

L 2 U 9/18

Land

Hamburg

Sozialgericht

LSG Hamburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen

S 40 U 218/17 WA

Datum

23.01.2018

2. Instanz

LSG Hamburg

Aktenzeichen

L 2 U 9/18

Datum

11.12.2019

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

1. Auf die Berufung des Klägers wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 23. Januar 2018 aufgehoben. Unter Abänderung des Bescheids der Beklagten vom 12. April 2007 in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 13. Mai 2008 wird festgestellt, dass eine posttraumatische Belastungsstörung weitere Folge des Arbeitsunfalls vom 10. Juli 2006 ist, und die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung über den 18. Juli 2006 hinaus bis zum 31. März 2014 zu gewähren. 2. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Rechtszügen. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit sind die Feststellung einer posttraumatischen Belastungsstörung als weitere Folge eines Arbeitsunfalles sowie die Gewährung weiterer Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung aus dessen Anlass.

Der 1970 geborene Kläger war seit 1993 als Gas- und Wasserinstallateur beschäftigt. Am 10. Juli 2006 kam es beim Montieren von Wasserleitungen oberhalb einer abgehängten Zwischendecke eines Supermarktgebäudes ohne funktionierenden Fehlerstrom-Schutzschalter zu einem Kontakt des Klägers mit dem Stromkreislauf bei einer Spannung von 230 Volt.

Der Durchgangsarzt Dipl. Med. P. vom Krankenhaus, in das der nach dem Unfall zitternde, blasse, zerstreut wirkende Kläger zum Ausschluss von Herzrhythmusstörungen per Rettungswagen gebracht worden war, gab den Unfallhergang dahingehend wieder, dass es beim Leitungsfestschrauben mit einem Schraubendreher plötzlich zu einem Zucken im Arm beim Berühren einer 220-Volt-Leitung gekommen sei. Dann habe der Kläger mit der Aluleiter gekippt, sei an der Wand ca. 1 m auf den Fußboden gerutscht und dort im Stehen aufgekommen. Er sei nicht gestürzt, und es bestehe keine Amnesie. Der Kläger wurde internistisch über Nacht beobachtet. Am 11. Juli 2006 erfolgte eine chirurgische Vorstellung, bei der der Kläger wach, orientiert, im Schneidersitz im Bett sitzend angetroffen wurde. Er klagte über diskrete Schmerzen der Halswirbelsäule (HWS) bei Muskelhartspann rechts betont und in allen Qualitäten intakten oberen Extremitäten. Stromeintrittsmarken waren ebenso wenig vorhanden wie periphere oder neurovaskuläre Störungen. Röntgenologisch konnten Frakturen ausgeschlossen werden. Die Diagnose lautete "HWS-Distorsion" und "indirekter 220 Volt-Stromkontakt". Es wurde eine Arbeitsunfähigkeitsdauer von einer Woche erwartet.

Im Zwischenbericht der Abteilung für Innere Medizin des Krankenhauses vom Tag der Entlassung aus der stationären Behandlung, dem 11. Juli 2006, wurde die Schilderung des Unfallhergangs dahingehend ergänzt, dass der Kläger nach einem Sturz aus ca. 1 m Höhe auf den Füßen und schließlich dem Gesäß aufgekommen sei. Abgesehen von dem bekannten arteriellen Hypertonus wurden internistischerseits nur Normalbefunde erhoben.

In der Unfallanzeige der damaligen Arbeitgeberin des Klägers, der Sanitärtechnik GmbH, vom 14. Juli 2006 wurden als verletzte Körperteile "Nacken und Schulter" genannt. Der Kläger habe einen Stromschlag bekommen und sei von der Leiter gestürzt.

In einem Nachschaubericht des den Kläger ambulant weiter behandelnden Durchgangsarztes Dr. A. vom 12. Juli 2006 wurde als Befund eine HWS-Zerrung nach Sturz durch Stromschlag angegeben. Nach Primärversorgung im Krankenhaus und Ausschluss knöcherner Verletzungen und kardialer Affektion würden jetzt noch starke Schmerzen im Bereich der HWS mit Ausstrahlung in beide Schultern angegeben. Periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität seien intakt. Verordnet wurde Krankengymnastik/Physikalische Therapie, die der Kläger ab 17. Juli bis zum 8. August 2006 und - nach einer weiteren Nachuntersuchung mit der Feststellung einer Besserung bei persistierenden Schmerzen in der rechten Schulter sowie nach entsprechender Verordnung durch Dr. A. - vom 15. August bis 21. September 2006 in Anspruch nahm. Arbeitsfähigkeit trat (zunächst) ab dem 19. Juli 2006 wieder ein.

Am 16. Oktober 2006 stellte sich der Kläger erneut bei Dr. A. vor und gab an, seit ca. einer Woche wieder Schmerzen in beiden Schultern, rechts mehr als links, zu haben, nachdem es zunächst zu einer Besserung gekommen gewesen sei. Es wurde bei bestehender Arbeitsfähigkeit erneut besondere Heilbehandlung eingeleitet und eine Serie Ultraschallwellentherapie verordnet, die bis zum 19. Oktober 2006 durchgeführt wurde. Danach erfolgte keine Wiedervorstellung beim Durchgangsarzt.

Unter dem 16. November 2006 äußerte ein Beratungsarzt der Beklagten sich dahingehend, dass die HWS-Distorsion bis zum 8. August 2006 behandlungsbedürftig gewesen sei, das Schulter-Arm-Syndrom sei keine Unfallfolge.

Am 29. November 2006 stellte sich der Kläger erstmalig in der Gemeinschaftspraxis für Neurologie und Psychiatrie beim behandelnden Arzt V. vor und gab an, dass er im Sommer bei einem Arbeitsunfall in einer Zwischendecke an einer Verteilerdose mit Strom in Kontakt gekommen sei, "kleben geblieben" sei und dabei Myoklonien (rasche unwillkürliche Muskelzuckungen) erlebt habe. Ein Bewusstseinsverlust sei nicht eingetreten. Er sei von einer Leiter aus ca. 2 m Höhe gestürzt. Nach Wiederaufnahme der Arbeit habe er eine Kraftminderung im rechten Arm bemerkt sowie vor allem morgens eine Taubheit des rechten Handtellers sowie der Schulter. Der Neurologe und Psychiater V. schrieb in seinem Bericht am 26. Februar 2007, dass die vom Kläger geklagten Beschwerden durchaus durch eine strominduzierte Irritation des rechten Plexus brachialis erklärt werden könnten. Zusammengefasst handele es sich nur um einen Verdacht einer Irritation des Plexus brachialis. Eine dauerhafte Schädigung sei nicht wahrscheinlich. Weiter wurde bei deutlicher Ängstlichkeit des Klägers die Diagnose des Verdachts auf eine Angststörung gestellt.

Im Dezember 2006 fragte der Kläger bei der Beklagten an, warum diese nach Auskunft von Dr. A. die berufsgenossenschaftliche Behandlung abgeschlossen habe. Die Schmerzen, die er immer noch habe, rührten eindeutig von dem Stromunfall her. Anfang Januar 2007 bat der Kläger um eine rechtsmittelfähige Entscheidung zu den anerkannten Unfallfolgen.

Am 13. März 2007 erklärte der Kläger telefonisch, dass er aufgrund psychischer Beschwerden seinen Beruf nicht mehr ausüben könne. Ab April sei er arbeitslos und strebe eine Umschulung an. Er wisse nicht, ob die Beschwerden auf das Ereignis vom 10. Juli 2006 zurückzuführen seien. Die Beklagte verblieb mit dem Kläger so, dass er mit der behandelnden Psychologin bespreche, dass sie einen Bericht schicken möge, wenn sie einen Zusammenhang mit dem Unfall sehe. Eine Behandlung der Schulter erfolge zurzeit nicht mehr.

Mit Bescheid vom 12. April 2007 erkannte die Beklagte das Ereignis vom 10. Juli 2006 als Arbeitsunfall an und stellte auf Grundlage der Diagnose einer Halswirbelsäulenzerrung bzw. -stauchung das Vorliegen unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit bis zum 18. Juli 2006 und unfallbedingter Behandlungsbedürftigkeit bis längstens zum 8. August 2006 fest. Das Schulter-Arm-Syndrom stehe nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem angeschuldigten Ereignis. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in messbarem Grade über die 26. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus bestehe nicht.

