

**Zur Ablehnung der Anerkennung einer posttraumatischen Belastungsstörung als Folge eines bei einer schweren Schlägerei/Messerstecherei erlittenen Arbeitsunfalls (hier: jahrelange Bedrohung eines Versicherten nach einer Gewalttat durch hochkriminelle Täter).**

§ 56 SGB VII

Urteil des Bayerischen LSG vom 24.10.2012 – L 2 U 478/09 –  
Bestätigung des Urteils des SG Landshut vom 29.09.2009 – S 9 U 25/06 –

Streitig waren die Anerkennung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und die Gewährung einer Rente. Der Kläger, Gastwirt, war bei einer tätlichen Auseinandersetzung in seiner Gaststätte von drei Männern, wie er serbische Staatsangehörige, erheblich verletzt worden (u.a. Schädelprellung). Nach der Tat wurde er jahrelang von den aus hochkriminellem Milieu stammenden Tätern weiter bedroht. Hinsichtlich einer bei ihm festgestellten psychischen Störung erfolgten unterschiedliche ärztliche Beurteilungen. Während zwei Gutachter eine unfallbedingte PTBS annahmen (mit einer MdE von 20 v.H.), sahen andere Sachverständige die diagnostischen Kriterien für die Anerkennung einer PTBS nicht als erfüllt an (Rn 10, 17, 25).

Das LSG hat einen Anspruch auf **Verletztenrente** und die Feststellung einer **PTBS** als Unfallfolge **verneint** (Rn 38). Zwar sei die Schlägerei wegen der akuten Bedrohung des Klägers an Leib und Leben ein geeignetes Ereignis gewesen, eine PTBS auszulösen. Die bei ihm festgestellte depressive Störung stelle jedoch **kein Wiederholungserleben** des Traumas im Sinne einer PTBS dar (Rn 42). Dazu führt der Senat aus: *„Dass ihn die damalige Gewalttat bis heute verfolgt und beschäftigt, erfolgt nicht im Rahmen von "Flashbacks" bezüglich der einmalig erlebten traumatischen Situation, sondern stellt eine psychisch normale Auseinandersetzung mit den jahrelangen Bedrohungen durch die Täter dar, die als hochkriminell einzuschätzen sind und den Kläger nach der Tat systematisch an Leib und Leben bedrohten, so dass der Kläger letztlich seinen Wohnort verändern musste und immer noch in Angst vor Entdeckung und Rache lebt“.*

Daher sei von einem Sachverständigen zutreffend dargestellt worden, dass es sich vorliegend nicht um ein psychisch krankes Nacherleben handele, sondern um eine nachfühlbare Angst vor einem bestehenden Bedrohungsszenario.

Das **Bayerische Landessozialgericht** hat mit **Urteil vom 24.10.2012 – L 2 U 478/09 –** wie folgt entschieden:

## Tatbestand

1

Streitig sind im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung ein Anspruch auf Verletztenrente betreffend die Zeit ab dem 01.06.2004 und die Feststellung einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer Gehirnerschütterung sowie von Kopfschmerzen als Folgen eines am 15.05.2003 erlittenen Arbeitsunfalls.

2

Beim streitgegenständlichen Unfallereignis war der 1946 geborene Kläger und Berufungskläger, serbischer Staatsangehöriger, Gastwirt in der Gaststätte "K." in M.. Am 15.05.2003 kam es gegen 23.15 Uhr im Eingangsbereich dieser Gaststätte zu einer tätlichen Auseinandersetzung, als der Kläger vier Männer - allesamt Landsleute von ihm - am Betreten der Gaststätte hindern wollte und in deren Verlauf der Kläger einen der Männer mit einem Messer verletzte. Dabei wurde der Kläger am Eingang zu seiner damaligen Gastwirtschaft am Hemd vier Treppenstufen nach unten gezogen, dort auf dem Boden liegend getreten und geschlagen. Er versuchte zunächst, seinen Kopf vor Schlägen zu schützen, sodann

