S 13 U 301/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	17
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 13 U 301/19
Datum	30.04.2021

2. Instanz

Aktenzeichen	L 17 U 285/21
Datum	30.03.2022

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 30.04.2021 wird zurÃ¼ckgewiesen.Â Â Â Â Â

AuÃ□ergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

GrÃ¼nde:

I.

Der KlÃ¤ger begehrt im Rahmen eines Ã□berprÃ¼fungsverfahrens die Feststellung weiterer Unfallfolgen und die GewÃ¤hrung einer Verletztenrente.

Der am 00.00.1978 geborene KlÃ¤ger stÃ¼rzte am 14.11.2007 wÃ¤hrend seiner TÃ¤tigkeit als GerÃ¼stbauhelfer aus einer HÃ¶he von vier Metern von einem

GerÃ¼st. In dem Durchgangsarztbericht vom 28.11.2007 wurde festgehalten, dass der KlÃ¤ger nach den Angaben des erstversorgenden Notarztes somnolent gewesen, er habe jedoch alle vier ExtremitÃ¤ten bewegen kÃ¶nnen. Bei dem schon am Unfallort intubierten KlÃ¤ger wurde eine SchÃ¤delkalottenfraktur mit Subarachnoidalblutung, eine Kopfplatzwunde occipital sowie eine perilunÃ¤re Luxation an der rechten Handwurzel diagnostiziert. Im Anschluss an die stationÃ¤re Behandlung im Krankenhaus N vom 14.11.2007 bis 06.12.2007 wurden diese Diagnosen bestÃ¤tigt. In dem Entlassungsbericht des Krankenhauses N vom 06.12.2007 war auÃerdem auf ein bekanntes Alkoholproblem in der Vorgeschichte hingewiesen worden. Das MRT des SchÃ¤dels vom 22.11.2007 zeigte ein kleines epidurales HÃ¤matom rechts temporal und eine oberflÃ¤chliche Kontusionsblutungen rechts mit SubduralhÃ¤matomanteilen. WÃ¤hrend der stationÃ¤ren Behandlung erfolgte auch die operative Versorgung der rechten Hand (geschlossene Reposition, K-Draht-Osteosynthese).

Auf Veranlassung der Beklagten erstellte Dr. A ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten. In dem Gutachten vom 20.04.2008 fÃ¼hrte Dr. A aus, der KlÃ¤ger habe bei der Untersuchung berichtet, er stamme aus schwierigen FamilienverhÃ¤ltnissen und habe eine belastete Kindheit und Jugend hinter sich. Seine Eltern hÃ¤tten sich getrennt, als er 12 Jahre alt gewesen sei, er sei daraufhin ins Kinderheim gekommen. Er habe damals einen groÃen Teil seines Vertrauens in die Menschheit verloren. An das Unfallereignis und den Transport ins Krankenhaus habe er sich zunÃ¤chst nicht erinnern kÃ¶nnen. Das GedÃ¤chtnis sei erst wÃ¤hrend des Krankenhausaufenthaltes langsam, mit gewissen LÃ¼cken, wieder gekommen. Danach habe er Ãngste und AlbtrÃ¤ume bekommen. Er habe auch andere Ãngste bemerkt. Er fÃ¼hle sich z.B. in AufzÃ¼gen, Menschenansammlungen oder in einem vollen Treppenhaus schlecht und panisch. Schon die Vorstellung, auf eine Leiter zu klettern, lÃ¶se bei ihm ein starkes Unwohlsein aus. FÃ¼r ihn selbst sei aber das Handgelenk das Hauptproblem. Er kÃ¶nne dies zwar nach der Metallentfernung Ende Januar wieder besser bewegen, er habe aber noch stÃ¶rende Restschmerzen. Er habe phasenweise Probleme mit Alkohol gehabt, deshalb habe er auch seinen FÃ¼hrerschein verloren (1,6 Promille), den er erst im August 2008 wieder bekomme. Dr. A stellte an Unfallfolgen einen Zustand nach SchÃ¤delhirntrauma mit Kalottenfraktur rechts temporal und kleiner Subarachnoidalblutung im rechten SchlÃ¤fenlappen sowie kleinem SubduralhÃ¤matom occipital und eine Commotio cerebri mit schrittweiser SymptomrÃ¼ckbildung, mittlerweile ohne bleibende Restsymptome aus organisch neurologischer Sicht, und eine Â posttraumatische Entwicklung eines phobischen Syndroms mit stark ausgeprÃ¤gten HÃ¶henÃ¤ngsten sowie Teilsymptomen einer posttraumatischen BelastungsstÃ¶rung (PTBS) fest. Die unfallbedingte Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit (MdE) betrage 10 v.H. UnfallunabhÃ¤ngig diagnostizierte Dr. A einen anamnestisch wiederkehrenden episodischen Alkoholabusus ohne Zeichen einer AbhÃ¤ngigkeit, derzeit Alkoholabstinenz.

Auf Anregung des Dr. R war der KlÃ¤ger dann anschlieÃend in psychotherapeutischer Behandlung, zunÃ¤chst ambulant und schlieÃlich im September 2008 stationÃ¤r in der Psychosomatischen Klinik des S-Hospitals K. In dem Abschlussbericht dieser Klinik wurde ausgefÃ¼hrt, der Gesundheitszustand

des KlÃ¤gers habe sich zwar leicht gebessert, er sei vor dem Hintergrund einer PTBS aber nicht in der Lage, Ã¼ber BrÃ¼cken zu gehen, an einem BaugerÃ¼st vorbeizugehen oder aus HÃ¶hen hinabzuschauen. Auch ab Januar war der KlÃ¤ger wieder ohne durchgreifenden Erfolg ambulant in psychotherapeutischer Behandlung.