Nachdem der Kläger zunächst in mehreren Telefonaten angegeben hatte, dass er, der seit Dezember 2006 bzw. Januar 2007 arbeitslos sei, zum einen die Übernahme weiterer Behandlungen seiner vor dem Unfall nicht gekannten Schulterbeschwerden durch die Beklagte einschließlich weitergehender Diagnostik anstrebe und zum anderen seine psychische Erkrankung auf das Ereignis zurückführe, legte er am 4. Mai 2007 auch schriftlich Widerspruch ein.

Die Beklagte ermittelte medizinisch und holte Befundberichte behandelnder Ärzte des Klägers sowie Vorerkrankungsverzeichnisse von dessen – auch früheren – Krankenkassen ein, aus denen unter anderem ersichtlich wurde, dass der Kläger bereits vom 24. Oktober 1997 bis zum 17. November 1997 aufgrund eines Schulter-Arm-Syndroms arbeitsunfähig erkrankt gewesen war. Der den Kläger erst- und einmalig am 8. Mai 2007 behandelnde Neurologe Dr. M. ging von demselben Unfallhergang wie im November 2006 der Neurologe und Psychiater V. aus, beschrieb als aktuelle Beschwerden eine Minderung der Muskelkraft des rechten Arms und vor allem morgens ein Taubheitsgefühl der rechten Hand und der Schulter auf dieser Seite und diagnostizierte eine Schädigung des Typs Axonotmesis des N. radialis rechts. Neuropsychologische Störungen bestünden nicht.

In der Folge holte die Beklagte Zusammenhangsgutachten von Ärzten des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses ein. Zunächst kamen die (Unfall-) Chirurgen Dres. G. und K. sowie Prof. Dr. J. unter dem 10. Dezember 2007 zu der Einschätzung, der Kläger habe sich im Rahmen des Unfalls bereits aus biomechanischen Gründen allenfalls eine leichte HWS-Zerrung des Schweregrades I zuziehen können. Unfallnahe Verletzungsfolgen an dem rechten Schultergelenk seien ebenfalls nativradiologisch ausgeschlossen worden. Die im weiteren Verlauf nach beschwerdefreiem Intervall – nach Angaben des Klägers etwa zwei Monate nach dem Unfall – aufgetretenen Symptome stünden nicht in einem Zusammenhang mit dem Unfallereignis, diese stellten vielmehr typische Symptome eines, bei dem Kläger auch bereits 1997 festgestellten, Schulter-Arm-Syndroms dar. Unfallfolgen auf unfallchirurgischem Fachgebiet seien nicht verblieben. Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit habe für längstens vier Wochen bestanden. Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Diplom-Psychologe Dr. H. und der Facharzt für Neurologie Dr. Go. schilderten die Angaben des Klägers zur Unfall- und Krankheitsanamnese in ihrem Gutachten vom 3. März 2008 unter anderem dahingehend, dass jener bei der Wasserinstallation in einer Zwischendecke in Kontakt zu einer Verteilerdose gekommen sei und einen Schlag an der rechten Hand erhalten habe. Er sei dann mit dem Oberkörper durch eine Öffnung gefallen und habe sich noch auffangen können. Der Arm sei dabei eingeklemmt worden. Nach dem Ereignis habe er ein Ziehen im Arm verspürt. Er könne allerdings erinnern, dass der Strom durch den ganzen Körper für einige Sekunden eingewirkt habe. Er habe angefangen zu zappeln, und die Leiter sei weggefliegen. Er habe dann auf dem Rücken gelegen und habe am ganzen Körper gezittert. Daraufhin sei der Notarzt gerufen worden. Er leide weiterhin unter einem Schulter-Arm-Schmerz. Es komme noch zu Taubheitsgefühlen im Arm mit Einstrahlung in die ersten drei Finger. Manchmal fühle sich dies an wie Stromschläge. Es komme dann dazu, dass die Sachen aus der Hand fielen. Er sei zwischenzeitlich zwei Wochen auch wieder zur Arbeit gewesen. Es sei dann allerdings zu Angstzuständen gekommen. Er befinde sich jetzt in psychologischer Therapie und nehme diesbezüglich Medikamente ein. Die Gutachter erhoben sowohl neurologisch als auch psychisch im Wesentlichen unauffällige Befunde und fassten zusammen, dass wesentliche Unfallfolgen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet nicht abgrenzbar seien. Eine MdE habe nicht vorgelegen.

Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 13. Mai 2008 als unbegründet zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 10. Juni 2008 Klage beim Sozialgericht Hamburg erhoben und die Feststellung von neuronalen Schäden im rechten Schulter-Arm-Bereich und einer fortdauernden posttraumatischen Belastungsstörung als weitere Gesundheitsschäden des

Unfallereignisses vom 10. Juli 2006 sowie die Gewährung weiterer Leistungen über den 18. Juli 2006 hinaus begehrt. Die Gutachten der BG-Klinik beruhten auf einer unzutreffenden Tatsachengrundlage. So habe er Schulter-Arm-Beschwerden vor dem Unfall nicht gehabt. Insbesondere sei es falsch, dass eine psychotherapeutische Behandlung nicht in Gang gekommen sei. Tatsächlich befinde er sich seit dem 1. März 2007 wegen einer posttraumatischen Belastungsstörung in tiefenpsychologisch fundierter psychotherapeutischer Behandlung bei der Diplom-Psychologin Ha. und werde auch medikamentös therapiert. Hierzu verweist der ab dem 12. August 2008 teilstationär im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (- Klinik) behandelte Kläger auf beigelegte Stellungnahmen der Diplom-Psychologin Ha. vom 20. Mai 2008 und des Facharztes für Neurologie, Psychiatrie/Psychotherapie Dr. Do. vom 20. April 2008, wonach er seit Anfang 2007 immer wieder von Ängsten, vermehrter Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen und Flashbacks, die im Zusammenhang mit dem Unfall vom 10. Juli 2006 stünden, sowie Vermeidungsverhalten berichtet habe.

Die Beklagte hat darauf hingewiesen, dass die vom Kläger genannten Therapeuten bislang offenbar ausschließlich über die Krankenkasse abgerechnet hätten, die wiederum keinen Erstattungsanspruch bei der Beklagten angemeldet habe, sodass davon auszugehen sei, dass selbst die behandelnden Ärzte und die Krankenkasse des Klägers einen Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall nicht sähen. Im Übrigen erfolge die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung in den vom Kläger überreichten Berichten nicht nach den anerkannten Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD 10.

Das Sozialgericht hat Befundberichte eingeholt, die ehemalige Arbeitgeberin des Klägers um Auskunft gebeten und den ehemaligen Arbeitskollegen des Klägers Ro. telefonisch befragt. Letzterer hat angegeben, dass er nicht direkt Augenzeuge des Unfallereignisses gewesen sei, weil er mit dem Rücken zum Kläger gestanden habe. Als er sich umgedreht habe, habe der Kläger auf dem Boden gelegen und gezittert, er habe wohl einen Schock gehabt und sei blass gewesen. Die ehemalige Arbeitgeberin hat mitgeteilt, das Arbeitsverhältnis des Klägers sei aus gesundheitlichen Gründen beendet worden. Der Kläger sei den Anforderungen seines Arbeitsplatzes nicht mehr gewachsen gewesen. Es ist Bezug genommen worden auf ein Attest des Nervenarztes Dr. He. vom 5. Februar 2007, wonach der Kläger über einen längeren Zeitraum eine angstneurotische Störung entwickelt und eine Mitte 2006 durchgeführte Psychotherapie keinen Erfolg gebracht habe. Vielmehr habe der Kläger Anfang Januar 2007 einen Nervenzusammenbruch erlitten und sei seitdem arbeitsunfähig. Aus einem Befundbericht des Psychiaters Dr. St. vom 14. Dezember 2009 ergibt sich, dass der Kläger sich dort seit dem 8. August 2006 in ambulanter Behandlung befunden und über die Folgen zweier Unfälle geklagt habe, eines Autounfalls im Mai 2006 sowie eines Arbeitsunfalls im Juni 2006. Dr. St. habe die geklagten Beschwerden im Zusammenhang einer neurotischen Depression gesehen, die durch die Traumatisierung mobilisiert worden sei. Er habe eine Krisenintervention angeboten. Die erwünschte Stabilisierung sei damit nicht erreicht worden. Das Zentrum für Psychosoziale Medizin der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie hat in einem Entlassungsbericht nach ambulanter Behandlung am 19. Januar 2012 ausgeführt, dass sich der dort im Herbst 2008 aus der verhaltenstherapeutischen Tagesklinik entlassene und seither fortgesetzt ambulant verhaltenstherapierte, davon jedoch nicht hinreichend profitierende Kläger wegen der Verstärkung seiner Symptomatik bei Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung mit typischer Symptomatik (Intrusionen, teilweise durch spezifische Stimuli wie Firmenwagen, Baustellen etc. auslösbar, Alpträume, mindestens einmal wöchentlich jeweils mit begleitenden Vegetativreaktionen wie Schweißausbruch, Hitze-/Kälteempfinden, Herzklopfen, Angstgefühle) in der Ambulanz vorgestellt habe. Ihm sei eine erneute stationäre oder teilstationäre Behandlung in einer psychosomatischen Fachklinik und bei Bedarf stationäre Krisenintervention in einem anderen Krankenhaus empfohlen worden.

