Prof. Dr. C. vom 05.10.2010 eingeholt. Der Kläger hat hierbei angegeben, er habe die Sportfliegerei bereits 1995 aufgegeben, weil es ihm zu viel geworden sei und er zunehmend Ängste bekommen habe. 2000 sei seine Privatfluglizenz verfallen. Wenn er bestimmte Situationen meiden könne, gehe es ihm ganz gut; durch Begutachtungen bekomme er aber immer wieder Rückschläge. Es bereite ihm keine Probleme, einen Flugplatz zu betreten; er könne aber nicht in ein Flugzeug steigen. Bei Erinnerung an seinen Unfall bekomme er Panikzustände mit einem aufsteigenden Druckgefühl auf der Brust, Anstieg der Atemfrequenz und Tunnelblick. Er könne nun besser damit umgehen; Medikamente und Therapie hätten geholfen, die Situation besser zu meistern. Er habe aber immer noch Alpträume. Prof. Dr. C. hat ausgeführt, dass aus den Aktenunterlagen und in der Untersuchung keine ausgeprägten emotionalen Reaktionen bei Schilderung des Beinahe-Unfalls bzw. beim Rückflug im Polizeihubschrauber deutlich geworden seien. Dennoch seien die Angaben über Ängste beim Fliegen von Hubschraubern, die emotional betroffen vorgetragen worden sind, einfühlsam und nachvollziehbar. Es sei schlüssig, dass eine Offenbarung der Ängste als Bedrohung der beruflichen Existenz empfunden wurde und eine angemessene Aufarbeitung von Ängsten mit hoher Wahrscheinlichkeit durch die individuellen Persönlichkeitszüge nicht gelungen sei. Es bestehe kein ernsthafter Zweifel an der Angststörung mit Ausweitung im langwierigen Verlauf.

Nach Überzeugung von Prof. Dr. C. sei von einer Angst vor dem Führen von Hubschraubern bereits in der dem Ereignis unmittelbar folgenden Zeit auszugehen, wobei der Kläger diese Ängste durch Exposition habe beherrschen können. Das Ausmaß der bereits im ersten Jahr nach dem Ereignis bestehenden psychischen Gesundheitsstörungen lasse sich nicht näher bestimmen oder - mangels medizinischer Dokumentation - belegen. Krankheitswertig psychische Störungen für die ersten Jahre nach dem Unfall seien nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit belegt, insbesondere nicht die Kriterien einer PTBS. Vielmehr hätten sich psychische Störungen durch die belastend empfundenen beruflichen Anforderungen wie Wechsel des Hubschraubermodells im Laufe der Jahre allmählich entwickelt, mit zunehmenden Ängsten und letztlich einer situationsgebundenen Panikattacke im November 2005. Im weiteren Verlauf hätten sich agoraphobische Panikattacken eingestellt, mit weiterem Vermeidungsverhalten und sozialem Rückzug.

Es bestünden wenig Zweifel, dass das Ereignis 1994 im Sinne einer naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingung aus dem klinischen Erscheinungsbild der psychischen Störungen nicht hinweg gedacht werden kann. Fraglich sei aber, ob das Ereignis wesentliche Ursache sei. Zwar sei für die dem Ereignis vom 09.11.1994 unmittelbar folgende Zeit von reaktiven psychischen Störungen mit Ängsten auszugehen, die rückblickend als umschriebene Phobie vor dem Fliegen von Hubschraubern klassifiziert werden können (F 40.2). Die im Verlauf sich ausweitenden psychischen Gesundheitsstörungen mit Ängsten und Panikattacken, auch depressiven Störungen, die am ehesten als Agoraphobie mit Panikstörung (F 40.1) und als mittelgradige depressive Störung (F 34.8) zu klassifizieren seien, lassen sich aber nach Prof. Dr. C. nach der Rechtslehre von der wesentlichen Bedingung nicht dem Ereignis vom 09.11.1994 zurechnen. Wesentlich durch den Unfall verursachte Gesundheitsstörungen lägen somit nicht vor.