Am 20.12.2008 fÃ¼hrte der Beratungsarzt der Beklagten, Dr. F von der Neurologischen Klinik und Poliklinik des C-Krankenhauses M, nach einer Untersuchung des KlÃ¤gers aus, dieser leide an einer unfallbedingten HÃ¶henphobie. Diese habe zwar nicht validiert werden kÃ¶nnen, entspreche jedoch den klinischen Erfahrungen nach bewusst erlebten StÃ¼rzen aus grÃ¶Ãeren HÃ¶hen. Nach einer geeigneten Therapie dÃ¼rfte hier keine MdE in rentenberechtigender HÃ¶he verbleiben. Hinweise auf eine PTBS lÃ¤gen nicht vor; bei der Untersuchung hÃ¤tten keine diagnoserelevanten Kriterien eruiert werden kÃ¶nnen. Aufgrund der psychologischen Exploration hÃ¤tten sich aber Hinweise auf psychische Faktoren ergeben, die zur Aufrechterhaltung des derzeitigen Beschwerdebildes beitragen wÃ¼rden. So komme der kÃ¶rperlichen und psychischen Symptomatik auf dem Hintergrund einer unklaren Perspektive, einhergehend mit dem Wunsch nach Wiedergutmachung, eine evident Â appellativ-kommunikative Funktion zu. Nach Aktenlage zeige sich rÃ¼ckblickend, dass der angekÃ¼ndigte Wiedereintritt in das Berufsleben fÃ¼r den KlÃ¤ger offenbar eine subjektiv Ã¼berhÃ¶hte Stressbelastung bedeutete, auf die er mit Vermeidungsverhalten bzw. mit subjektiv berichtetem Alkoholkonsum reagiert habe. Das dysfunktionale Verhalten habe nicht zuletzt im medizinischen System eine positive VerstÃ¤rkung erfahren, was eine zunehmende Internalisierung der Krankenrolle bewirkt und somit zu einer Chronifizierung der Beschwerden gefÃ¼hrt habe. Angesichts der Eigenangaben des KlÃ¤gers, wonach er bereits 2001 nach dem Tod seiner GroÃmutter vermehrt Alkohol getrunken habe, lasse sich darauf schlieÃen, dass es sich hier bei mangelnden adaptiven BewÃ¤ltigungsressourcen sowie einer PersÃ¶nlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen Anteilen offenbar um eine generalisierte dysfunktionale Coping-Strategie mit vermehrter subjektiver Stressbelastung handele. In einer weiterenÂ beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahme vom 08.07.2009 vertrat Dr. F dann die Auffassung, es sei eine Verschiebung der Wesensgrundlage hin zu unfallunabhÃ¤ngigen Kausalfaktoren anzunehmen. Eine PTBS sei nicht nachvollziehbar. BezÃ¼glich der HÃ¶henphobie seien weitere Behandlungen zu Lasten der Berufsgenossenschaft nicht angezeigt.

AnschlieÃend holte die Beklagte ein fachchirurgisches Gutachten von Dr. G und ein weiteres neurologisch-psychiatrisches Gutachten von Dr. R ein.

Dr. G stellte in seinem Gutachten vom 23.07.2009 fest, dass er bei seiner Untersuchung am rechten Handgelenk nur noch Restbeschwerden und eine leichte, endgradige BewegungseinschrÃ¤nkung, die funktionell nicht bedeutsam sei, festgestellt habe. Die MdE hierfÃ¼r betrage unter 10 v.H.

Dr. R stellte in seinem Gutachten vom 04.09.2009 erneut einen Zustand nach SchÃ¤delhirntrauma mit Kalottenfraktur rechts temporal und kleiner Subarachnoidalblutung im rechten SchlÃ¤fenlappen sowie kleinem

SubduralhÃ¤matom occipital und Commotio cerebri mit schrittweiser SymptomrÃ¼ckbildung, mittlerweile aber ohne bleibende Restsymptome und eine posttraumatische Entwicklung einer stark ausgeprÃ¤gten HÃ¶henangst und depressiver Symptomatik fest. Die zwischenzeitlich bestandene PTBS habe sich seit Anfang 2009 zurÃ¼ckgebildet und liege ab dem 12.05.2009 nicht mehr vor. Die MdE betrage ab dem 12.05.2009 20 v.H. Der KlÃ¤ger befinde sich weiterhin in psychotherapeutischer Behandlung, unter anderem auch wegen der Unfallfolgen. Die HÃ¶henÃ¤ngste betrÃ¤fen mittlerweile nicht nur die berufliche Exposition, auch im Alltagsleben fÃ¼hrten schon Gedanken an Baustellen, TreppenhÃ¤user und das Sehen von GerÃ¼sten teilweise zu deutlichen Ãngsten und Vermeidungsverhalten. UnfallunabhÃ¤ngig lÃ¤gen eine PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung mit Ã¤ngstlich abhÃ¤ngigen und emotional-instabilen ZÃ¼gen und ein wiederkehrender Alkoholmissbrauch vor.

In einer beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahme vom 26.11.2009 wies der Neurologe und Psychiater Dr. B auf erhebliche MÃ¤ngel in dem Gutachten des Dr. R hin. Die Kriterien der gestellten Diagnosen seien weder auf der Anamneseebene noch auf der Befundebene systematisch Ã¼berprÃ¼ft und erhoben worden. Aus den Befunden gehe keine der Diagnosen nachvollziehbar hervor. Die Diagnose einer posttraumatischen Entwicklung mit einer stark ausgeprÃ¤gten HÃ¶henangst sei nicht nachvollziehbar. Die Diagnose â HÃ¶henangstâ existiere nicht. Nach den gÃ¼ltigen DiagnoseschlÃ¼sseln liege bei dem KlÃ¤ger sicher keine Phobie vor, sondern allenfalls eine rationale Furcht vor weiteren AbsturzunfÃ¤llen. Im Ãbrigen handele es sich bei Phobien grundsÃ¤tzlich um anlagebedingte, und nicht um unfallbdingte psychische StÃ¶rungen. Eine PTBS habe auch in der Vergangenheit nicht vorgelegen. Die Annahme einer MdE von 20 v.H. habe der Gutachter nicht begrÃ¼ndet.