Das Gericht hat weiter Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens vom 8. März 2010 (nach Untersuchung des Klägers einschließlich Fremdanamnese bei dessen Ehefrau am 15. Februar 2010) von dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie und Sozialmedizin Dr. F. mit testpsychologischem Zusatzgutachten vom 1. März 2010 (erstellt zusammen mit Diplom-Psychologe PD Dr. B.) sowie ergänzender Stellungnahme vom 15. November 2010. Dr. F. ist zu dem Schluss gekommen, dass eine unfallunabhängige Angststörung bestehe. Ein für die Annahme einer Traumafolgestörung erforderlicher seelischer Erstschaden sei beim Kläger, bei dem eine Simulation nicht auszuschließen sei, nicht feststellbar. Die telefonischen Angaben des Zeugen Ro. widersprächen den aktenkundigen Erstangaben. Psychologische Auffälligkeiten seien auch in anderen Zusammenhängen wie insbesondere den Behandlungen der Schulterbeschwerden nicht dargelegt worden. Der Kläger habe nach einem Befundbericht des Dr. S. vom 7. Dezember 2009 bereits im Mai 2006 nach einem Black-out beim Autofahren einen Unfall erlitten und im Zusammenhang mit dieser Behandlung über verstärkte Müdigkeit und Unausgeschlafenheit seit einem halben Jahr und seit einem Jahr verstärkte Unsicherheit bzw. Ängstlichkeit vorwiegend auf der Arbeit geklagt. Außerdem sei zeitnah zu dem Ereignis vom 10. Juli 2006 bei einer MRT-Untersuchung ein Epidermoid (seltener, gutartiger und langsam wachsender Hirntumor, der je nach Lage zu verschiedenen Komplikationen und im Fall einer Ruptur zu einer Meningoenzephalitis führen kann) diagnostiziert worden, also ein anhaltender Belastungsfaktor, der zumindest wesentlich eher geeignet sei, zu einer seelischen Belastung, Besorgnis und Fehlverarbeitung von Seiten des Betroffenen zu führen als der einmalige Stromkontakt. Man werde jedoch von einem seelischen Erstschaden auszugehen haben, wenn der Kläger zitternd am Boden gelegen haben sollte mit einer entsprechenden vegetativen Reaktion wie Blässe, die die Umstehenden veranlasst habe, den Notarzt zu rufen. Mit dem Nachweis des seelischen Erstschadens sei aber der Beweis der seelischen Traumatisierung nicht geführt. Eine solche sei in der Regel dann anzunehmen, wenn jemand sich in einer lebensbedrohlichen Situation befinde, der er weder durch Angriff noch durch Flucht entgehen könne. Dies sei beim Kläger nicht der Fall gewesen. Dies wäre anders zu sehen, wenn der Kläger wirklich an der Stromquelle kleben geblieben wäre und unter Schmerzen und, indem er sich willentlich nicht davon habe befreien können, eine wenn auch womöglich nur vermeintliche Lebensgefahr realisiert hätte.

Des Weiteren hat das Sozialgericht neben der Verwaltungsakte der Beklagten Prozessakten des Sozialgerichts und des Landessozialgerichts Hamburg beigezogen. Im Klageverfahren gegen die Deutsche Rentenversicherung Nord wegen eines Anspruchs auf Rente wegen voller Erwerbsminderung (vergleichsweise angenommener Versicherungsfall am 23. September 2013 mit Rentenbeginn am 1. April 2014) sowie auf eine Rehabilitationsbehandlung (diesbezüglich Erledigung durch Rücknahme) (S 51 R 460/13, verbunden mit S 51 RA 477/11) sind zwei Gutachten von dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. La. eingeholt worden, eins im September 2013, eins im September 2016, wobei in Ersterem die Diagnose noch auf posttraumatische Belastungsstörung gelaute hat, in Letzterem bei weitgehend unverändertem Bild auf ausgeprägt ängstlich-depressive Störung nach einem mittlerweile zehn Jahre zurückliegendem Stromunfall, wobei Dr. La. kein demonstratives Verhalten hat feststellen können. Im erfolglos durch zwei Instanzen betriebenen Verfahren gegen das Versorgungsamt Hamburg auf Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB) als 40 (klageabweisendes Urteil des Sozialgerichts vom 1. Februar 2012 – S 24 SB 398/10 –, die Berufung zurückweisendes Urteil des Landessozialgerichts vom 29. September 2015 – L 3 SB 5/12) sind in den Jahren 2011 bis 2013 mehrere Gutachten und Stellungnahmen auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet eingeholt worden. Während der Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Sozialmedizin Dr. N. in psychischer Hinsicht eine generalisierte Angststörung von mäßiger Ausprägung

mit sekundärer Symptomausweitung, Selbstlimitierung und histrionisch demonstrativer Komponente diagnostiziert hat (Teil-GdB 20), hat Professor Dr. Na. vom Zentrum für psychosoziale Medizin der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie eine zumindest seit Ende 2007 ausgeprägte posttraumatische Belastungsstörung festgestellt, die den Kläger in allen Lebensbereichen nicht nur vorübergehend behindere und einen GdB von 80 bedinge. Die von Dr. N. und anderen Gutachtern gesehene angebliche Inkonsistenz von Verhaltensweisen mit Aggravierung liege nach den Beobachtungen während der lang andauernden Behandlung im - Klinik nicht vor. Das A-Kriterium einer posttraumatischen Belastungsstörung sei angesichts eines Stromunfalls des längere Zeit an der Stromquelle festhängenden Klägers mit intensiver Todesangst, Hilflosigkeit und Ohnmacht mit den entsprechenden medizinischen Reaktionen bis hin zur Behandlung auf der Intensivstation zu bejahen. Der verzögerte Verlauf der Symptomatik mit einer Latenz von einigen Monaten nach dem Trauma sei zwar nicht typisch, der individuelle Verlauf zeige aber auch verzögerte, chronische und intermittierende Formen. Ebenfalls in dieser Akte befindet sich ein Befundbericht des den Kläger seit Herbst 2005 als Hausarzt behandelnden Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. Hs. vom 4. November 2010, der für Zeiten vor dem streitgegenständlichen Arbeitsunfall u.a. erstmals am 2. Januar 2006 psychische Beschwerden mit Aggressivität beschreibe und am 20. Februar 2006 Blutdruckprobleme bei psychischer Belastung.