Daraufhin hat das SG mit Urteil vom 13.12.2010 die Klage abgewiesen und sich auf die Gutachten von Dr. K. und Prof. Dr. C. gestützt, wonach keine Gesundheitsstörungen mit bleibenden Schäden vorliegen. Die Kriterien einer PTBS seien nicht erfüllt. Es fehle schon ein psychischer Primärschaden; so habe der Kläger unmittelbar nach der Notlandung die Unglücksstelle überfliegen und seinen Dienst wieder aufnehmen könne. Verstärkte körperliche Beschwerden seien nach Angaben des Klägers ab 1998 aufgetreten; in den Befunden seien ab 2001 psychosomatische Beschwerden zu verzeichnen. Die Symptome wie Beispiel Angst und Depression seien unspezifisch. Es gebe keine Hinweise für spontan auftretende und eindringlich belastende Erinnerungen oder Flash-Backs. Eine anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden gewesen seien, fehle in den ersten Jahren nach der Notlandung. Der Kläger habe weiter fliegen können. Das SG ist Prof. Dr. C. darin gefolgt, dass der Unfall keine wesentliche Ursache für die im langjährigen Verlauf sich ausweitenden psychischen

Störungen gewesen sei. Prof. Dr. F. könne nicht gefolgt werden. Er nehme eine PTBS an, weise aber zugleich darauf hin, dass nicht das Absturzereignis 1994 isoliert betrachtet werden dürfe und erst im Zusammenhang mit den ab 1998 aufgetretenen technischen Problemen die Entwicklung der psychischen Probleme über Mehrfachtraumatisierungen verständlich sei.

Gegen das Urteil hat Klägerbevollmächtigte am 03.01.2011 Berufung beim Bayerischen Landessozialgericht (LSG) eingelegt und zur Begründung im Wesentlichen vorgetragen, dass der Kläger aus finanziellen Gründen habe weiterfliegen müssen; er hat sich auf das Gutachten von Prof. Dr. F. gestützt.

Das LSG hat eine ergänzende Stellungnahme von Prof. Dr. C. vom 24.06.2011 eingeholt. Dieser hat an seiner Beurteilung festgehalten und ausgeführt, dass das Unfallereignis zwar ein Ursachenbeitrag, aber keine wesentliche Ursache sei, wenn das Gewicht des Unfallereignisses für die langjährige Entwicklung psychischer Störungen nachrangig sei wegen in der Persönlichkeit gründender Verhaltens- und Reaktionsweisen und weiterer Belastungen als gewichtigeren Faktoren.

In der mündlichen Verhandlung vom 07.08.2013 hat der Senat die Sach- und Rechtslage mit den Beteiligten erörtert. Der Kläger hat ein Flugbuch zu seinem privaten Flugbewegungen vorgelegt. Hieraus ergibt sich, dass der letzte Flug am 23.05.1994 stattgefunden hat. Die letzte ausgestellte Fluglizenz für Privatluftfahrzeugführer sei bis 01.12.1996 gelaufen. Der Senat hat den Rechtsstreit mit Beschluss zur weiteren Sachverhaltsaufklärung vertagt. Auf die Niederschrift wird verwiesen.

Die E., , hat mitgeteilt, dass dort keine Unterlagen über die vorliegenden Luftfahrzeugscheine geführt werden. Das D. hat bestätigt, dass der Kläger seit 1994 in Zuständigkeit des D.es im Besitz einer Erlaubnis für Verkehrshubschrauberführer (ATPL H) gewesen sei. Die Erlaubnis sei am 06.10.2007 abgelaufen. Nach Aktenlage sei er ebenfalls im Besitz einer Erlaubnis für Privatflugzeugführer (PPL A) in Zuständigkeit des Luftamtes Südbayern war. Auf die E. ist hierzu verwiesen worden.

Der G. sowie die Stadtwerke F-Stadt (betreff F.) konnten die Anfrage des Senats zu den Eintragungen im Hauptflugbuch in den Jahren 1994 bis 2000 nicht mehr beantworten. Der Flugplatz A-Stadt hat jedoch bestätigt, dass die genannten Flugzeuge in dem Zeitraum im Besitz des Fliegerclubs A-Stadt e.V. gewesen seien. Eine Auskunft war auch nicht vom Fliegerclub A-Stadt e.V. zu erlangen; der Kläger sei in der Mitgliederliste nicht zu finden.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers hat mit Schriftsatz vom 23. September 2013 mitgeteilt, dass der letzte Flug des Klägers mit dem Sportflugzeug, dokumentiert in seinem Flugbuch, am 23.05.1995 stattgefunden habe. Er habe nie ein eigenes Flugzeug besessen.