Mit Bescheid vom 19.01.2010 lehnte die Beklagte einen Rentenanspruch des KlÃ¤gers ab. Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrte sie aus, nach den beigezogenen Gutachten und Stellungnahmen seien keine Unfallfolgen verblieben, die ab dem 13.05.2009 (Wegfall Verletztengeld 12.05.2009) eine MdE messbaren Grades bedingten. In dem anschlieÃenden Widerspruchsverfahren gelangte ein Gutachten von dem Psychiater Dr. L vom Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 02.03.2010 zu den Akten. Dieser vertrat die Auffassung, die Stellungnahme des Dr. B sei nicht nachvollziehbar. Seiner Meinung nach bestehe sehr wohl ein ursÃ¤chlicher Zusammenhang zwischen der psychischen StÃ¶rung des KlÃ¤gers und deren BehandlungsbedÃ¼rftigkeitÂ und dem Unfallereignis. Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrte er im Wesentlichen aus, vor dem Unfallereignis habe der KlÃ¤ger nicht an einer psychischen Erkrankung gelitten. Die stationÃ¤re Behandlung ab dem 17.09.2008 Â in der Psychosomatischen Klinik des S-Hospitals K sei aller Voraussicht nach nicht erforderlich gewesen, wenn das Unfallereignis nicht stattgefunden hÃ¤tte. Nach Einholung einer weiteren beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahme von Dr. B vom 03.05.2010, der auch in Kenntnis des Gutachtens des Dr. L bei seiner bisher vertretenen Auffassung blieb, wies die Beklagte den Widerspruch des KlÃ¤gers mit Widerspruchsbescheid vom 25.03.2010 zurÃ¼ck.

In dem anschlieÃenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht Â Gelsenkirchen

(SG) zum Az. S 7 U 123/10 holte das SG ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten von dem Arzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr. T ein. Dieser fÃ¼hrte in dem Gutachten vom Â 05.01.2011 aus, auf nervenÃ¤rztlichem Fachgebiet kÃ¶nnten hirnorganisch begrÃ¼ndbare StÃ¶rungen als Folge des Unfalls vom 14.11.2007 nicht festgestellt werden. Aufgrund der anamnestischen Angaben des KlÃ¤gers sei von einer spezifischen Phobie mit HÃ¶henÃ¤ngsten auszugehen. Der kausale Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 14.11.2007 sei wahrscheinlich. Bezogen auf das allgemeine Erwerbsleben ergebe sich hieraus jedoch keine MdE von mindestens 10 v.H. UnfallunabhÃ¤ngig liege beim KlÃ¤ger eine erhebliche psychovegetative LabiltÃ¤t mit der Tendenz zu dissoziativen Verhaltensweisen vor. Eine erhebliche AusprÃ¤gung situationsbezogener Ãngste als Folge des nicht erinnerten Unfallereignisses vom 14.11.2007 sei nicht wahrscheinlich zu machen. Auch die Annahme des Dr. R, es lÃ¤gen Teilsymptome einer PTBS, kÃ¶nne er nicht bestÃ¤tigen, da der KlÃ¤ger gar keine Erinnerung an das Unfallereignis gehabt habe und somit das Eingangskriterium einer PTBS, nÃ¤mlich das Erleben einer in hohem MaÃe gefÃ¤hrdenden bzw. lebensbedrohlichen Situation, nicht gegeben sei. Der KlÃ¤ger habe im Ãbrigen bei der Untersuchung nicht Ã¼ber Symptome geklagt, die einer PTBS zugeordnet werden kÃ¶nnten. Â Auch fÃ¼r eine leichte bis mittelschwere depressive Symptomatik habe sich kein Anhalt ergeben.

Im Verhandlungstermin vom 01.04.2011 nahm der KlÃ¤ger die Klage zurÃ¼ck und beantragte gegenÃ¼ber der Beklagten die Anerkennung einer HÃ¶henphobie als weitere Unfallfolge. Ihm gehe es nicht um eine Rente, sondern um eine berufliche Perspektive.

Die Beklagte holte daraufhin erneut eine beratungsÃ¤rztliche Stellungnahme von Dr. B ein, der in seiner Stellungnahme vom 09.05.2011 die Auffassung vertrat, eine Phobie sei nicht im Vollbeweis gesichert. Das Unfallereignis sei grundsÃ¤tzlich nicht geeignet, eine Phobie herbeizufÃ¼hren. Die vom KlÃ¤ger geklagten BefÃ¼rchtungen seien eher einem Vermeidungsverhalten nach erlebtem Unfall zuzuordnen.

AnschlieÃend beauftragte die Beklagte den Psychiater Dr. Y aus N, den der KlÃ¤ger im Rahmen seines Auswahlrechts benannt hatte, mit einer Begutachtung des KlÃ¤gers. Dieser gelangte in seinem Gutachten vom 02.12.2011 zu der EinschÃ¤tzung, die Diagnose einer HÃ¶henangst kÃ¶nne er nicht bestÃ¤tigen, die Symptomatik des KlÃ¤gers entspreche eher einer PTBS. Die Symptomatik habe sich aber soweit gebessert, dass nur noch eine geringe Behinderung daraus resultiere, der KlÃ¤ger kÃ¶nne normale soziale Funktionen ausÃ¼ben. Die klinisch-neurologische Untersuchung habe keine Befunde von Krankheitswert ergeben.