Nach diesbezüglicher Anhörung der Beteiligten hat das Sozialgericht die Klage mit Gerichtsbescheid vom 23. Januar 2018 als unbegründet abgewiesen. Es könne nicht festgestellt werden, dass bei dem Kläger über den 18. Juli 2006 hinaus noch Unfallfolgen vorlägen, die Arbeitsunfähigkeit oder Behandlungsbedürftigkeit oder einen weiteren Leistungsanspruch gegen die Beklagte begründeten. Der Kläger habe am 10. Juli 2006 einen Arbeitsunfall erlitten, als er bei Arbeiten an einer Wasserleitung in einer Zwischendecke gegen ein Stromkabel (220 Volt) geraten sei, hierbei einen (leichten) Stromschlag erhalten habe, dadurch mit der Leiter weggerutscht und aus ca. 1 m Höhe in den Stand bzw. auf sein Gesäß gefallen sei. Hierbei habe er sich auf orthopädischem Fachgebiet eine Stauchung der Wirbelsäule im Sinne einer Halswirbelsäulenzerrung (Distorsion) zugezogen. Diese Verletzung sei folgenlos ausgeheilt und habe unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von maximal ein bis zwei Wochen und eine physikalisch-therapeutische Behandlungsbedürftigkeit bis maximal 8. August 2006 verursacht. Dies habe die Beklagte auch zutreffend im Ausgangsbescheid anerkannt. In Bezug auf die Schulter-Arm-Beschwerden mangle es bereits an einem Gesundheitserstschaden, der diese seit 16. Oktober 2006 durchgeführte Behandlung hätte verursachen können. Der Kläger habe bereits seit 1997 an entsprechenden Beschwerden gelitten, und ein entsprechender Gesundheitserstschaden bzw. ein Unfallmechanismus, der solche Beschwerden hätte verursachen können, sei beim Unfallereignis am 10. Juli 2006 in keiner Weise dokumentiert. Insoweit folge das Gericht den Gutachtern Dr. G./K., die diese Einschätzung zutreffend vorgenommen hätten. Gesundheitsschäden auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet könnten zum Unfallereignis vom 10. Juli 2006 in einem ursächlichen Zusammenhang im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung nicht festgestellt werden. Das Gericht folge hier insbesondere den schlüssigen Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Dr. F., der in seinem Gutachten und seiner ergänzenden Stellungnahme dezidiert und nachvollziehbar dazu Stellung genommen habe. Das Gericht könne insbesondere keine posttraumatische Belastungsstörung im Unfallzusammenhang nach den Kriterien der gesetzlichen Unfallversicherung feststellen. Hierfür wäre nach den dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand bei posttraumatischen Belastungsstörungen entsprechenden Diagnose-Manualen ICD-10 und DSM-V erforderlich, dass ein objektiv "katastrophales", sehr schwerwiegendes Unfallereignis festgestellt werden könne. Mit dem einwirkenden Stromschlag mit 220 Volt liege kein "geeignetes" Ereignis vor, das eine posttraumatische Belastungsstörung hätte verursachen können. Insbesondere habe der Kläger nicht an "Starkstromkabeln" "geklebt" habe, wie dies teilweise behauptet worden sei, denn dann wären auch erhebliche Verletzungen festgestellt worden, die sich aus den ärztlichen Feststellungen gerade nicht ergäben.

Gegen diesen, seinem Prozessbevollmächtigten am 29. Januar 2018 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 23. Februar 2018 eingelegte Berufung des Klägers, mit der er noch die Feststellung einer posttraumatischen Belastungsstörung als weiteren Gesundheitsschaden des Unfallereignisses vom 10. Juli 2006 geltend macht und entsprechende Entschädigungsleistungen über den 18. Juli 2006 hinaus bis zum 31. März 2014 – dem Tag vor Beginn der Rente wegen voller Erwerbsminderung – begehrt. Das Sozialgericht habe rechtsfehlerhaft das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung verneint. Zum einen sei die Frage, ob ein Unfall als schwerwiegend anzusehen sei, sodass sich eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln könne, immer auch aus der subjektiven Sicht des Betroffenen zu beurteilen. Zum anderen werde die Schwere des Ereignisses daran deutlich, dass er nach dem Stromkontakt entsprechend den telefonischen Angaben seines ehemaligen Arbeitskollegen Ro. blass und zitternd auf dem Boden gelegen habe, sodass der Notarzt ihn wegen möglicher Herzrhythmusstörungen ins Krankenhaus eingeliefert habe. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei nicht nur in der Vergangenheit von mehreren Gutachtern und behandelnden Ärzten gestellt worden, sondern er befinde sich deswegen auch seit April 2018 durchgehend in verhaltenstherapeutischer Behandlung in der Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie (Fachärztin für Anästhesiologie C. und Psychologische Psychotherapeutin Mü., Berichte vom 5. September 2018 und 26. März 2019). Unter Vorlage einer ärztlichen Stellungnahme des Zentrums für Psychosoziale Medizin der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie vom 23. März 2010 weist der Kläger darauf hin, dass dort die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung anders als in mehreren Gutachten dargestellt sowohl auf der Befund- und Beschwerdebene (traumaspezifische Intrusionen, Vermeidungsverhalten, vegetatives Hyperarousal etc.) als auch auf der Verhaltens- und Erlebnisebene (Alpträume, anhaltende Intrusionen in den Sitzungen, ausgeprägtes Vermeidungsverhalten über den Therapieverlauf etc.) ausführlich begründet worden sei. Zum Hergang des Arbeitsunfalls selbst und der Zeit danach erklärt der Kläger, dass bei den Arbeiten in der Zwischendecke eine Verteilerdose heruntergefallen sei, er daraufhin angefangen habe zu zittern und die Leiter dadurch begonnen habe zu wackeln. Er habe sich vom Strom nicht lösen können, habe Kollegen rufen wollen, dies aber nicht gekonnt. Durch das Wackeln der Leiter sei diese dann schließlich umgefallen und dadurch habe er sich vom Strom gelöst. Nach gut einer Woche habe sein Chef ihn angerufen und gebeten, doch wieder zur Arbeit zu kommen, weil im Unternehmen viel zu tun sei. Auf Nachfragen habe sein Arzt ihm dann gesagt, ein solcher Arbeitsversuch sei in Ordnung, und habe ihn wieder arbeitsfähig geschrieben. Er habe schon nach kurzer Zeit am Arbeitsplatz zunehmende Probleme bekommen, Arbeiten nicht mehr durchführen können, sich immer Unterstützung holen müssen, habe angefangen zu schwitzen und Schlafstörungen bekommen. Dies sei dann immer schlimmer geworden, auch die aufkommenden Ängste, bis zu seinem Zusammenbruch Anfang 2007. Der Kläger räumt ein, dass die Angaben in den Befundberichten des Dr. Hs. und des Dr. S. richtig seien, dass er bereits vor dem streitgegenständlichen Arbeitsunfall psychische Probleme wegen eines Arbeitsplatzkonflikts gehabt habe. Es habe mit einem Kollegen zu tun gehabt, der als Zeitarbeiter in der Firma gewesen sei, jedoch bereits zum Zeitpunkt des Arbeitsunfalls die Firma schon wieder verlassen gehabt habe. Auch die Angaben zu einem Autounfall im Mai 2006 seien richtig, wonach er einen Black-out gehabt und einen Auffahrunfall verursacht habe.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 23. Januar 2018 aufzuheben und unter Abänderung des Bescheids der Beklagten vom 12. April 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbeseids vom 13. Mai 2008 1. festzustellen, dass eine posttraumatische

Belastungsstörung weitere Folge des Arbeitsunfalls vom 10. Juli 2006 ist, 2. die Beklagte zu verurteilen, ihm Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung über den 18. Juli 2006 hinaus bis zum 31. März 2014 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie gehe davon aus, dass der Annahme einer posttraumatischen Belastungsstörung stets eine unzutreffende Unfallschilderung zugrunde gelegt worden sei. Die entsprechenden Ärzte gingen von einem Starkstromunfall bzw. einem "Festkleben" durch Strom aus. Einen solch dramatischen Hergang habe es jedoch nicht gegeben. Gegen die Annahme eines schwerwiegenden Unfalls spreche auch, dass sich im Einsatzprotokoll des Notarztes und des damals eingesetzten Rettungswagens keine Ausfalligkeiten des Klägers fänden.

Das Gericht hat erfolglos versucht, das nicht mehr vorhandene Einsatzprotokoll des Notarztes und des damals eingesetzten Rettungswagens anzufordern. Der damals eingesetzte Notarzt, , hat angegeben, keinerlei Erinnerung an den Vorfall mehr zu haben.

Es ist eine weitere Prozessakte des Sozialgerichts Hamburg beigezogen worden betreffend ein Verfahren des Klägers gegen die Deutsche Rentenversicherung Nord wegen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (S 20 R 112/09), das mit einem angenommenen Anerkenntnis geendet und in dem die Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. Lu. im Dezember 2009 ein Sachverständigengutachten erstellt hat. Diese hat die Begutachtung als durch bewusstseinsnahe Aggravation des Klägers erschwert beschrieben, mangels typischen Vermeidungsverhaltens die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung verneint und stattdessen eine nicht näher bezeichnete Angststörung angenommen. Des Weiteren findet sich in der Akte ein Befundbericht des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. vom 7. Dezember 2009, der den Kläger erstmals im April 2006 wegen eines skelettogenen Schmerzsyndroms behandelte und im Juli 2006 wegen seit einem halben Jahr bestehender verstärkter Müdigkeit und Unausgeschlafenheit und seit einem Jahr verstärkter Unsicherheit (Ängstlichkeit) vorwiegend auf der Arbeit. Die Diagnostik habe als Zufallsbefund ein kleines Epidermoid unterhalb des Kleinhirnbrückenwinkels rechts ergeben, hinsichtlich der unklaren Synkope gebe es keinen Anhalt für ein epileptisches Ereignis. Im Januar 2007 habe der Kläger eine persistierende Gefühlsstörung der rechten Hand und Schulter nach einer Stromschlagverletzung des rechten Armes im Sommer 2006 im Rahmen eines Arbeitsunfalls angegeben.