Der Kläger beantragte,
das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 13.12.2010 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 10.08.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.10.2007 zu verpflichten, ihm eine Rente aus dem Arbeitsunfall vom 09.11.1994 nach einer MdE von mindestens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird gemäß [§ 136 Abs. 2 SGG](#) auf den Inhalt der Akte der Beklagten sowie auf die Klage- und Berufungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Aufgrund des Einverständnisses der Beteiligten konnte der Senat gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

A) Die zulässige Berufung erweist sich als unbegründet. Denn der Kläger hat keinen Anspruch auf Verletztenrente wegen des von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfalls vom 09.11.1994.

Gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Mindern die Folgen des Versicherungsfalles die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H., besteht für den Versicherungsfall gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 2](#) und 3 SGB VII Anspruch auf Rente, wenn die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert ist und die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20 erreichen. Nach [§ 56 Abs. 3 Satz 2 SGB VII](#) wird bei einer MdE Teilrente in Höhe des Vomhundertsatzes der Vollrente geleistet, der dem Grad der MdE entspricht.

Während der Gesundheitserstschaden (Gesundheitsbeeinträchtigung, Krankheit oder Tod des Versicherten), der durch ein Unfallereignis im Sinne von [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) verursacht wird (sog. haftungsbegründende Kausalität), eine den Versicherungsfall selbst begründende Tatbestandsvoraussetzung und damit keine Folge des Arbeitsunfalls ist (vgl. BSG vom 05.07.2011 - [B 2 U 17/10 R](#) - Juris RdNr. 27), ist das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (sog. haftungsausfüllende Kausalität) Voraussetzung für weitergehende Leistungsansprüche wie z.B. die Gewährung einer Verletztenrente (vgl. BSG vom 18.11.2008 - [B 2 U 27/07 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 30](#) RdNr. 10 m.w.N.).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes ist zu beachten, dass das Vorliegen eines Gesundheitserstschadens bzw. eines Gesundheitsfolgeschadens (Unfallfolgen) im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen muss, während für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitserst- bzw. -folgeschaden die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit genügt (vgl. BSG vom 02.04.2009 - [B 2 U 29/07 R](#) - Juris RdNr. 16).

Für die erforderliche Kausalität zwischen Unfallereignis und Gesundheits(erst)schaden sowie für die Kausalität zwischen

Gesundheits(erst)schaden und weiteren Gesundheitsschäden gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung (vgl. BSG vom 17.02.2009 - [B 2 U 18/07 R](#) - Juris RdNr. 12). Diese beruht auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie: Danach ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio-sine-qua-non). Als rechtserheblich werden allerdings nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs abgeleitet werden (vgl. BSG vom 17.02.2009 - [B 2 U 18/07 R](#) - Juris RdNr. 12) sowie auf Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten (vgl. BSG vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - Juris RdNr. 17). Gesichtspunkte für die Beurteilung sind neben der versicherten Ursache als solcher, einschließlich Art und Ausmaß der Einwirkung, u.a. die konkurrierende Ursache (nach Art und Ausmaß), der zeitliche Ablauf des Geschehens, das Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, Befunde und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie die gesamte Krankengeschichte (vgl. BSG vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - Juris RdNr. 16). Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Ist jedoch eine Ursache - allein oder gemeinsam mit anderen Ursachen - gegenüber anderen Ursachen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts (vgl. [BSGE 12, 242, 245](#)). Eine Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber nicht als "wesentlich" anzusehen ist, kann auch als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden (vgl. BSG vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - Juris RdNr. 15 m.w.N.).

Die Beklagte hat mit ihrem Bescheid vom 10.08.2006 das Unfallereignis vom 09.11.1994 als Arbeitsunfall anerkannt und dabei als Gesundheitserstschaden eine psychische Anspannung anerkannt. Zugleich hat sie ausgeführt, dass die beim Kläger vorliegenden Angststörungen und depressive Störung keine Folge des Arbeitsunfalls ist und damit die Zurechnung als Gesundheitserstschaden oder die Feststellung als Unfallfolge sowie den streitgegenständlichen Anspruch auf Verletztenrente abgelehnt.