stach er einen der Angreifer mit einem Messer in den Bauch. Nach Hinzutreten zahlreicher Dritter wurde die Kampfhandlung beendet. Der Kläger zog sich bei dem Kampf verschiedene Verletzungen zu. Die Erstbehandlung erfolgte noch am Unfalltag im Kreiskrankenhaus R.. Dr. K. (Chirurg) diagnostizierte multiple Prellungen mit Verdacht auf Orbitabodenfraktur rechts (Durchgangsarzt-Bericht 20.05.2003). Es folgte ein stationärer Aufenthalt vom 15.05.2003 bis 19.05.2003. Aus dem hierüber vorliegenden Zwischenbericht des Chefarztes PD Dr. K. vom 24.06.2003 gehen als Diagnosen eine Commotio cerebri, eine Schädelprellung rechts mit Monokelhämatom, eine Hypakusis rechts sowie eine Prellung der Hals- und Lendenwirbelsäule (HWS und LWS) hervor. Bei der computertomographischen Untersuchung des Schädels vom 16.05.2003 habe sich kein pathologischer Befund ergeben. Eine unfallbedingte Hörminderung wurde von den untersuchenden Hals-, Nasen- und Ohren- (HNO-) Ärzten Dr. H. und Dr. S. nicht festgestellt, beide Trommelfelle seien reizlos und geschlossen gewesen. Der Kläger stellte sich mehrmals beim Durchgangsarzt Dr. B. in R. vor und begab sich im weiteren Verlauf ab 15.07.2003 in psychiatrische Behandlung bei Dr. S..

3

Zur Klärung der Zusammenhangsfrage hinsichtlich der vorgetragene psychiatrischen Störungen beauftragte die Beklagte den Neurologen Dr. B. mit der Erstellung eines Gutachtens. Dr. B. stellte in seinem Gutachten vom 16.09.2004 neurologische Ausfallerscheinungen fest, die zu einer vorübergehenden Minderung der Erwerbsfähigkeit geführt hätten. Darüber hinaus sei es zu einer posttraumatischen Belastungsstörung gekommen. Dabei handele es sich jedoch um einen passageren, vorübergehenden psychopathologischen Befund ohne Dauercharakter. Wahrscheinlich habe nach dem Unfall eine Commotio cerebri vorgelegen; zwar habe sich der Kläger nicht erbrochen, jedoch sei es zu Bewusstseinsstörungen, möglicherweise auch zu einer kurzen Bewusstlosigkeit gekommen, die jedoch von keiner objektiven Seite gesehen worden sei. Es liege ein unfallunabhängiges depressives Syndrom vor, das durch die familiären, psychoreaktiven und sozialen Faktoren bedingt sei. Da bereits vor dem Unfallereignis vom 15.05.2003 eine Reihe von psychischen Beschwerden - insbesondere Depressionen, Verstimmungszustände und Pessimismus - vorgelegen hätten, die dann auch bei dem Unfallereignis vom 23.10.2002 wieder akzentuiert betont worden seien, müsse hervorgehoben werden, dass diese möglicherweise im Rahmen einer subjektiven Fehlinterpretation dieser Beschwerden verstärkt erlebt worden seien. Unfallunabhängig lägen auch ein früherer Meniskusschaden rechts sowie mehrfach bei Vorgutachten vor dem jetzigen Unfall vom 15.05.2003 bereits diagnostizierte migräneartige vasomotorische Kopfschmerzen und immer wieder auftretende depressive Verstimmungen vor. Der Gutachter bewertete die unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) im Zeitraum vom 15.05.2003 bis 14.07.2003 mit 100 v. H., vom 15.07.2003 bis 14.09.2003 mit 40 v. H. und vom 15.09.2003 bis 14.05.2004 mit 20 v. H. Danach sei eine messbare unfallbedingte Erwerbsminderung nicht mehr anzunehmen.

4

Der Orthopäde Dr. H., der von der Beklagten ebenfalls mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens beauftragt wurde, konnte unfallbedingte Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Gebiet nicht mehr feststellen (Gutachten vom 29.11.2004).

5

Die Beklagte erkannte daraufhin mit Bescheid vom 20.12.2004 einen Anspruch auf Rente als vorläufige Entschädigung für den Zeitraum 16.07.2003 bis 14.09.2003 nach einer MdE um 40 v. H. und für den Zeitraum 15.09.2003 bis 31.05.2004 nach einer MdE um 20 v. H. an und lehnte einen Rentenanspruch über den 31.05.2004 hinaus ab. Alle Unfallfolgen seien inzwischen abgeklungen. Als Folgen des Arbeitsunfalles würden nicht anerkannt:

aktivierte Arthrose mit medialer Meniskopathie und Instabilität rechts, statische und degenerative LWS-Veränderungen, statische und degenerative HWS-Veränderungen. Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte der Kläger geltend, dass es hinsichtlich der posttraumatischen Belastungsstörung zu keiner Besserung gekommen sei und daher ein Rentenanspruch über den Wegfall-Zeitpunkt hinaus nach einer MdE um 20 v. H. auf Dauer bestehe. Mit Widerspruchsbescheid vom 30.06.2005 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück.