Das Gericht hat weiter Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens von der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Dr. Md., die nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 4. April 2019 einschließlich Testdiagnostik unter dem 22. Mai 2019 zwar einräumt, dass es nach klinischer Erfahrung zum einen sehr ungewöhnlich sei, wenn eine Person nach einem maximal mittelschweren Monotrauma einerseits eine schwere und chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung entwickle und andererseits diese trotz zahlreicher und zeitlich ausreichender traumaspezifischer Behandlungen nicht überwinden könne. Dennoch ist die Sachverständige unter Berücksichtigung individueller Faktoren wie eines psychischen Vorschadens zu der Einschätzung gelangt, dass bei dem Kläger seit dem Unfall vom 10. Juli 2006 eine posttraumatische Belastungsstörung, eine depressive Episode und ein schädlicher Alkoholkonsum vorlägen, wobei der Unfall aller Wahrscheinlichkeit nach als alleinige Ursache der posttraumatischen Belastungsstörung anzusehen sei und im Verhältnis zu anderen Ursachen (frühere belastende Erfahrungen in der Biografie, Arbeitsplatzkonflikte, Autounfall vor dem Stromunfall) annähernd gleichwertig die vorbestehende depressiv-ängstliche Prädisposition in eine mittelgradige depressive Episode bewirkt habe. Der zuvor bestehende, nach Angaben des Klägers seit einigen Wochen nicht mehr betriebene Alkoholabusus sei durch den Unfall verschlimmert worden. Es lägen stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit vor, die einen GdB von 40 rechtfertigten, einen höheren aufgrund der zwar reduzierten und überwiegend auf die Familie bezogenen, aber dennoch in seinen Grundzügen intakten sozialen Funktionen hingegen nicht. Auch sei die Tagesgestaltung zwar reduziert und auf den engeren Familienkreis bezogen, jedoch noch ausreichend strukturiert und nicht aufgehoben. Seit dem Unfall sei keine wesentliche Änderung im Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit bedingenden Gesundheitszustand des Klägers eingetreten. Entgegen den Ausführungen der Sachverständigen Dr. F., Dr. Lu. und Dr. N. lägen alle Diagnosekriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung vor. Auch unabhängig von der maßgeblichen subjektiven Bedeutung des Ereignisses, handle es sich bei dem Stromunfall auch objektiv um ein potentiell lebensbedrohliches Ereignis, selbst wenn der Kläger weder mit Starkstrom gearbeitet noch an den Kabeln geklebt habe. Der Kläger berichte über häufige Flash-backs der Unfallsituation, auch in Form nächtlicher Alpträume und häufiger Auslösung dieser traumaspezifischen Ängste (Träger), wenn er ähnlichen Situationen ausgesetzt sei. Am ausgeprägtesten sei bei der bestehenden Symptomatik ein inzwischen generalisiertes und chronifiziertes Vermeidungsverhalten. So vermeide der Kläger Baustellen, alles was mit Elektrogeräten oder Strom in Zusammenhang stehe (Lichtschalter, Rasenmäher). Er sei teilweise oder vollständig unfähig, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern, klage über Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz und erhöhte Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit und Wutausbrüche. Alle Kriterien seien in einem zeitlichen Zusammenhang nach dem Unfall aufgetreten und vorher nicht vorhanden gewesen. Ein verspätetes Eintreten der Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung mehrere Monate nach dem traumatischen Ereignis sei nicht ungewöhnlich, sondern sehr häufig, oft bestünden jahrelange Latenzzeiten. Dies werde in der wissenschaftlichen Fachliteratur als "Late onset PTSD" bezeichnet. Die von einzelnen Gutachtern behauptete Tendenz des Klägers zur Aggravation mit demonstrativen, histrionischen und manipulativen Anteilen, die willensnah gesteuert würden, könne zwar durchaus nachvollzogen werden, zumal der Kläger auch in ihrer Untersuchungssituation ein auffällig theatralisches, dramatisierendes und beschwerdeverdeutlichendes Verhalten gezeigt habe. Allerdings sei dies Ausdruck einer bereits zuvor bestehenden histrionischen Persönlichkeitsstörung, welche durch ein theatralisch anmutendes Verhalten gekennzeichnet sei. Es beschreibe also mehr die vorhandene Komorbidität des Klägers als eine willensgesteuerte manipulative Absicht.

Hierzu hat die Beklagte unter Bezugnahme auf eine beratungsärztliche Stellungnahme des Facharztes für Nervenheilkunde, Physikalische und Rehabilitative Medizin, spezielle Schmerztherapie Dr. Dr. W. vom 16. Juni 2019 (und später auch noch vom 29. Oktober 2019) dahingehend Stellung genommen, dass eine posttraumatische Belastungsstörung nicht diagnostiziert werden könne, weil das A-Kriterium nicht nachgewiesen sei. Die Sachverständige habe sich nicht hinreichend mit den Vorgaben des Gerichts in der Beweisanordnung zu dem zugrundezulegenden Sachverhalt auseinandergesetzt, wonach nicht davon ausgegangen werden könne, dass der Kläger längeren Kontakt zum Strom gehabt und während des Stromkontakts auch Todesangst erlebt habe. Damit sei gerade nicht von einem außergewöhnlichen Schweregrad des Ereignisses vom 10. Juli 2006 auszugehen. Ein lebens- oder existenzbedrohliches Geschehen lasse sich schon in Bezug auf die körperliche Verletzungsschwere nicht nachvollziehen. Darüber hinaus habe die Sachverständige die bereits vor dem Ereignis bestehende ängstliche-depressive Störung mit Alkoholabusus nicht hinreichend gewichtet und sei nicht schlüssig auf die Problematik

Verdeutlichung/Aggravation in Bezug auf die tatsächliche Authentizität des seelischen Störungsbildes bei dem Kläger eingegangen.

Die Sachverständige Dr. Dr. Md. hat in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 25. September 2019 an ihrer Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung festgehalten. Trotz erheblicher Vorschäden und negativ wirksamer Nachschäden sei das erlebte Unfallereignis dennoch im Sinne einer *conditio sine qua non* für die Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung verantwortlich. Das Traumakriterium A sei nicht ausschließlich durch das Vorliegen von objektiven Kriterien als Beleg für die Schwere des Ereignisses gekennzeichnet, sondern zusätzlich auch durch subjektive Kriterien, welche sich nicht objektivieren ließen wie z.B. Todesängste, Gefühle der Ohnmacht, Unvorhersehbarkeit. Der Kläger sei glaubwürdig in seiner Behauptung, dass der Stromunfall in ihm Todesängste hervorgerufen habe und er sich von diesem außerordentlich in seinem Leben bedroht gefühlt habe.