Die Ablehnung einer Verletztenrente erweist sich auch als rechtmäßig.

Im Vordergrund stehen für eine mögliche Rentengewährung psychische Beeinträchtigungen, insbesondere eine PTBS. Die Beurteilung hierzu ist erschwert, weil aussagekräftige Unterlagen zu psychischen Beschwerden des Klägers nach dem Unfall 1994 fehlen und der Kläger selbst nach eigenen Angaben auch keine psychischen Beschwerden gegenüber Kollegen oder bei den regelmäßigen flugmedizinischen Untersuchungen thematisiert hat. Auffallend ist, dass der Kläger seine Angaben im Laufe des Verfahrens in wesentlichen Punkten modifiziert hat. So hatte er mehrfach angegeben, dass er im Jahr 2000 die Sportfliegerei aufgegeben hatte, so im Juli 2000 gegenüber Dr. F. und 2008 gegenüber Dr. K. ... Erst bei der letzten Begutachtung durch Prof. Dr. C. hat er nun angegeben, er sei bereits 1995 nicht mehr privat geflogen, zuletzt hat er mit Schriftsatz vom 23.09.2013 das Datum 23.05.1995 als letzten Flug angegeben. Die weiteren Ermittlungen des Senats hierzu waren nicht zielführend.

Auch die Schilderung über den Zeitpunkt des Auftretens psychischer Beschwerden, zunächst angegeben ab 2001 (vgl. Arztbrief Dr. S. vom 08.06.2006) bzw. 1998, wurde zuletzt bereits für die Zeit ab 1995 angegeben. Auszugehen ist bei der Beurteilung des Ursachenzusammenhangs aber davon, welche Anhaltspunkte ausreichend belegt bzw. hinreichend wahrscheinlich gemacht sind.

I. PTBS

Der Senat schließt sich der Einschätzung von Dr. K. an, dass die Diagnose einer PTBS nach ICD 10 (F. 43.1) oder DSM IV nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit belegt ist.

Nach F 43.1 der ICD 10 entsteht die PTBS 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. Dabei können prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte 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.

Nach DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) gelten für eine PTBS (Nr. 309.81) folgende Kriterien:

A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden diagnostischen Kriterien vorhanden waren:

1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

1. Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.
2. Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.
3. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wieder zu erleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikation auftreten)
4. Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
5. Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

1. Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
2. bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
3. Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern,
4. deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
5. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
6. eingeschränkte Bandbreite des Affektes (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden, Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder ein normal langes Leben zu haben)).

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

1. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen
2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
3. Konzentrationsschwierigkeiten
4. übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)
5. übertriebene Schreckreaktionen

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C, D) dauert länger als einen Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Nach der Leitlinie der Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Flatten, Gast, Hofmann, Knaevelsrud, Lampe, Liebermann et alii 2011 S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung; Trauma & Gewalt 3: 202-210) ist die PTBS geprägt durch:

- Sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken (Bilder, Alpträume, Flashbacks, partielle Amnesie),
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen),
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumaassoziierter Stimuli) und
- emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit),
- im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägungen (z.B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten, z.T. aggressive Verhaltensmuster)

Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z.T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (verzögerte PTBS).

Der Senat geht davon aus, dass eine Reaktion des Klägers im Sinne intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (Kriterium A 2) nach dem Beinahe-Absturz des Klägers als belegt anzusehen ist. Der Defekt des Hubschraubers mit dem Beinahe-Absturz, der nur durch das professionelle Eingreifen des Klägers verhindert werden konnte, stellt ein derartiges traumatisches Ereignis dar, wie es im Kriterium A beschrieben ist. Es lag sowohl eine situationsbedingte und nachvollziehbare Todesangst bei der Notlandung vor, als auch als Reaktion eine intensive Furcht, Hilflosigkeit oder ein Entsetzen; dem steht nicht entgegen, dass der Kläger unmittelbar nach dem Ereignis mit dem Polizeihubschrauber mitfliegen und den Unfallort besichtigen konnte, seinen Dienst am selben Tag wieder aufgenommen hat und ab dem Folgetag wieder Einsätze geflogen ist, ohne dass zunächst psychische Beschwerden bekannt wurden bzw. dokumentiert sind. Der Kläger konnte glaubhaft darlegen, dass er damit versuchte, dieses traumatische Ereignis möglichst rasch zu verarbeiten und seine berufliche Tätigkeit als Pilot nicht zu gefährden.