6

Mit der am 23.07.2005 zum Sozialgericht K. erhobenen Klage begehrte der Kläger die Anerkennung einer posttraumatischen Belastungsstörung und depressiven Störung als Unfallfolge und die Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v. H. auf Dauer über den 31.05.2004 hinaus (Klageschriftsatz vom 04.10.2005). Das Sozialgericht K. hat die Schwerbehindertenakte des Zentrums Bayern Familie und Soziales, Region Niederbayern -Versorgungsamt- beigezogen und mit Beschluss vom 01.02.2006 den Rechtsstreit an das örtlich zuständige Sozialgericht Landshut (SG) verwiesen. Zur Aufklärung des Sachverhaltes hat das Gericht einen Listenauszug von der B. Krankenversicherung a. G. und dem M.V., sowie Röntgenbilder und Befundberichte der Dres. K. (Internist), M. (Allgemeinarzt), des Kreiskrankenhauses R. und der Psychosomatischen Klinik Bad A-Stadt eingeholt und medizinische Unterlagen der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd und die Akten der Beklagten beigezogen.

7

Aus dem ärztlichen Entlassungsbericht der Psychosomatischen Klinik Bad A-Stadt vom 27.08.2007, in der sich der Kläger vom 10.07. bis zum 14.08.2007 zur Rehabilitation befand, ergeben sich folgende Diagnosen: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode; Alkoholabusus, derzeit abstinent; benigne essentielle Hypertonie; Lumboischialgie; chronische obstruktive Lungenerkrankung. Auf Seite 6 des Berichts heißt es, der Kläger sei u. a. mit der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Körperverletzung eingewiesen worden. Eine posttraumatische Belastungsstörung habe die Klinik nicht diagnostizieren können, da die die entsprechenden Kriterien nicht erfüllt seien. Dagegen habe man eine Depression bestätigen können. Psychodynamisch (tiefenpsychologisch) sei diese dadurch zu erklären, dass grundlegende emotional narzisstische Bedürfnisse in der Kindheit nicht ausreichend befriedigt worden seien, woraus eine depressive Entwicklung mit einem psychosomatischen Reaktionsmuster resultiere, welches in Belastungssituationen aktiviert werde. Der Kläger beschreibe schwierige Entwicklungsbedingungen als jüngstes, nicht erwünschtes Kind innerhalb einer von Arbeit geprägten Familienatmosphäre. Aktuell dekompenziere der Kläger depressiv vor dem Hintergrund seiner gescheiterten Ehe, finanzieller Schwierigkeiten sowie Problemen mit dem kriminellen Sohn.

8

Auf Veranlassung des Gerichts haben der Neurologe und Psychiater Dr. Dr. W. und der Chirurg Dr. M. jeweils ein Gutachten auf ihrem Fachgebiet nach ambulanter Untersuchung des Klägers erstellt.

9

Der Sachverständige Dr. Dr. W. hat in seinem Gutachten vom 15.02.2008 als Unfallverletzung lediglich eine Schädelprellung beschrieben. Eine Gehirnerschütterung (Comotio cerebri) habe nicht vorgelegen. Das Abgrenzungskriterium zwischen Gehirnerschütterung und Schädelprellung liege in der Bewusstseinskontinuität. Eine Unterbrechung der Bewusstseinskontinuität, die Voraussetzung für die Feststellung einer Gehirnerschütterung

wäre, lasse sich nicht feststellen, der Kläger habe den Gesamtzusammenhang vollkommen kohärent berichtet und eine Unterbrechung des Bewusstseins selbst verneint. Das Kopfschmerzsyndrom sei keine Folge des Unfalls, sondern bereits seit 1976 dokumentiert.

10

Eine posttraumatische Belastungsstörung liege nicht vor, da das nachträgliche Erleben der Unfallsituation unfallunabhängig durch nachhaltige Anrufe und Bedrohungen hervorgerufen worden sei. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit sei daher ab 01.06.2004 auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet nicht zu begründen.