Am 18.10.2012 teilte Dr. D mit, Â die Diagnose einer HÃ¶henphobie sei zwischenzeitlich objektiviert worden, die MdE hierfÃ¼r betrage 10 v.H.

Mit bestandskrÃ¤ftigem Bescheid vom 08.12.2014 nahm die Beklagte den Bescheid vom 19.01.2010 gem. Â§ 44 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) teilweise zurÃ¼ck und erkannte als weitere Unfallfolge eine spezifische Phobie im Sinne einer HÃ¶henangst an. Die vorbestehende PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung mit Ã¤ngstlich

abhÃ¤ngigen und emotional instabilen ZÃ¼ge und wiederkehrenden Alkoholmissbrauchs wertete sie als unfallunabhÃ¤ngig.

Im Oktober 2018 beantragte der KlÃ¤ger unter Vorlage eines Berichtes des Neurologen und Psychiaters Dr. E aus U vom 02.09.2018, der ausfÃ¼hrte, der KlÃ¤ger leide unfallbedingt an einem organischen Psychosyndrom, einer PTBS und einer andauernden PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung nach Extrembelastung, eine Ãberprüfung der bestandskrÃ¤ftigen Bescheide. Die Unfallfolgen seien wohl doch weitgehender als bisher angenommen. Aufgrund seiner Erkrankung habe er erneut seinen Job verloren. Er sei erneut in ein tiefes Loch gefallen. Ihm gehe es psychisch sehr schlecht. Seiner Ansicht nach seien seine psychischen Probleme auf die Folgen des Arbeitsunfalls vom 14.11.2007 zurÃ¼ckzufÃ¼hren.

Mit Bescheid vom 22.11.2018 lehnte die Beklagte es ab, den bindenden Bescheid vom 19.01.2010 in Verbindung mit dem Bescheid vom 08.12.2014 zurÃ¼ckzunehmen. Die erneute Ãberprüfung habe ergeben, dass bei Bescheiderteilung weder das Recht unrichtig angewandt noch von einem Sachverhalt ausgegangen worden sei, der sich als unrichtig erwiesen habe.

Hiergegen legte der KlÃ¤ger Widerspruch ein und fÃ¼hrte zur BegrÃ¼ndung aus, der Unfall vom 14.11.2007 habe nicht nur zu einer HÃ¶henangst gefÃ¼hrt, sondern auch eine PTBS mit einer andauernden PersÃ¶nlichkeitsverÃ¤nderung und eine sich daraus entwickelnde AlkoholabhÃ¤ngigkeit hervorgebracht. Dies begrÃ¼nde eine MdE von mehr als 20 v.H. Zur StÃ¼tzung seines Vortrags legte er ein sozialmedizinisches Gutachten des Dr. H vom MDK vom 05.12.2018 und eine Stellungnahme des Dr. E vom 04.07.2019 zu dem Gutachten des Dr. T vor. Dr. H diagnostizierte eine PTBS mit sekundÃ¤rer AlkoholabhÃ¤ngigkeit, seit geraumer Zeit abstinent. Hierbei stÃ¼tzte er sich im Wesentlichen auf die aktenkundigen Fremdbefunde. Dr. H fÃ¼hrte explizit aus, das dargebotene Zustandsbild habe keinen regulÃ¤ren Begutachtungsverlauf ermÃ¶glicht. Dr. E wiederholte seine bisher vertretene Auffassung. Das Trauma sei so schwerwiegend gewesen, dass es seines Erachtens FolgeschÃ¤den verursacht haben mÃ¼sse.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12.09.2019 wies die Beklagte den Widerspruch zurÃ¼ck.

Mit seiner hiergegen am 07.10.2019 vor dem SG erhobenen Klage hat der KlÃ¤ger weiterhin die GewÃ¤hrung einer Rente begehrt. Zur BegrÃ¼ndung hat er Bezug genommen auf den Bericht des Â Dr. E vom 04.07.2019 und auf das sozialmedizinische Gutachten des Dr. H vom 05.12.2018. AuÃerdem hat er einen Bericht des Neurologen und Psychiaters Dr. J vom 25.01.2019 vorgelegt, der eine PTBS mit sekundÃ¤rer AlkoholabhÃ¤ngigkeit, HÃ¶henphobie,Â rezidivierende depressive StÃ¶rung, gegenwÃ¤rtig mittelgradige Episode diagnostiziert hat. Und schlieÃlich hat er unter Vorlage des entsprechenden Rentenbescheides vom 03.09.2019 darauf hingewiesen, dass er vom 01.06.2019 befristet bis zum 31.10.2021 eine Rente von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) wegen voller Erwerbsminderung erhÃ¤lt. Grundlage sei ein Gutachten des Psychiaters und Dr. Z gewesen, der nicht nur eine spezifische Phobie im Sinne einer HÃ¶henangst,

sondern auch eine PTBS mit dauernder PersÃ¶nlichkeitsverÃ¤nderung und sich eine daraus entwickelnde AlkoholabhÃ¤ngigkeit festgestellt habe.

Der KlÃ¤ger hat beantragt,

die Beklagte unter AbÃ¤nderung des Bescheids vom 19.01.2010 in Verbindung mit dem Bescheid vom 08.12.2014 sowie unter Aufhebung des Bescheids vom 22.11.2018 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 12.09.2019 zu verurteilen, als weitere Folge des Unfalls vom 14.11.2007 eine posttraumatische BelastungsstÃ¶rung mit einer andauernden PersÃ¶nlichkeitsverÃ¤nderung und sich daraus entwickelnder AlkoholabhÃ¤ngigkeit anzuerkennen und ihm eine Verletztenrente nach den gesetzlichen Bestimmungen auf Basis einer MdE von mindestens 20 % zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat den angefochtenen Bescheid fÃ¼r rechtmÃ¤Ãig gehalten.