Der erkennende Senat hat durch Beschluss vom 19. April 2018 die Berufung dem Berichterstatter übertragen, der zusammen mit den ehrenamtlichen Richtern entscheidet (§ 153 Abs. 5 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG)). Am 10. Oktober 2018 und 11. Dezember 2019 ist in der Sache mündlich verhandelt worden, wobei in dem Termin am 10. Oktober 2018 Beweis erhoben worden ist durch Einvernahme des Zeugen Ro. zu den Umständen des Arbeitsunfalls des Klägers vom 10. Juli 2006 und in dem Termin am 11. Dezember 2019 durch Einvernahme der Sachverständigen Dr. Dr. Md. zur Erläuterung ihres Gutachtens vom 22. Mai 2019. Der Zeuge Ro. hat u.a. Folgendes ausgesagt: Wir standen auf Leitern und hatten den Kopf über der Zwischendecke. Die Füße waren vielleicht in 1,80 m Höhe. Ich stand mit dem Rücken zum Kläger. Plötzlich hörte ich ein lautes Scheppern und, als ich mich umdrehte, sah ich den Kläger zitternd auf dem Boden liegen. Er war blass. Auf meine Frage, was passiert sei, antwortete er, er habe einen Stromschlag gekriegt. Er ist dann aufgestanden, war jedoch irgendwie durch den Wind. Er wirkte zerstreut. Kurz danach kam der Hausmeister vorbei – warum, weiß ich nicht mehr – und regte sofort an, einen Notarzt zu holen, was dann auch geschah. Der war dann sehr schnell da, nach etwa fünf bis zehn Minuten, würde ich schätzen. In der Zeit bin ich beim Kläger geblieben, der sich wohl irgendwo hingesetzt hatte. Ich habe auf ihn eingeredet bzw. wir haben uns ein bisschen unterhalten und er wirkte weiter irgendwie zerstreut. Nachdem der Notarzt dann da war, wurde der Kläger zur Kontrolle für 24 Stunden zum Ausschluss von Herzrhythmusstörungen mitgenommen. In der Zeit nach dem Arbeitsunfall habe ich den Kläger zunächst manchmal morgens kurz gesehen. Das nächste Mal, dass wir wieder zusammen einen Arbeitseinsatz hatten, war etwa drei bis vier Wochen später. Eine Veränderung gegenüber der Zeit vor dem Unfall ist mir beim Kläger nicht aufgefallen. Bei unserem gemeinsamen Einsatz, der dann auch der letzte war, sagte er jedoch zu mir, er könne mit der Maschine, mit der er Stemmarbeiten machen sollte, nicht arbeiten.

Die Sachverständige Dr. Dr. Md. hat u.a. ausgeführt, dass sie bei ihrer Untersuchung die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung beim Kläger festgestellt habe. Zum strittigen A-Kriterium erklärt sie, dass sie dieses für gegeben halte, obwohl sie von der "leichteren" Variante ausgegangen sei, dass der Kläger nicht an der Leitung geklebt habe. Sie habe also einen "mittelschweren" Unfall zu Grunde gelegt. Wesentlich sei jedoch das subjektive Erleben. Der Kläger habe ihr glaubhaft das Erleben von Todesängsten, Ohnmacht und Ausgeliefertsein geschildert. Dabei spiele es keine Rolle, ob dies während des Stromkontakts oder unmittelbar danach erlebt worden sei. Allein entscheidend sei ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang mit dem Ereignis. Schwierig bei der Beurteilung des vorliegenden Falls sei auch der untypische Verlauf. Eigentlich träten Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung typischerweise vier bis sechs Wochen nach dem Ereignis auf und klängen danach unter Therapie wieder ab. Bei dem Kläger habe jedoch eine besondere psychische Reagibilität vorgelegen angesichts seiner psychischen Vorerkrankungen, wahrscheinlich einer depressiven Erkrankung, auf jeden Fall einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit histrionischen Anteilen und auch einem Alkoholabusus. Darüber hinaus spielten andere belastende Faktoren eine wesentliche Rolle, die zum Teil vor dem Unfall vorgelegen hätten, zum Teil erst danach. Die histrionische Persönlichkeitsstörung führe auch zu einer besonderen Darstellungsweise, die durchaus geeignet sei, den Eindruck einer Aggravation oder Simulation zu hinterlassen, der jedoch im Fall des Klägers falsch sei. Typisch für Traumafolgestörungen seien auch Erinnerungslücken und Erinnerungsveränderungen im Laufe der Jahre. Gefragt danach, ob es hier nicht zu einem Verschieben der Wesensgrundlage im Laufe all der Jahre gekommen sein könnte bzw. müsse, erklärt die Sachverständige, dass dies nicht der Fall sei. Die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung liege nach wie vor vor, sodass die entsprechende Diagnose zu stellen sei. Es handle sich um keine akute, sondern eine chronische Erkrankung. Eine solche könne durchaus auch einen jahrzehntelangen Verlauf nehmen, zumal hier auch noch parallel andere Störungen vorlägen. Gefragt nach einer Erklärung dafür, dass einige behandelnde oder begutachtende Ärzte keinerlei Befunde im Hinblick auf eine mögliche posttraumatische Belastungsstörung wahrgenommen hätten, erklärt die Sachverständige, dass dies darauf beruhen dürfte, dass die jeweiligen Ärzte ihre Konzentration auf die in ihrem Zusammenhang vorgetragenen Beschwerden gelegt haben dürften. Im Fall des Klägers habe der Fokus auf einer posttraumatischen Belastungsstörung erst seit dem Jahr 2007 gelegen. Auch wenn gerade bei einer posttraumatischen Belastungsstörung mit untypischem Verlauf Erkrankten typischerweise die Symptomatik fluktuere, auch mehrere Anläufe zur Kompensation unternommen würden und auch Besserungen einträten, gehe die Sachverständige davon aus, dass seit dem ersten Eintritt der Arbeitsfähigkeit des Klägers am 19. Juli 2006 durchgehend eine MdE um 40 v.H. vorgelegen habe. Auf Frage der Vertreterin der Beklagten, wie es sein könne, dass bereits eine Woche nach dem Unfall eine MdE um 40 von 100 angenommen werde, obwohl der Kläger noch ein Jahr später in der Verwaltung vorgesprochen habe mit alleinigem Fokus auf die Schulterproblematik, erklärt die Sachverständige, dass die bereits zuvor geschilderte fluktuierende Symptomatik die Erklärung dafür sein dürfte. Bei einer posttraumatischen Belastungsstörung trete auch eine Symptomatik auf, die vielfach nicht ohne weiteres offensichtlich für Außenstehende sei. Darüber hinaus sei ein Verschieben der Selbstwahrnehmung auf die somatische Ebene nicht ungewöhnlich. Auf die Frage der Beklagtenvertreterin, ob es ohne vorhandene Todesangst keine Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung geben könne, erklärt die Sachverständige, dass dem nicht so sei. Auch ohne Todesangst könne eine solche Diagnose gestellt werden, wenn ein Ereignis mit subjektivem Erleben von Hilflosigkeit und Ohnmacht verbunden sei. Ein solches sei vorliegend konsistent beschrieben worden.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird Bezug genommen auf die Sitzungsniederschriften, die ausweislich derer beigezogenen Akten, die vorbereitenden Schriftsätze der Beteiligten sowie den weiteren Inhalt der Prozessakte.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte (§§ 105 Abs. 2 Satz 1, 143, 144 SGG) und auch im Übrigen zulässige, insbesondere form- und fristgerecht (§§ 105 Abs. 2 Satz 1, 151 SGG) eingelegte Berufung ist begründet. Das Sozialgericht hat die zulässige Anfechtungs-, Feststellungs- und Leistungsklage zu Unrecht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 12. April 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbeseids vom 13. Mai 2008 ist im tenorierten Umfang rechtswidrig und verletzt den Kläger insoweit in dessen Rechten. Der Kläger hat aus Anlass des Arbeitsunfalls vom 10. Juli 2006 einen Anspruch gegen die Beklagte auf Feststellung einer posttraumatischen Belastungsstörung als weitere Folge sowie auf Gewährung von Entschädigungsleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung über den 18. Juli 2006 und auf Behandlungsleistungen über

den 8. August 2006 hinaus.

Nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1](#) des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind nach [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Ein Arbeitsunfall setzt daher voraus, dass der Verletzte durch eine Verrichtung vor dem fraglichen Unfallereignis den gesetzlichen Tatbestand einer versicherten Tätigkeit erfüllt hat und deshalb "Versicherter" ist. Die Verrichtung muss ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis und dadurch einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten objektiv und rechtlich wesentlich verursacht haben (Unfallkausalität und haftungsbegründende Kausalität; st.Rspr., vgl. nur Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 4. Dezember 2014 – [B 2 U 10/13 R](#), [BSGE 118, 1](#), m.w.N.); das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls, sondern – vor allem – für die Gewährung einer Verletztenrente (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#), [BSGE 96, 196](#), m.w.N.). Die Kausalitätsbeurteilung hinsichtlich zunächst klar zu definierender Gesundheitsstörungen hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen, ob also die behauptete Ursache-Wirkungs-Beziehung durch wissenschaftliche Erkenntnisse untermauert plausibel ist. Die Feststellung des jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes hat durch Sachverständigengutachten zu erfolgen, wobei Ausgangsbasis Fachbücher und Standardwerke insbesondere zur Begutachtung im jeweiligen Bereich sein müssen (zum Beispiel Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit) sowie die jeweiligen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und ggf. andere aktuelle Veröffentlichungen, dies jeweils unter kritischer Würdigung, zumal ein Teil der Autoren aktive oder ehemalige Bedienstete von Versicherungsträgern sind oder diesen in anderer Weise nahe stehen. Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang positiv festgestellt werden muss, es im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel gibt, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexen Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#), a.a.O., m.w.N.).