11

Der gesamte Kontext entspreche eindeutig nicht den diagnostischen Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung. Das Memorieren und nachträgliche Erleben der Unfallsituation sei eindeutig unfallunabhängig durch nachhaltige Anrufe und Bedrohungen aus einem hochkriminellen Milieu abgerufen und unterhalten worden. Der Kopf des Angreifer-Trios sei als rechte Hand verschiedener herausragender Persönlichkeiten aus dem "M.-Milieu" bekannt gewesen, der Haupttäter selbst sei ein bekannter Schläger gewesen. Eine posttraumatische Belastungsstörung setze neben weiteren Kriterien voraus: wiederholte oder sich aufdrängende Erinnerungen an das Ereignis, wiederholte intensive Träume dieses Inhalts, Handeln und Fühlen, als ob das Ereignis wiedergekehrt wäre, intensives psychisches Leid bei Reizexposition mit Stimulatoren, die diesem Ereignis ähnelten, Vermeidung von Stimuli, die mit dem Trauma in Verbindung stünden, vor allem aber die Unfähigkeit, sich an den eigentlichen Bestandteil des Traumas zu erinnern. Im Fall des Klägers habe man es dagegen mit der anhaltenden berechtigten Angst vor den Tätern unter dem Eindruck jahrelanger engmaschiger Bedrohungen zu tun. Die posttraumatische Belastungsstörung als Folge eines Unfallereignisses könne als diagnostische Figur nicht jahrelang nachfolgende eindeutig unfallunabhängige Bedrohungen und Psychotraumata aus einem kriminell aufgeladenen Milieu abdecken.

12

Nach dem Unfallereignis vom 15.05.2003 sei der Kläger aus dem Umkreis der Täter jahrelang anhaltend und engmaschig bedroht worden ("wir machen dich fertig"), teils telefonisch, teils über Dritte. Er habe M. verlassen müssen, um den Bedrohungen zu entkommen. Seine Adresse müsse er noch heute geheim halten, aus Angst, von den Tätern umgebracht zu werden. In der Sache erschienen solche Sorgen nicht ganz unbegründet. Das Täter-Trio erfülle alle Voraussetzungen, die die Forensik bei expansiven Gewalttätern voraussetze: unmittelbare Impulsgebundenheit der Handlungsmuster, körperliche Gewalt als unmittelbares Umsetzungsmittel, Fehlen intrapsychischer Hemmnisse. Während der Kampfhandlungen mit dem Kläger sei ein Beteiligter durch einen Bauchstich des Klägers verletzt worden. Die drei Täter hätten den Kampfplatz fluchtartig per Auto verlassen. Als die Verletzung eines der Täter bemerkt worden sei, habe man diesen an einer Tankstelle kurzerhand aus dem fahrenden Auto geworfen, weil man in einem Krankenhaus seine Personalien nicht hätte offenbaren wollen. Dies entspreche in allen Stücken dem Verhaltensrepertoire expansiver Gewalttäter. Die jetzt beschriebene Furcht des Klägers dürfe darum psychiatrischerseits als "einfühlbar" angesprochen werden.

13

Die bei dem Kläger festzustellende depressive Diathese sei nicht auf den Unfall vom 15.05.2003 zurückzuführen. Vielmehr werde sie von verschiedener Seite unterhalten. Der Kläger stehe vor den Trümmern eines gescheiterten Lebensentwurfs. Eine vermehrte Angstbereitschaft sei unter dem Eindruck jahrelangen Bedrohungserlebens durch außerordentlich expansive Tatbeteiligte und durch Dritte mühelos einfühlbar. Die Lebenssituati-

on des Klägers sei dadurch gekennzeichnet, dass er sieben Tage pro Woche täglich 9 Stunden als Pächter einer Gastwirtschaft arbeiten müsse, um seinen notwendigsten Lebensbedarf zu decken und die Wohnungsmiete sowie die Pacht zu bezahlen. Dabei müsse er aus wirtschaftlicher Notwendigkeit mit seiner im Jahr 2000 geschiedenen Ex-Ehefrau zusammenarbeiten. Es hätten sich 24.000 € Schulden für Anwaltskosten aufgehäuft. Die Krebserkrankung der Exfrau belaste ihn sehr. Die familiäre Situation sei desolat. Der älteste Sohn, 33 Jahre alt, sei nach Serbien zurückgekehrt und lebe dort als Bettler, nachdem er in Deutschland auf die schiefe Bahn geraten sei. Er habe mit ihm nichts als Probleme gehabt. Die zwei ebenfalls erwachsenen Töchter seien ausgezogen, wobei ihn eine der Töchter beim Auszug bestohlen habe. Kontakte bestünden kaum noch. Die Krankenversicherung sei ungeklärt. Angesichts derartig prekärer wirtschaftlicher und familiärer Verhältnisse sei eine depressive Verstimmung nicht krankhaft, sondern normal. Jedenfalls sei sie nicht auf den Unfall vom 15.05.2003 zurückzuführen.