Der Senat kann offen lassen, ob das Kriterium B, zu sehen in aber eher unspezifischen, nicht auf den Beinahe-Unfall beschränkten Albträumen bzw. in den geschilderten vegetativen Reaktionen auf das Besteigen des Flugzeugs, gegeben ist. Insbesondere ist nämlich beim Kläger kein entsprechendes Vermeidungsverhalten (Kriterium C) mit Vermeiden von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder auch eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität festzustellen. Zwar hat der Kläger geschildert, er müsse das Programm umschalten, wenn Flugzeuge oder Hubschrauber gezeigt würden bzw. er wolle am liebsten in den Keller gehen, wenn er einen Hubschrauber höre. Andererseits hat Dr. K. überzeugend darauf hingewiesen, dass der Kläger sehr engagiert und lebhaft das Unfallereignis sowie die technischen Details schildern konnte und sich auch einen Fernsehbericht zum Flugunglück in Ramstein angesehen hat bzw. in der Lage war, sich Bilder und Aufnahmen zu dem Unfall zu besorgen. Vor diesem Hintergrund erscheint eine wesentliche Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, nicht ersichtlich. Ferner ist der Kläger bis 2005 dienstlich und immerhin noch bis 2000 privat geflogen. Dabei ging die Tätigkeit über die üblichen Einsätze als Rettungspilot hinaus, als er als Werkspilot Testflüge mit absolvierte. Dass der Kläger bereits 1995 nicht mehr privat geflogen sein soll, wie er in der letzten Begutachtung mitgeteilt hat, bzw. dass sein letzter privater Flug am 23.05.1995 stattgefunden hat, wie sich aus dem vorgelegten Flugbuch für Motorflieger ergibt, überzeugt angesichts gegenteiliger Äußerungen in vorherigen, zeitnäheren Gutachten nicht. Es ist nicht ersichtlich, warum der Kläger hier unzutreffende Angaben gemacht haben sollte. So hat der Kläger im Rahmen der Begutachtung durch Dr. K. vom 02.12.2008 (Gutachten S. 10) angegeben, dass er erst 2000 seine Privatfluglizenz zurückgegeben und seine Sportfliegerei endgültig aufgegeben hat. Auch gegenüber Prof. Dr. F. hat er laut Anamnese zum aktuellen Tagesablauf angegeben: "Die früher auch in der Freizeit wichtige Aktivität des Fliegens habe er mit Austritt aus dem Fliegerclub und Rückgabe seiner Privatfliegerlizenz im Jahr 2000 bereits aufgegeben" (Gutachten vom 13.07.2007, S. 14). Soweit im Berufungsverfahren eine frühere Beendigung der privaten Flugtätigkeiten (23.05.1995) vorgebracht wird, steht dies im Widerspruch zu den eindeutigen, mehrfach getätigten bisherigen Angaben; allein die Vorlage eines Flugbuches, bei dem die aufgezählten Flüge am 23.05.1995 enden, vermag die Angabe des Klägers nicht zu belegen, da nicht ermittelbar war, ob im Anschluss weitere Flugbücher existieren.

Dass der Kläger sich weitgehend sozial zurückgezogen hat, erscheint im Übrigen nicht zwangsläufig auf eine Traumatisierung zurückzuführen. So hatte der Kläger angegeben, dass er sich dafür schäme, nicht mehr die Familie ernähren zu können und im Dorf niemand von seiner Angst wisse. Nach späteren Schilderungen waren auch psychische Erkrankungen der Ehefrau ein Belastungsfaktor der Ehe sowie deren Schlaganfall im Jahr 2007. Der Kläger selbst hat eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Jahre 2007 auf private Probleme, insbesondere die schwere Erkrankung der damaligen Ehefrau, zurückgeführt. Von einer gewissen Besserung berichtete er 2009 und begründet dies zum einen mit dem Erfolg einer Therapie, zum anderen aber war ihm der Aufbau einer längeren Partnerschaft nach Trennung und Scheidung möglich.