Ausgehend von diesen Grundsätzen ist der erkennende Senat davon überzeugt, dass das streitgegenständliche Ereignis vom 10. Juli 2006 auch wesentliche Ursache für eine durch das Ereignis vom 10. Juli 2006 hervorgerufene posttraumatische Belastungsstörung des Klägers ist. Diese liegt im Vollbeweis vor.

Zur Anerkennung einer psychischen Störung als Unfallfolge ist eine exakte Diagnose der Krankheit nach einem der international anerkannten Diagnosesysteme (zum Beispiel ICD-10, DSM) unter Verwendung der dortigen Schlüssel und Bezeichnungen erforderlich, damit die Feststellung nachvollziehbar ist (BSG, Urteil vom 29. November 2011 – [B 2 U 23/10 R](#), [NZS 2012, 390](#)).

Nach dem (noch aktuellen) ICD-10 (F 43.1) setzt die Feststellung einer PTBS 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, voraus (A-Kriterium). Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z. B. 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 (B-Kriterium). 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 (C-Kriterium: Vermeidungsverhalten). Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf (D-Kriterium). Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung über.

Nach dem im Jahr 2013 veröffentlichten neuesten Diagnosesystem der amerikanischen Fachgesellschaften, dem DSM-V, das als aktueller Stand der Wissenschaft den DSM-IV ersetzt, ist im Vergleich zum DSM-IV das subjektive Element der Bedrohung weggefallen. Nach dem DSM-V müssen erfüllt sein: A. Traumatisches Ereignis: Die Person war mit einem der folgenden Ereignisse konfrontiert: Tod, tödlicher Bedrohung, schwerer Verletzung, angedrohter schwerer Verletzung, sexueller Gewalt, angedrohter sexueller Gewalt. B. Wiedererleben: Das traumatische Ereignis wird wiederkehrend wiedererlebt, und zwar in einer der nachfolgenden Weisen (mindestens eine): - wiederkehrende, unfreiwillige und eindringliche belastende Erinnerungen - traumatische Alpträume - dissoziative Reaktionen (z. B. Flashbacks), in Dauer variierend von einer kurzen Episode bis zum Verlust des Bewusstseins - intensiver oder langanhaltender Stress, nachdem die Person an das traumatische Erlebnis erinnert wurde - markante physiologische Reaktion, nachdem die Personen einem Reiz ausgesetzt war, der einen Bezug zum traumatischen Erlebnis hat. C. Vermeiden: Anhaltendes starkes Vermeidungsverhalten von traumaassoziierten Reizen nach dem traumatischen Erlebnis (mindestens eines): Traumaassoziierte Gedanken oder Gefühle oder traumaassoziierte externer Reize (z. B. Menschen, Orte, Unterhaltungen, Tätigkeiten, Objekte oder Situationen). D. Negative Veränderungen von Gedanken und Stimmung: Die negativen Veränderungen von Gedanken und Stimmung begannen oder verschlechterten sich nach dem traumatischen Erlebnis (mindestens zwei): - Unfähigkeit, sich an wichtige Merkmale des traumatischen Erlebnisses zu erinnern (normalerweise dissoziative Amnesie) - andauernde (und oft verzerrte) negative Annahmen von sich selbst oder der Welt (z. B. "Ich bin schlecht", "Die ganze Welt ist gefährlich") - andauernde verzerrte Vorwürfe gegen sich selbst oder gegen andere, am traumatischen Erlebnis oder seinen negativen Folgen schuld zu sein - andauernde negative traumaassoziierte Emotionen (z. B. Angst, Wut, Schuld oder Scham) - markant vermindertes Interesse an wichtigen (nicht traumaassoziierten) Tätigkeiten - das Gefühl, anderen fremd zu sein (z. B. Distanziertheit oder Entfremdung) - eingeschränkter Affekt: andauernde Unfähigkeit, positive Emotionen zu empfinden. E. Veränderung in Erregung und Reaktionsfähigkeit: Traumaassoziierte Veränderungen in Erregung und Reaktionsfähigkeit, die nach dem traumatischen Erlebnis begonnen oder sich danach verschlechtert haben (mindestens zwei): - gereiztes oder aggressives Verhalten - selbstverletzendes oder leichtfertiges Verhalten - erhöhte Vigilanz - übermäßige Schreckreaktion - Konzentrationsschwierigkeiten - Schlafstörungen.

Unter Zugrundelegung der Vielzahl der in verschiedenen Rechtsstreiten eingeholten Sachverständigengutachten sowie der Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte besteht für den Senat zunächst kein Zweifel daran, dass die Kriterien B bis D bzw. E beim Kläger spätestens seit dem "Zusammenbruch" Anfang 2007 vorliegen. Insbesondere die den Kläger über einen langen Zeitraum behandelnden Ärzte einschließlich Professor Dr. Na., die Diplom-Psychologin Ha., der Neurologe und Psychiater Dr. Do., die Therapeutinnen der Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie sowie zweimal im Abstand von drei Jahren Dr. La. und zuletzt Dr. Dr. Md. schildern detailliert die typische Symptomatik mit traumaassoziierten Intrusionen und begleitenden, nicht nur berichteten, sondern in der Untersuchungssituation reproduzierbaren Vegetativreaktionen wie Hyperarousal. Soweit die Ärzte für die Befundung auf Schilderungen des Klägers angewiesen sind, legen die vorgenannten schlüssig dar, dass der Kläger trotz seiner persönlichkeitsbedingt teilweise theatralischen Darstellungsweise glaubwürdig ist und angesichts begleitender Vegetativreaktionen und der Konsistenz in Untersuchungssituationen über viele Jahre eine Simulation auszuschließen ist. Gleichzeitig erklären diese Ärztinnen und Ärzte nachvollziehbar, dass die Sachverständigen, die von einer Simulation oder zumindest starken Aggravation des Klägers ausgehen, so insbesondere Dr. F., Dr. Lu. und Dr. N., die Persönlichkeitsstörung mit vor allem histrionischen Zügen nicht hinreichend beachtet haben. Unterstützt wird diese Auffassung durch die testpsychologischen Ergebnisse. Dass der Kläger möglicherweise in der einen oder anderen Untersuchungssituation mit seiner Darstellung teilweise von früheren abweicht und seine Beschwerden akzentuiert darstellt, ändert nichts an dem mit ausreichender Sicherheit feststellbaren Kern. Und dieses Verhalten ist zum einen mit seiner Persönlichkeitsstörung und zum anderen mit dem Erleben langjähriger Rechtsstreitigkeiten mit einer Vielzahl ärztlicher Untersuchungen und Begutachtungen und dem teilweise erlebten Gefühl, man glaube ihm nicht, zu erklären. Die Schilderungen des Klägers zum Vermeidungsverhalten werden auch bestätigt durch die Aussage des Zeugen Ro. und letztlich durch die Beendigung des Arbeitsverhältnisses als Sanitärtechniker. Dass der Kläger mal mehr, mal weniger in der Lage ist, in Begutachtungssituationen den Unfallhergang zu schildern, spricht nicht gegen das Vorliegen des Kriteriums Vermeidungsverhalten, wie insbesondere Professor Dr. Na. nachvollziehbar ausgeführt hat. Denn sachliche Angaben in einer geschützten Umgebung können auch bei einer Traumafolgestörung möglich sein.

Dass gerade in den ersten Monaten nach dem streitgegenständlichen Ereignis ärztliche Untersuchungen stattfanden, in denen keine auffälligen psychischen Befunde erhoben wurden, dürfte mit der Sachverständigen Dr. Dr. Md. vor allem darauf zurückzuführen sein, dass zunächst die somatischen Beschwerden im Vordergrund der Untersuchungen standen. Darüber hinaus ist das – auch stärker – verzögerte Auftreten der Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung schon definitionsgemäß nicht ungewöhnlich. Schließlich ergibt sich aus erst im späteren Verlauf des Verfahrens beigezogenen und deshalb auch einigen Sachverständigen nicht bekannten Berichten, dass trotz einer anderen Fokussierung durchaus in den ersten Monaten nach dem Ereignis auffällige psychische Befunde erhoben wurden. So nahm Dr. St. bereits Anfang August 2006 eine durch die Traumatisierung mobilisierte neurotische Depression an und der Neurologe und Psychiater V. äußerte im November 2006 den Verdacht auf eine Angststörung. Schließlich wurde der Kläger ab Anfang 2007 nach seinem "Zusammenbruch" von Dr. Do. und der Psychologin Ha. unter der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung behandelt. Soweit in der Folgezeit auch ärztliche Befunderhebungen erfolgten, in denen keine oder kaum psychische Auffälligkeiten festgehalten wurden, findet dies eine schlüssige Erklärung in dem insbesondere von Dr. Dr. Md. geschilderten typischen fluktuierenden Verlauf der Erkrankung gerade bei psychisch vorgeschädigten Betroffenen, wobei der Hinweis der "klägerkritischen" Sachverständigen auf ein scheinbar unauffälliges Verhalten während der stationären Behandlung in der Chirurgie schon deshalb ins Leere geht, weil Professor Dr. Na. eindrücklich geschildert hat, dass der Kläger auch in dieser Zeit ständig im Kontakt zur psychiatrischen Abteilung war.

Der Senat ist darüber hinaus davon überzeugt, dass auch das A-Kriterium für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nach den beiden einschlägigen Diagnosesystemen erfüllt ist.

Auch wenn die zeitnächsten Unfallschilderungen auf den ersten Blick relativ "undramatisch" klingen und auch zuletzt Dr. Dr. Md. das Ereignis als objektiv "mittelschwer" einordnet, ist doch zu konstatieren, dass ein Stromschlag bei einer Spannung von 230 V – gerade bei nicht funktionierendem Fehlerstrom-Schutzschalter – ein lebensbedrohliches Ereignis darstellt, und unabhängig davon, dass der subjektive Eindruck auf den Kläger so immens war, dass es zu einem psychischen Erstschaden gekommen ist. In der Zusammenschau aller Indizien ist davon auszugehen, dass der Kläger nicht nur eine "gewischt" bekam und dann von der Leiter abstieg, wie es zuweilen im Laufe des Verfahrens dargestellt worden ist. Es ergibt sich vielmehr das stimmige Gesamtbild, dass ein nicht nur kurzer Stromkontakt stattfand, als die Verteilerdose auf den Arm des auf der Leiter stehenden und oberhalb der Zwischendecke arbeitenden Klägers fiel, sondern dass es während eines längeren Stromkontakts zu Muskelzuckungen des Klägers kam, die letztlich dazu führten dass die Leiter umfiel und der Kläger sich dann auf dem Boden wiederfand. Hierfür spricht in Kenntnis der späteren Schilderungen bereits die vom Durchgangsarzt, der den Fokus auf möglichen organischen Schädigungen hatte, sehr knapp gehaltene Unfallschilderung, in der auch bereits von einem Kippen der Aluleiter die Rede war. Weiter spricht dafür die heftige Reaktion des Klägers, der blass war, zitterte und – wie es der Zeuge Ro. schilderte – "irgendwie durch den Wind" war. Dieser vom Zeugen Ro. telefonisch gegenüber dem Vorsitzenden der Kammer des Sozialgerichts und glaubhaft gegenüber dem erkennenden Senat geschilderte Umstand belegt das Vorliegen eines psychischen Erstschadens im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Stromunfall. Dies sieht selbst der vom Sozialgericht gehörte Sachverständige Dr. F. so, der dem nur nicht weiter nachgegangen ist, weil er aufgrund eigener, ihm nicht zustehender Beweiswürdigung die damals nur bekannte telefonische Angabe des Zeugen Ro. als mit den aktenkundigen Erstangaben nicht kompatibel beiseite ließ. Hinzu kommt, dass Erinnerungslücken und Verdrängungsmechanismen nach den Ausführungen insbesondere der Sachverständigen Dr. Dr. Md. bei einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht ungewöhnlich sind. Des Weiteren ist bei Zugrundelegung des vorgenannten Sachverhalts davon auszugehen, dass der Kläger schon während des Stromkontakts, auf jeden Fall unmittelbar danach Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühle und eine außergewöhnliche Bedrohung seines Lebens erlebte, zumal seine heftige Reaktion die Umstehenden veranlasste, den Notarzt zu holen, der sich wiederum veranlasst sah, den Kläger mit dem Rettungstransportwagen zur Überwachung ins Krankenhaus zu bringen, wo er auch sofort auf der Intensivstation aufgenommen wurde. Damit ist eine seelische Traumatisierung zur Überzeugung des Senats nachgewiesen, sodass sämtliche Kriterien für das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung vorliegen, woran schon die Ausführungen insbesondere von Professor Dr. Na., Dr. La., Dr. Dr. Md., der Psychologin Ha. und den Therapeutinnen der Praxis Schmerztherapie keinen Zweifel lassen, die hierin letztlich auch durch die Ausführungen des lediglich aufgrund eines anderen angenommenen Sachverhalts zu einem anderen Ergebnis kommenden Dr. F. bestätigt werden.

Ebenso bestehen aufgrund des unmittelbaren zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhangs mit dem Ereignis und der erst später in ihrer Deutlichkeit auftretenden ereignisassoziierten Symptomatik keine Zweifel an der wesentlichen Ursächlichkeit des Stromunfalls für das Auftreten der posttraumatischen Belastungsstörung. Die vorbestehenden Erkrankungen in psychischer Hinsicht haben als prädisponierende Faktoren die Entwicklung der Erkrankung begünstigt, sind jedoch allein nicht ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären, zumal

die aufgrund eines Arbeitsplatzkonflikts für die Vergangenheit beschriebene Ängstlichkeit des Klägers aufgrund des Weggangs des betreffenden Leiharbeitnehmers beseitigt gewesen sein dürfte. Gleiches gilt für die nach dem Unfall auftretenden Faktoren wie die zufällige Entdeckung eines Epidermoids sowie die Belastung durch langanhaltende Rechtsstreitigkeiten. Die spezifisch traumabezogene Symptomatik mit entsprechenden Flashbacks, Alpträumen und Vermeidungsverhalten hat über Jahre angehalten und sich chronifiziert, was zwar untypisch, aber andererseits auch nicht außergewöhnlich ist.

Nach alledem ist das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung als weitere Unfallfolge festzustellen. Die Beklagte wird aufgrund dessen Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung (insbesondere Verletztengeld für Zeiträume der unfallfolgenbedingten Arbeitsunfähigkeit ohne Entgeltfortzahlung und Verletztenrente nach Beendigung der Verletztengeldzahlung bei Vorliegen einer MdE um mindestens 20 v.H. sowie Krankenbehandlung) über den 18. Juli 2006 hinaus – Krankenbehandlung über den 8. August 2006 hinaus – zu erbringen haben, wobei nach den insoweit schlüssigen Ausführungen der Sachverständigen Dr. Dr. Md., die diesbezüglich in Übereinstimmung stehen mit den in der unfallversicherungsrechtlichen Standardliteratur genannten MdE-Erfahrungswerten (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 169 bis 172, Anmerkung 5.1.16) von einer MdE um 40 v.H. jedenfalls zum Zeitpunkt ihrer Untersuchung auszugehen ist.

Der Senat muss angesichts des inhaltlich und zeitlich beschränkten Antrags nicht darüber befinden, ob eine wesentlich ursächlich auf den streitgegenständlichen Arbeitsunfall zurückzuführende posttraumatische Belastungsstörung mit den daraus resultierenden Leistungsansprüchen auch noch über den 31. März 2014 hinaus vorliegt oder ob eine Verschiebung der Wesensgrundlage eingetreten ist (vgl. zum Begriff: Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 154 Anm. 5.1.3 m.w.N.). Ebenso kann offenbleiben, ob der Sachverständigen Dr. Dr. Md. auch in ihrer Einschätzung gefolgt werden kann, dass bereits mit erstmaligem Wiedereintritt von Arbeitsfähigkeit am 19. Juli 2006 eine MdE um 40 v.H. mit entsprechendem Rentenanspruch bestand oder nicht erst nach Ende der mit dem zu dauernder Arbeitsunfähigkeit führenden "Zusammenbruch" Anfang 2007 einsetzenden Verletztengeldzahlung.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Rechtsstreits.

Gründe für eine Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2020-02-21