14

Der Sachverständige Dr. M. ist in seinem Gutachten vom 24.04.2008 zu dem Ergebnis gekommen, dass keine orthopädisch-chirurgischen Gesundheitsstörungen vorlägen, die mit Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 15.05.2003 verursacht worden wären. Die MdE sei daher ab 01.06.2004 insgesamt mit 0 v.H. zu bewerten.

15

Auf Antrag des Klägers hat das Gericht weiter Beweis erhoben und den behandelnden Nervenarzt Dr. R. sowie den Orthopäden Dr. T. jeweils mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens nach ambulanter Untersuchung beauftragt.

16

Der Sachverständige Dr. R. ist in seinem Gutachten vom 24.11.2008 zu dem Schluss gekommen, dass bei dem Kläger eine chronische protrahierte posttraumatische Belastungsstörung vorläge, die sich nach erlittenem Körpertrauma und Psychotrauma am Unfalltag durch fremde Einwirkung entwickelt habe. Dadurch sei der Kläger um 20 % in der Erwerbsfähigkeit gemindert.

17

Dieser Bewertung hat der Sachverständige Dr. Dr. W. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 24.02.2009 widersprochen. Nach seiner Auffassung sind die diagnostischen Kriterien für die Anerkennung einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht erfüllt.

18

Der Sachverständige Dr. T. hat in seinem Gutachten vom 25.06.2009 keine Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet festgestellt, die auf den Unfall vom 15.05.2003 zurückzuführen wären. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit auf orthopädischem Fachgebiet bestehe daher nicht.

19

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 29.09.2009 hat der Kläger beantragt,

20

die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 20.12.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.06.2005 zu verpflichten, dem Kläger über den 31.05.2004 hinaus eine Rente nach einer MdE von mindestens 20 v. H. zu gewähren.

21

Das SG hat mit Urteil vom 29.09.2009 (Az. S 9 U 25/06) die Klage gegen den Bescheid vom 20.12.2004 in der Gestalt des Widerspruchbescheides zum 30.06.2006 abgewiesen. Das Urteil ist dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 09.11.2009 zugestellt worden.

22

Der Kläger hat gegen das Urteil am 12.11.2009 Berufung eingelegt.

23

Das Bayerische Landessozialgericht (LSG) hat den Befundbericht des HNO-Arztes Dr. D. vom 16.02.2010 eingeholt, in dem dieser eine Schallempfindungsschwerhörigkeit vom cochleären Typ beidseits bescheinigte; diese bestehe seit dem Jahr 2000, Veränderungen hätten sich nicht ergeben.

24

Der Neurologe und Psychiater Dr. P. hat mit zwei Befundberichten vom 18.03.2010 und vom 27.04.2010 mitgeteilt, dass sich der Kläger seit dem 18.03.2010 in seiner nervenärztlichen Behandlung befinde und an einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie einem depressiven Syndrom leide. Die Therapie erfolge mit antidepressiven Injektionen und Gesprächstherapie. Die psychische Erkrankung sei ausgelöst worden durch den Arbeitsunfall im Jahr 2003 und äußere sich weiterhin in chronifizierten Depressionen, Angstbeschwerden, Schlafstörungen, innerer Unruhe und Konzentrationsstörungen. Auch im testpsychologischen Befund (GDS) zeigten sich Hinweise auf eine schwere Depression.

25

Sodann hat das LSG den Neurologen und Psychiater Dr. med. Dipl.-Psych. C. zum Sachverständigen ernannt. Dieser ist in seinem Gutachten vom 25.05.2011 nach ambulanter Untersuchung des Klägers zu dem Ergebnis gekommen, dass der Unfall vom 15.05.2003 eine Schädelprellung verursacht habe, für die eine Behandlungsbedürftigkeit von maximal sechs Wochen anzuerkennen sei. Eine Commotio cerebri habe nicht vorgelegen, weil die hierfür erforderliche Bewusstlosigkeit nicht dokumentiert sei. Die weiteren von ihm festgestellten Gesundheitsstörungen seien als unfallunabhängig, weil bereits vorbestehend, anzusehen. Insbesondere hätten die jetzt beklagten Kopfschmerzen schon vor dem Unfall bestanden. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit aufgrund des Unfalles vom 15.05.2003 messbaren Grades habe über die 26. Woche hinaus nicht bestanden. Zu den Befundberichten des Dr. P. merkte der Sachverständige an, dass eine posttraumatische Belastungsstörung daraus nicht hervorgehe. Völlig unverständlich erscheine aus gutachterlicher Sicht die Gabe eines hoch potenten Neuroleptikums (Dapotum 2,5 mg i. m.); der Kläger habe nach seinen eigenen Angaben seit einem Jahr im Abstand von zwei Wochen dieses hoch potente Neuroleptikum injiziert bekommen, das normalerweise schweren schizophrenen Psychosen vorbehalten sei.