Das SG hat zunÃ¤chst die medizinischen Unterlagen aus dem Rentenverfahren der DRV beigezogen.

AnschlieÃend hat es Beweis erhoben durch Einholung eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachtens von Dr. P. Dieser hat am 30.04.2020 mitgeteilt, die Untersuchung vom 30.04.2020 sei nach etwa einer Stunde abgebrochen worden, weil eine sinnvolle Kooperation mit dem KlÃ¤ger nicht mÃ¶glich gewesen sei. Am 08.05.2020 und 09.05.2020 haben dann weitere Untersuchungstermine bei Dr. P stattgefunden. In seinem Gutachten vom 13.10.2020 ist Dr. P in Ãbereinstimmung mit Dr. T zu dem Ergebnis gelangt, dass bei dem KlÃ¤ger als Unfallfolge lediglich eine HÃ¶henangst im Sinne einer spezifischen isolierten Phobie, Akrophobie, vorliege, die mit einer MdE von unter 10 v.H. zu bewerten sei. Das Unfallereignis sei jedoch nur eine untergeordnete und als gering einzuschÃ¤tzende Mitursache fÃ¼r die Phobie. Diese habe sich seit dem Unfall entwickelt, wobei aber unfallunabhÃ¤ngige Mitbeeinflussungen dieser StÃ¶rung mehr als deutlich vorhanden und auch Aggravationstendenzen und bewusste Simulationstendenzen des KlÃ¤gers in deutlichem AusmaÃ festzustellen seien. Bei dem KlÃ¤ger liege ein multifaktorielles Bild vor. Hier sei eine kombinierte PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung mit selbstunsicheren und emotional-instabilen Anteilen zu nennen, die sich lebensgeschichtlich entwickelt habe und unfallunabhÃ¤ngig sei. Daneben liege eine SuchterkrankungÂ (AlkoholabhÃ¤ngigkeit) vor, die nach den aktenkundigen Unterlagen schon vor dem Unfall vorhanden gewesen und damit ebenfalls unfallunabhÃ¤ngig sei. Die Entwicklung der AlkoholabhÃ¤ngigkeit sei als Folge einer inadÃ¤quaten ProblemlÃ¶sungsstrategie zu werten, eine genetisch bedingte Komponente kÃ¶nne nicht ausgeschlossen werden. Auch die bei der Untersuchung festgestellten AffektstÃ¶rungen mit Neigungen zu reaktiven depressiven StÃ¶rungen seien schon vor dem Unfall vorhanden gewesen. Aus der Gesamtbiografie sowie dem Lebenswandel des KlÃ¤gers ergebe sich eine Neigung

zur Entwicklung einer PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung und Suchterkrankung. Bei dem Unfallereignis handele es sich nur um eine Gelegenheitsursache. Der Meinung von Dr. E kÃ¶nne er nicht folgen. Da bei dem KlÃ¤ger bereits mehrfach massive Aggravations-/Ãbertreibungstendenzen sowie Hinweise auf bewusste Simulationstendenzen festgestellt worden seien, kÃ¶nne die Diagnose einer PTBS nicht gestellt werden, auch die Diagnose einer PersÃ¶nlichkeitsverÃ¤nderung nach Extrembelastung sei nicht haltbar. Die von Dr. Z gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode kÃ¶nne er derzeit nicht bestÃ¤tigen. Die Aggravations-/Ãbertreibungstendenzen sowie Hinweise auf bewusste Simulationstendenzen lieÃen bei teils widersprÃ¼chlichen Aussagen des KlÃ¤gers die Stellung einer solchen Diagnose nicht zu.

Der KlÃ¤ger hat erklÃ¤rt, er sei mit dem Gutachten des Dr. P nicht einverstanden. Er zweifele an dessen NeutralitÃ¤t, da der erste Untersuchungstermin aufgrund des Verhaltens des Dr. P sehr unerfreulich und belastend abgelaufen sei. Dr. P sei nicht wertschÃ¤tzend mit ihm umgegangen; er habe sich schon von Anfang an verhÃ¶hnt und nicht ernst genommen gefÃ¼hlt. Seine psychischen StÃ¶rungen seien nie sachgerecht behandelt worden. Er fÃ¼hle sich seit dem Unfall als KrÃ¼ppel und minderwertig. Dies habe zu einer entsprechenden Dekompensation des Alkoholgenusses gefÃ¼hrt. Die Behandlung seines Arbeitsunfalls kranke daran, dass Dr. T der Tatsache keine Beachtung geschenkt habe, dass er sich sehr wohl in Teilen an das Absturzereignis erinnern kÃ¶nne. Es sei nicht richtig, dass er keine Erinnerung an das Absturzereignis habe. TatsÃ¤chlich kÃ¶nne er sich in Teilen noch an den Unfall erinnern. Er halte die Einholung eines neurochirurgischen Gutachtens zu der Frage, ob das SchÃ¤del-Hirn-Trauma dauerhafte SchÃ¤den hinterlassen habe, fÃ¼r erforderlich. SchlieÃlich hat er noch einen Bericht des Psychiaters Dr. I vom13.01.2021 Ã¼bersandt, der ausgefÃ¼hrt hat, dass er seit Beginn der Behandlung am 28.01.2020 keine Hinweise fÃ¼r Aggravation oder Simulation gesehen habe. Â

Nachdem der KlÃ¤ger klargestellt hat, dass sein Schreiben vom 18.12.2020 als Befangenheitsantrag gegen Dr. P zu werten sei, hat das SG das Ablehnungsgesuch des KlÃ¤gers mit Beschluss vom 15.03.2021 abgelehnt und zur BegrÃ¼ndung ausgefÃ¼hrt, dies sei nicht fristgemÃ¤Ã und damit unzulÃ¤ssig. Wegen der BegrÃ¼ndung wird auf den Beschluss vom 15.03.2021 verwiesen.