Zu Recht hat Frau K. darauf hingewiesen, dass die Symptome nach Kriterium D wie Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit mit Wutausbrüchen oder Konzentrationsproblemen eher unspezifisch sind. Eine zunehmende Reizbarkeit schildert der Kläger zudem seit Aufgabe der Tätigkeit, also erst seit 2005. Wesentliche Konzentrationsprobleme vermochte Dr. K. bei ihrer Untersuchung nicht festzustellen.

Soweit Prof. Dr. F. die Kriterien für die PTBS bejaht hat, hat er das Ereignis 1994 und die ab 1998 auftretenden technischen Probleme mit Auslösung von Angst als Einheit bewertet. Der Annahme einer PTBS infolge Mehrfachtraumatisierung unter Zusammenschau des Ereignisses 1994 und der langjährigen Belastungen ab 1998 vermag der Senat nicht zu folgen. Nach den Regeln der Gesetzlichen Unfallversicherung ist zwischen Arbeitsunfällen und Berufskrankheit zu trennen; Gesundheitsstörungen sind als Unfallfolgen einem konkreten Versicherungsfall zuzuordnen. Damit ist zu prüfen, ob und ggf. welche Gesundheitsschäden durch das Ereignis vom 09.11.1994 wesentlich (mit-) verursacht wurden, insbesondere ob noch ein wesentlicher Ursachenanteil besteht, wenn in der Folgezeit weitere Ursachenbeiträge (weitere Unfälle, private Belastungen, dienstliche Anforderungen etc.) für Gesundheitsstörungen wirksam werden. Eine "berufliche Gesamtbelastung" kann außerhalb einer Berufskrankheit (dort: berufliche Einwirkungen) nicht berücksichtigt werden.

II. Reaktive psychische Störungen mit Ängsten

Der Senat schließt sich der Einschätzung von Prof. Dr. C. an, dass der Kläger lediglich in der Zeit unmittelbar nach dem Unfall reaktive psychische Störungen mit Ängsten im Sinne einer umschriebenen Phobie vor dem Fliegen von Hubschraubern (F 40.2) hatte. Diese Ängste hat der Kläger aber erfolgreich durch fortgesetzte Exposition überwunden.

III. Ausweitende psychische Gesundheitsstörungen

Dagegen sind die langjährig im Verlauf nach dem Unfall sich ausweitenden psychischen Gesundheitsstörungen, die übereinstimmend mit Dr. K. und Prof. Dr. C. am ehesten als Agoraphobie mit Panikstörung (F 40.01) und mittelgradige depressive Störung (F 34.8) zu diagnostizieren sind, nicht als Folgen des Arbeitsunfalls vom 09.11.1994 zu sehen.

Nach den vorliegenden Unterlagen und Gutachten geht der Senat davon aus, dass sich der Kläger, nachdem er sich anfänglich nach dem Unfall beim Fliegen noch unwohl fühlte, davon nach eigener Einschätzung (subjektiv) rasch erholt hat. Er hat selbst geschildert, dass er sich mit dem damaligen Hubschraubermodell BK 117 sicher gefühlt habe und der Unfall daran nichts geändert habe. Dass ihm unwohl war bzw. er Angst hatte, als er im Frühjahr 1995 einen Testflug mit einem Werkpiloten absolviert hatte, der einige extreme, im Alltag sonst nicht vorkommende Flugmanöver durchgeführt hat, spricht nicht für eine fortbestehende wesentliche psychische Beeinträchtigung beim Fliegen durch den Beinaheunfall. Unwohlsein bzw. Angst bei waghalsigen Manövern, die im Flug normalerweise nicht vorkommen, dürften auch bei einem erfahrenen Piloten eine normale und nicht zwangsläufig eine krankhafte Reaktion sein. Der Kläger schilderte in der vorangegangenen mündlichen Verhandlung, dass er grundsätzlich auch bei dem Modell BO 105, das er bis 1998 flog, "ein gutes Gefühl" hatte. Probleme gab es dann erst mit der Umstellung auf das Modell EC 135, wobei es sich um technische Probleme handelte.