26

Die neu bestellte Prozessbevollmächtigte des Klägers hat mit Schriftsatz vom 17.08.2011 gegen das Gutachten des Sachverständigen Dr. C. eingewandt, dass dieses schon formal unrichtig sei, weil er den Bericht in der Wir-Form abgefasst habe, ohne dass aus den Gutachten hervorgehe, welche weiteren Personen an der Begutachtung mitgewirkt hätten. Ein EEG sei als technische Zusatzuntersuchung erwähnt, jedoch dem Gutachten nicht beigelegt worden. Das folgenlose Ausheilen der Schädelprellung habe ohne bildgebende Verfahren nicht angenommen werden können. Entgegen den Vorgaben des ICD-10 F 43.1 und den anerkannten Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften habe der Sachverständige keine operationalisierte Di-

agnostik angewandt. Schließlich habe der Gutachter Fragen in serbokroatischer Sprache gestellt, was der Begutachtung jede Seriosität genommen habe. Der Kläger habe sich hierdurch beschämt und erniedrigt gefühlt.

27

Der Sachverständige Dr. C. hat hierzu mit Schreiben vom 26.09.2011 ergänzend Stellung genommen. Die Forderung nach einer operationalisierte Diagnostik sei verständlich, treffe aber nicht zu. Eine posttraumatische Belastungsstörung könne niemals aus einem standardisierten Interview diagnostiziert werden, sondern zunächst ausschließlich aus dem Ereignis und der Reaktion, die unmittelbar auf das Ereignis folge (A 2-Kriterium nach DSM-IV). Erst dann, wenn sich hier entsprechende Hinweise ergeben würden, könnte eine zusätzliche operationalisierte Diagnostik notwendig beziehungsweise sinnvoll sein. Er habe in seinem Gutachten ausführlich dargelegt, warum beim Kläger keine posttraumatische Belastungsstörung vorliege und auch beim Vorgutachter Dr. R. die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung nicht entsprechend den Kriterien des ICD-10 oder des DSM-IV belegt werde.

28

Einen Befangenheitsantrag des Klägers gegen den Sachverständigen Dr. C. hat das LSG mit Beschluss vom 09.02.2012 als unbegründet zurückgewiesen.

29

Der Kläger verweist darauf, dass sowohl der im Verwaltungsverfahren bestellte Gutachter Dr. B. als auch der Sachverständige Dr. R. eine posttraumatische Belastungsstörung bejaht hätten. Außerdem sei es nicht erforderlich, dass die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung vorliege, um die gewünschte Verletztenrente zu begründen. Vielmehr genüge es dafür auch, eine Anpassungsstörung im Sinne einer chronischen Depression als Unfallfolge anzuerkennen. Vor dem Unfall habe er noch nicht an Depressionen gelitten, sondern nur an Verstimmungszuständen und Pessimismus, wie sie bei jedermann aufträten.

30

Demgegenüber weist die Beklagte darauf hin, dass eine Bescheinigung des Facharztes für Psychiatrie Dr. D. vom 03.02.2003 - also noch aus der Zeit vor dem Unfallereignis vom 15.03.2003 - als Diagnose depressive Störungen mit reaktiver Komponente und Somatisierungstendenz, nicht aber "Verstimmungszustände" beziehungsweise "eine gewisse Erschöpfung" ausweise.

31

Der Kläger beantragt,

32

das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 29.09.2009 aufzuheben und festzustellen, dass ein posttraumatisches Belastungssyndrom, eine Gehirnerschütterung und Kopfschmerzen Folgen des Arbeitsunfalls vom 15.05.2003 sind, und die Beklagte zu verurteilen, ihm unter Abänderung des Bescheides vom 20.12.2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.06.2005 über den 31.05.2004 hinaus eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v. H. zu gewähren.

33

Die Beklagte beantragt,

34

die Berufung zurückzuweisen.

35

Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie auf die beigezogene Akte der Beklagten verwiesen.