Mit Urteil vom 30.04.2021 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur BegrÃ¼ndung hat es ausgefÃ¼hrt, die Voraussetzungen zur RÃ¼cknahme eines rechtswidrigen nicht begÃ¼nstigenden Verwaltungsaktes lÃ¤gen nicht vor, da der Bescheid vom 19.01.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.03.2010 in der Fassung des Bescheids vom 08.12.2014 nicht rechtswidrig sei. Es sei weiterhin davon auszugehen, dass eine PTBS mit andauernder PersÃ¶nlichkeitsverÃ¤nderung und sich daraus entwickelnder AlkoholabhÃ¤ngigkeit keine Folge des Unfalls vom 14.11.2007 sei. Der KlÃ¤ger habe keinen Anspruch auf Zahlung einer Rente, da die Unfallfolgen keine MdE von mindestens 20 v.H. bedingten. Hierbei hat sich das SG im Wesentlichen auf die Gutachten des Dr. T vom 22.08.2010 und des Dr. P vom 13.10.2020 gestÃ¼tzt. Wegen der Einzelheiten wird auf die EntscheidungsgrÃ¼nde des angefochtenen Urteils verwiesen.

Gegen das ihm am 02.06.2021 zugestellte Urteil hat der KlÃ¤ger am 14.06.2021 Berufung eingelegt. Bei ihm liege wegen der HÃ¶henangst und der PTBS mit einer andauernden PersÃ¶nlichkeitsverÃ¤nderung eine MdE von mindestens 50 v.H. vor. Die schwere SchÃ¤digung durch den Arbeitsunfall kÃ¶nne nicht Ã¼bersehen werden.

Der KlÃ¤ger beantragt schriftsÃ¤tzlich sinngemÃ¤Ã,

das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 30.04.2021 abzuÃ¤ndern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 22.11.2018 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 12.09.2019 zu verurteilen, den Bescheid vom 19.01.2010 in Verbindung mit dem Bescheid vom 08.12.2014 teilweise zurÃ¼ckzunehmen und als weitere Folge des Unfalls vom 14.11.2007 eine posttraumatische BelastungsstÃ¶rung mit einer andauernden PersÃ¶nlichkeitsverÃ¤nderung und sich daraus entwickelnder AlkoholabhÃ¤ngigkeit anzuerkennen und ihm eine Verletztenrente nach den gesetzlichen Bestimmungen auf Basis einer MdE von mindestens 50 v.H. zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt schriftsÃ¤tzlich,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt das angefochtene Urteil fÃ¼r zutreffend. Zur BegrÃ¼ndung stÃ¼tzt sie sich auf die Gutachten der Dres. T und P sowie die Stellungnahmen des Dr. B.

Der KlÃ¤ger ist mit gerichtlichem Schreiben vom 20.12.2021 darauf hingewiesen worden, dass nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme im sozialgerichtlichen Verfahren nicht bewiesen ist, dass der bindend gewordene Bescheid vom 19.01.2010 in Verbindung mit dem Bescheid vom 08.12.2014 rechtswidrig war. Ihm ist Gelegenheit gegeben worden, bis zum 04.02.2021 einen Antrag nach Â§ 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zu stellen. Nachdem der KlÃ¤ger von seinem Antragsrecht keinen Gebrauch gemacht hatte, sind die Beteiligten mit Schreiben vom 03.02.2022 (Zustellung an KlÃ¤ger am 14.02.2022) darauf hingewiesen worden, dass der Senat eine ZurÃ¼ckweisung der Berufung durch Beschluss nach Â§ 153 Abs. 4 SGG in ErwÃ¤gung zieht. Eine Stellungnahme hierzu ist innerhalb der gesetzten Frist bis zum 04.03.2022 nicht erfolgt.

Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen. Dieser ist Gegenstand der Entscheidungsfindung des Senats gewesen.

Â

II.

Der Senat kann die Berufung nach Â§ 153 Abs. 4 SGG durch Beschluss zurÃ¼ckweisen, da er sie einstimmig fÃ¼r unbegrÃ¼ndet hÃ¤lt und die Beteiligten entsprechend gehÃ¶rt worden sind.

Die zulÃ¤ssige Berufung ist nicht begrÃ¼ndet. Das angefochtene Urteil ist nicht zu beanstanden. Der KlÃ¤ger ist durch den angefochtenen Bescheid nicht beschwert, weil dieser nicht rechtswidrig ist (Â§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG). Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, den Bescheid vom 19.01.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.03.2010 in der Fassung des Bescheids vom 08.12.2014 teilweise zurÃ¼ckzunehmen und als weitere Folge des Unfalls vom 14.11.2007 eine PTBS mit einer andauernden PersÃ¶nlichkeitsverÃ¤nderung und einer sich daraus entwickelnden AlkoholabhÃ¤ngigkeit anzuerkennen und ihm eine Rente zu gewÃ¤hren, da dieser Bescheid nicht rechtswidrig war.

Nach Â§ 44 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) ist ein Verwaltungsakt mit Wirkung fÃ¼r die Vergangenheit zurÃ¼ckzunehmen, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei seinem Erlass das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen nicht erbracht worden sind.

Diese Voraussetzungen sind nicht erfÃ¼llt. Die Beklagte ist bei Erlass des Bescheides vom 19.01.2010Â in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.03.2010 in der Fassung des Bescheids vom 08.12.2014 weder von einem unrichtigen Sachverhalt ausgegangen, noch hat sie das Recht unzutreffend angewandt. Vielmehr hat sie zu Recht lediglich eine HÃ¶henangst als Unfallfolge festgestellt. Die Â Anerkennung weiterer Unfallfolgen sowie die GewÃ¤hrung einer Rente hat sie demgegenÃ¼ber zu Recht abgelehnt, weil der KlÃ¤ger hierauf keinen Anspruch hat.