In den Unterlagen des Hausarztes ist lediglich im Mai 1996 eine psychische Überlastung genannt, ohne nähere Angaben über Art oder Ausprägung und ohne dass eine psychiatrische Behandlung veranlasst wurde. Danach findet sich erst im April 1998 die Dokumentation einer nervlichen Überlastung mit psychosomatischem Herzklopfen und erst ab 2000/2001 eine erneute häufigere Nennung psychischer Belastungen bzw. psychosomatischer Beschwerden. Ferner kann aus somatischen Beschwerden wie Nierensteinleiden, Lendenwirbel- oder Halswirbelsäulensyndrom oder Gastritis nicht zwangsläufig auf psychosomatische Erkrankungen geschlossen werden, zumal entsprechende Diagnosen gesichert und Behandlungen eingeleitet wurden.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass der Kläger ohne längere Arbeitsunfähigkeitszeiten bis 04.11.2005 (ausschließlich) regelmäßig dienstlich geflogen ist und eine Aufgabe der Sportfliegerei, wie oben dargelegt, offensichtlich erst 2000 erfolgt ist.

Zwar geht der Senat in Übereinstimmung mit Prof. Dr. C. und Prof. Dr. F. davon aus, dass der Beinaheabsturz des Klägers am 09.11.1994 und die dabei auftretenden starken Vibrationen einen Ursachenbeitrag (conditio sine qua non) für das Ausmaß der psychischen Belastung gesetzt haben, die sich beim Kläger infolge der technischen Probleme ab 1998 durch Wechsel des Hubschraubermodells im Laufe der Jahre zunehmend entwickelt hat. Denn es traten verstärkt technische Probleme beim neuen Hubschraubermodell auf, insbesondere durch gehäuftem Ausfall der Dämpfer, wobei die dann auftretenden Vibrationen und Geräusche den Kläger an die Situation beim Unfall 1994 erinnern haben. Nach vorliegenden Schilderungen traten beim neuen Modell vor allem Störungen am Heckrotorenantrieb, am Hauptrotormast, an den Triebwerken und der Kraftstoffversorgung auf, so dass z.B. während des Flugs Kerosin verloren wurde und häufigere Sicherheitslandungen bei allen Piloten erforderlich waren (vgl. Bericht Dr. S.).

Vor diesem Hintergrund schließt sich der Senat der Einschätzung von Dr. K. und Prof. Dr. C. an, dass das Unfallereignis keine wesentliche (Teil-) Ursache für die sich ab 1998, vor allem 2000/2001 entwickelnden psychischen Beschwerden mit im Jahr 2005 folgender Fluguntauglichkeit war. Vielmehr war das Ereignis 1994 gegenüber den erheblichen, dauerhaften technischen Problemen und dadurch bedingten psychischen Belastungen als nachrangig anzusehen und keine wesentliche Mitursache.

Dafür spricht auch die zeitliche Entwicklung. Der Kläger selbst hatte auf Nachfrage von Dr. K. den Beginn seiner Beschwerden mit 1998 angegeben; erst ab 2000/2001 - und damit etwa zwei Jahre nach dem Wechsel des Hubschraubermodells - sind psychosomatische Beschwerden dokumentiert. Wie oben dargelegt sieht der Senat es auch als erwiesen, dass der Kläger erst im Jahre 2000 seine Privatfluglizenz zurückgegeben und seine Sportfliegerei aufgegeben hat. Die Aufgabe erfolgte im Übrigen offensichtlich wohl vor allem aus finanziellen Gründen. Ferner hat Dr. S. eine weitere Verschlechterung wegen zunehmender Probleme im Jahr 2003 mit den Dämpfern geschildert, was in Einklang stünde mit der ab 2003 nach Angaben des Klägers erfolgenden Einnahme von Johanniskraut. Letzter Auslöser für die psychische Dekompensation war dann der Absturz des Kollegen im September 2005 aus ungeklärter Ursache.

IV. Mittelgradige depressive Störung

Für die mittelgradige depressive Störung (F 34.8), die sich infolge und begleitend zur Angst- und Panikstörung beim Kläger entwickelt hat, ist der Unfall vom 09.11.1994 ebenfalls keine wesentliche Teilursache; auch insoweit schließt sich der Senat der Einschätzung von Prof. Dr.

C. und Dr. K. an.

Daher liegen über die 26. Woche nach dem Unfallereignis vom 09.11.1994 hinaus keine Unfallfolgen mehr vor, die eine MdE in rentenberechtigendem Grade bedingen könnten.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2015-02-06