## Entscheidungsgründe

36

Die Berufung ist zulässig, insbesondere wurde sie form- und fristgerecht eingelegt (§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG). Die Berufung bedarf gemäß § 144 SGG keiner Zulassung.

37

Die Berufung ist nicht begründet. Zu Recht hat die Beklagte die Klage abgewiesen. Die Klage ist zulässig, aber unbegründet.

38

Der Kläger hat anlässlich des Arbeitsunfalls vom 15.05.2003 keinen Anspruch auf Verletztenrente über den 31.05.2004 hinaus, da unfallbedingte Gesundheitsschäden, die eine MdE von mindestens 20 v. H. bedingen, nicht mehr vorliegen und die geltend gemachten Beschwerden nicht kausal auf den Unfall zurückzuführen sind. Hierbei hat der Kläger keinen Anspruch auf die Feststellung, dass ein posttraumatisches Belastungssyndrom, eine Gehirnerschütterung und Kopfschmerzen Folgen des Arbeitsunfalls vom 15.05.2003 sind.

39

Gemäß § 56 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Die Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge eines Arbeitsunfalls und gegebenenfalls die Entschädigung durch Zahlung von Verletztenrente setzt voraus, dass die Gesundheitsstörung Folge eines Versicherungsfalles, hier also des Arbeitsunfalls vom 15.05.2003, ist (§§ 7, 8 SGB VII). Das Unfallereignis muss wesentliche Bedingung für die Entstehung bzw. Verschlimmerung des Gesundheitsschaden gewesen sein (haftungsausfüllende Kausalität) und gegenüber sonstigen schädigungsfremden Faktoren wie z.B. einer Vorerkrankung von überragender Bedeutung oder zumindest annähernd gleichwertiger Bedeutung (wesentliche Mitursache) sein. Dabei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, d. h. neben dem Arbeitsunfall auch die Gesundheitsstörung, mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen sein. Bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. BSG vom 30.04.1985 - 2 RU 43/84). Für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem schädigenden Ereignis und dem Gesundheitsschaden (haftungsbegründende Kausalität) sowie Folgeschäden (haftungsausfüllende Kausalität) ist demgegenüber hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreichend. Diese liegt dann vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt jedoch nicht.

40

Eine posttraumatische Belastungsstörung liegt nicht vor.



41

Nach ICD-10 F 43.1 (Version 2012) entsteht eine posttraumatische Belastungsstörung als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, 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. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung über.

42

Zwar würde die Schlägerei vom 15.05.2003 durchaus ein Ereignis darstellen, das wegen der akuten Bedrohung des Klägers an Leib und Leben an sich in der Lage wäre, ein posttraumatisches Belastungssyndrom auszulösen. Jedoch stellt die beim Kläger festzustellende depressive Episode mit der Symptomatik von Unsicherheit, Ängsten, Schlaflosigkeit und Somatisierungserscheinungen wie Kopfschmerzen und Rauschen in den Ohren kein Wiederholungserleben des Traumas im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung dar. Dass ihn die damalige Gewalttat bis heute verfolgt und beschäftigt, erfolgt nicht im Rahmen von "Flashbacks" bezüglich der einmalig erlebten traumatischen Situation, sondern stellt eine psychisch normale Auseinandersetzung mit den jahrelangen Bedrohungen durch die Täter dar, die als hochkriminell einzuschätzen sind und den Kläger nach der Tat systematisch an Leib und Leben bedrohten, so dass der Kläger letztlich seinen Wohnort verändern musste und immer noch in Angst vor Entdeckung und Rache lebt. Diese Zusammenhänge hat der Sachverständige Dr. Dr. W. überzeugend herausgearbeitet. Sie werden bestätigt durch die Diagnosestellung der Psychosomatischen Klinik Bad A-Stadt (Entlassungsbericht vom 27.08.2007), in der sich der Kläger über einen Monat zur stationären Behandlung befand, sowie durch die Ausführungen des Sachverständigen Dr. C.. Nicht überzeugend ist demgegenüber die Meinung des behandelnden Nervenarztes Dr. R., der auf Antrag des Klägers zum Sachverständigen bestellt wurde und in seinem Gutachten vom 24.11.2008 von einer chronischen protrahierten posttraumatischen Belastungsstörung spricht. Für Dr. R. liegt eine "Nacherinnerung" im Sinne der posttraumatischen Belastungsstörung bereits deshalb vor, weil der Kläger mitteilt, dass er ständig an den Unfall und an die damit verbundene Bedrohung und die Gefahr, von den Tätern immer noch bedroht und verfolgt zu werden, denken müsse. Hierzu hatte der Sachverständige Dr. Dr. W. klar dargestellt, dass es sich um kein psychisch krankes Nacherleben handelt, sondern um eine nachfühlbare Angst vor einem realistisch eingeschätzten Bedrohungsszenario. Mit dieser überzeugenden Argumentation setzt sich Dr. R. nicht auseinander.