Dies ergibt sich aus Â§Â 56 Abs.Â 1 S.Â 1 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII). Danach Â haben Versicherte in Folge eines Versicherungsfalles Ã¼ber die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus Anspruch auf GewÃ¤hrung von Rente, wenn die ErwerbsfÃ¤higkeit um mindestens 20 v.H. gemindert ist. Die Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit Â (MdE) richtet sich nach dem Umfang der sich aus der BeeintrÃ¤chtigung des kÃ¶rperlichen und geistigen LeistungsvermÃ¶gens ergebenden verminderten ArbeitsmÃ¶glichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. GesundheitsstÃ¶rungen und ggf. daraus resultierende Beschwerden kÃ¶nnen alsÂ Unfallfolgen nur anerkannt werden, wenn sie selbst sowie auch ein Ursachenzusammenhang mit dem Unfallereignis nachgewiesen sind. Dabei ist eine GesundheitsstÃ¶rung dannÂ Unfallfolge, wenn sie spezifisch durch einen Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls wesentlich verursacht worden ist (BSG, Urteil vom 05.07.2011 â B 2 U 17/10 RÂ -). Hinsichtlich des BeweismaÃstabs gilt, dass u.a. der âGesundheiterst- bzw. Gesundheitsfolgeschadenâ im Wege des Vollbeweises â also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit â fÃ¼r das Gericht feststehen muss (BSG, Urteil vom 24.11.2010 â B 11 AL 35/09 R -). DemgegenÃ¼ber genÃ¼gt fÃ¼r den Nachweis der wesentlichen UrsachenzusammenhÃ¤nge zwischen diesen Voraussetzungen die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit (nicht allerdings die bloÃe MÃ¶glichkeit), die zu bejahen ist, wenn mehr fÃ¼r als gegen die Annahme des Ursachenzusammenhangs spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden (BSG, Urteil vom 02.11.1999 â B 2 U 47/98 RÂ -). Sind â wie hÃ¤ufig â mehrere Bedingungen fÃ¼r den Eintritt des Schadens ursÃ¤chlich im

naturwissenschaftlichen Sinn gewesen, gilt die KausalitÃ¤tslehre der wesentlichen Bedingung. Danach sind nur die Ursachen rechtserheblich, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg an dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (BSG, Urteil vom 12.04.2005 â Az.: B 2 U 27/04 RÂ -, Urteil vom 09.05.2006 â B 2 U 1/05 RÂ -).

Unter BerÃ¼cksichtigung dieser GrundsÃ¤tze gibt es keine Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass die Beklagte bei Erlass des bindend gewordenen Bescheides das Recht falsch angewandt haben sollte. Dies hat auch der KlÃ¤ger nicht behauptet.

Die Beklagte ist bei Erlass des bindend gewordenen Bescheides auch nicht von einem Sachverhalt ausgegangen, der sich als unrichtig erwiesen hat. Aufgrund der Gutachten des Dr. G und des Dr. T sowie der beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahmen des Dr. F und des Dr. B ist die Beklagte in dem Bescheid vom 19.01.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.03.2010 in der Fassung des Bescheids vom 08.12.2014 zu Recht davon ausgegangen, dass neben einer spezifischen Phobie im Sinne einer HÃ¶henangstÂ keine Folgen des erlittenen SchÃ¤delkalottenbruches mit subarachnoidaler Blutung und perilunÃ¤rer Verrenkung der rechten Handwurzel, die eine MdE messbaren Grades vom Tage nach Wegfall des Verletztengeldanspruchs am 12.05.2009 bedingten, zurÃ¼ckgeblieben sind und deshalb auch kein Anspruch auf eine Rente besteht. Auf der Grundlage der o.g. Gutachten und StellungnahmenÂ hat sie auch zu Recht festgestellt, dass die PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung mit Ã¤ngstlich abhÃ¤ngigen und emotional instabilen ZÃ¼gen und wiederkehrendem Alkoholmissbrauch als unfallunabhÃ¤ngig zu werten ist. Dem steht das damals im Verwaltungsverfahren eingeholte Gutachten des Dr. R vom 04.09.2009 nicht entgegen. Denn auch Dr. R stellte in seinem Gutachten fest, dass die PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung mit Ã¤ngstlich abhÃ¤ngigen und emotional-instabilen ZÃ¼gen und ein wiederkehrender Alkoholmissbrauch unfallunabhÃ¤ngig sind und die Teilsymptome einer PTBS, die er noch in seinem Gutachten vomÂ 20.04.2008 diagnostiziert hatte, ab dem 12.05.2009 nicht mehr vorlagen. Warum er die MdE dann trotzdem mit 20 v.H. eingeschÃ¤tzt hat, hat er nicht begrÃ¼ndet. Diese EinschÃ¤tzung ist fÃ¼r den Senat auch nicht nachvollziehbar, insbesondere deshalb, weil Dr. R die MdE in seinem Gutachten vom 20.04.2008 noch mit 10 v.H. eingeschÃ¤tzt hatte, obwohl er damals â neben einer stark ausgeprÃ¤gten HÃ¶henangst â noch Teilsymptome einer PTBS festgestellt hatte. Im Ãbrigen hatte auch Dr. BÂ in seiner Stellungnahme vom 26.11.2009 zu Recht darauf hingewiesen, dass die Kriterien der gestellten Diagnosen von Dr. R weder auf der Anamneseebene noch auf der Befundebene systematisch Ã¼berprÃ¼ft und erhoben worden seien.

Auch die im Rahmen des ÃberprÃ¼fungsverfahrens durchgefÃ¼hrten Ermittlungen haben bestÃ¤tigt, dass die Beklagte bei Erlass des 19.01.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.03.2010 in der Fassung des Bescheids vom 08.12.2014 nicht von einem unrichtigen Sachverhalt ausgegangen ist.

In seinem Gutachten vom 13.10.2020 hat Dr. P bestÃ¤tigt, dass bei dem KlÃ¤ger als Unfallfolge lediglich eine HÃ¶henangst im Sinne einer spezifischen Phobie vorliegt, die mit einer MdE von unter 10 v.H. einzuschÃ¤tzen ist. In Übereinstimmung mit

Dr. T hat er festgestellt, dass beim KlÃ¤ger keine PTBS vorlag. Mit Ã¼berzeugender BegrÃ¼ndung hat er dargelegt, dass die von ihm beim KlÃ¤ger diagnostizierte PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung mit selbstunsicheren und emotional-instabilen Anteilen und die Alkoholerkrankung nicht auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren sind, sondern dass sich die PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung vielmehr lebensgeschichtlich entwickelt hat und die AlkoholabhÃ¤ngigkeit Folge einer inadÃ¤quaten ProblemlÃ¶sungsstrategie ist. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf die Darstellung der gutachterlichen BegrÃ¼ndung unter I. verwiesen. ErgÃ¤nzend wird darauf hingewiesen, dass sich aus den Akten unzweifelhaft ergibt, dass der KlÃ¤ger schon vor dem Unfall erhebliche Alkoholprobleme hatte. Bereits in dem Entlassungsbericht des Krankenhausen N vom Â 06.12.2007 war auf ein bekanntes Alkoholproblem in der Vorgeschichte hingewiesen worden; bei der Untersuchung durch Dr. F im Dezember 2008 hatte der KlÃ¤ger angegeben, schon 2001 nach dem Tod seiner GroÃmutter vermehrt Alkohol getrunken zu haben; bei der Begutachtung durch Dr. R im April 2008 hat er erklÃ¤rt, er habe phasenweise Probleme mit Alkohol gehabt, sei da teilweise leichtsinnig gewesen und habe auch bei Frust viel getrunken, auch seinen FÃ¼hrerschein habe er wegen Alkohol am Steuer (1,6 Promille) verloren, den bekomme er erst im August 2008 wieder.

Der Senat hat an der gutachterlichen EinschÃ¤tzung des Dr. P trotz der vom KlÃ¤ger erhobenen EinwÃ¤nde keine Zweifel. Er hat sein Gutachten aufgrund von Untersuchungen des KlÃ¤gers an drei verschiedenen Tagen und unter BerÃ¼cksichtigung der umfangreichen aktenkundigen medizinischen Unterlagen erstattet und die wissenschaftlichen und rechtlichen GrundsÃ¤tze fÃ¼r Begutachtungen im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung beachtet. Aus dem Gutachten selbst ergibt sich, dass er eine sehr ausfÃ¼hrliche und sorgfÃ¤ltige AnamneseÂ erhoben und sich differenziert mit den Angaben des KlÃ¤gers auseinandergesetzt hat.

Die vom KlÃ¤ger vorgelegten Berichte des Dr. E vom 02.09.2018 und 04.07.2019 sind nicht geeignet, das Gutachten des Dr. P zu widerlegen. Abgesehen davon, dass nicht ersichtlich ist, auf welche Befunde Dr. E seine Diagnosen gestÃ¼tzt hat, enthalten seine Berichte aber auch keine nachvollziehbare BegrÃ¼ndung fÃ¼r den von ihm angenommenen Ursachenzusammenhang. Allein seine â ebenfalls durch nichts begrÃ¼ndete Behauptungen -, psychische Erkrankungen hÃ¤tten vor dem Unfall nicht vorgelegen und seine Auffassung, das Trauma sei so schwerwiegend gewesen, dass es seines Erachtens FolgeschÃ¤den verursacht haben mÃ¼sse, reichen nicht aus, um einen Ursachenzusammenhang wahrscheinlich zu machen. Auch die Gutachten der Dres. H und Z fÃ¼r die DRV sind nicht geeignet, Zweifel an der EinschÃ¤tzung des Dr. P zu wecken, da diese Gutachter keine Aussagen zur UrsÃ¤chlichkeit der psychischen GesundheitsstÃ¶rungen gemacht haben. Dr. H hat im Ãbrigen auch explizit ausgefÃ¼hrt, dass das vom KlÃ¤ger dargebotene Zustandsbild keinen regulÃ¤ren Begutachtungsverlauf ermÃ¶glicht habe.

Da bei dem KlÃ¤ger neben der bereits anerkannten Unfallfolge aufgrund der bereits anerkannten Unfallfolge âspezifische Phobie im Sinne einer HÃ¶henangstâ keine weiteren Unfallfolgen vorlagen,Â hat die Beklagte mit dem Bescheid vom 19.01.2010 in Verbindung mit dem Bescheid vom 22.11.2018 in der Gestalt des

Widerspruchsbescheides vom 12.09.2019 auch die GewÃ¤hrung einer Rente zu Recht abgelehnt. Denn die anerkannte Unfallfolge bedingt â wie bereits ausgefÃ¼hrt â keine MdE von mindestens 20 v.H.

AbschlieÃend weist der Senat darauf hin, dass der KlÃ¤ger die objektive Beweislast fÃ¼r die Rechtswidrigkeit des Bescheides vom 19.01.2010 in Verbindung mit dem Bescheid vom 08.12.2014 trÃ¤gt.Â

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

Die Revision wird nicht zugelassen, da die gem. Â§ 160 Abs. 2 SGG erforderlichen Voraussetzungen nicht vorliegen.

Â

Erstellt am: 27.04.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024