43

Bei dem Kläger liegt dagegen eine depressive Störung vor, die jedoch nicht wesentlich ursächlich auf den Unfall vom 15.05.2012 zurückzuführen ist. Sowohl die Psychosomatische Klinik Bad A-Stadt in ihrem Entlassungsbericht vom 27.08.2007 als auch der Sachverständige Dr. Dr. W. in seinem Gutachten vom 15.02.2008 haben nachvollziehbar dargestellt, dass die depressive Störung ihren tiefenpsychologischen Ursprung in einer von extremer Armut, einem arbeitswütigen Vater und einer harten Mutter geprägten Kindheit habe, in der er sich als jüngstes Kind unerwünscht gefühlt habe. Grundlegende emotional narzisstische Bedürfnisse seien in der Kindheit nicht ausreichend befriedigt worden, woraus eine depressive Entwicklung mit einem psychosomatischen Reaktionsmuster resultiere, welches in Belastungssituationen aktiviert werde. Solchen Belastungssituationen ist der Kläger seit Jahren in massiver Form ausgesetzt: Kurz vor dem Rentenalter stehend, kann er seinen nötigsten Lebensbedarf mit täglich neunstündiger Arbeit an sieben Tagen pro Woche kaum decken. Aus wirtschaftlicher Not muss er wieder mit seiner 2001 geschiedenen Ehefrau zusammenarbeiten, die inzwischen an Krebs leidet. Die Beziehungen zu den drei Kindern sind gescheitert. Es bestehen Schulden in Höhe von 24.000 €. Dementsprechend sind die psychischen Probleme des Klägers auch bereits aus der Zeit vor dem Unfall vom 15.05.2003 dokumentiert, wie aus den für den Arbeitsunfall vom 23.10.2002 erstellten Gutachten des Städtischen Klinikums K., Prof. Dr. U. P., vom 03.07.2003 sowie des Arztes für Neurologie und Psychiatrie, Prof. Dr. Dr. D., vom 03.11.2003 hervorgeht, der feststellte, dass der Kläger bereits seit Jahren zunehmend an schlechter Stimmung, innerer Unruhe und Schlafstörungen gelitten habe.

44

Auch eine Gehirnerschütterung (Commotio cerebri) ist als Folge des Arbeitsunfalls vom 15.05.2003 nicht festzustellen. Wie die Sachverständigen Dr. W. und Dr. M. zu Recht ausführen, hätte es hierzu der Feststellung einer Bewusstlosigkeit bedurft (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. S. 172 ff.). Eine solche ist zum einen nicht dokumentiert. Zum anderen hat auch Dr. Dr. W. im Gespräch mit dem Kläger eine durchgehende Bewusstseinskontinuität hinsichtlich des Unfallhergangs festgestellt. Selbst der von der Beklagten bestellte Gutachter Dr. B., der eine Commotio cerebri bejaht hat, hat gleichzeitig darauf hingewiesen, dass sich eine Bewusstlosigkeit nicht durch die Beobachtungen Dritter bestätigen lasse, so dass eine Commotio cerebri nur wahrscheinlich - was für den erforderlichen Vollbeweis nicht ausreicht - sei, zumal es auch am Kriterium des Erbrechens gefehlt habe. Es ist deshalb davon auszugehen, dass der Kläger lediglich eine Schädelprellung erlitt, deren Feststellung er jedoch nicht beantragt hat.

45

Ebensowenig kann der Kläger die Feststellung der Kopfschmerzen als Unfallfolge verlangen. Zu Recht haben die Sachverständigen Dr. Dr. W. und Dr. C. darauf hingewiesen, dass ein Kopfschmerzsyndrom schon lange vor dem Unfall vom 15.05.2003 dokumentiert war. Bereits in dem für den Arbeitsunfall vom 23.10.2002 erstellten Gutachten des Prof. Dr. P. vom 03.07.2003 war darauf hingewiesen worden, dass eine Kopfschmerzsymptomatik seit 1976 in den Unterlagen angegeben wurde und es sich um anlagebedingte krankhafte Veränderungen handelt.

46

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

47

Die Revision ist nicht zuzulassen, da weder die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat noch das Urteil von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht (§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG).