S 6 U 66/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Baden-Württemberg

Sozialgericht Landessozialgericht Baden-Württemberg

Sachgebiet Unfallversicherung

Abteilung 8.
Kategorie Urteil
Bemerkung -

Rechtskraft - Deskriptoren -

Leitsätze 1. Zu den Voraussetzungen der

Anerkennung einer PTBS als Unfallfolge nach der ICD-10, der ICD-11 und dem

DSM-5.

2. Die ICD-11 ist als neuester Stand der

Wissenschaft bereits anwendbar.

Normenkette SGB 7 § 8

SGB 7 § 56 Abs 1 S 1

1. Instanz

Aktenzeichen S 6 U 66/18 Datum 24.09.2020

2. Instanz

Aktenzeichen L 8 U 3422/20 Datum 21.07.2023

3. Instanz

Datum -

Auf die Berufung des KlĤgers wird das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 24.09.2020 abgeĤndert. Die Beklagte wird unter AbĤnderung des Bescheides vom 22.09.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.12.2017 verpflichtet, als Folge des Arbeitsunfalls des KlĤgers vom 18.05.2007 eine posttraumatische BelastungsstĶrung anzuerkennen und dem KlĤger Verletztenrente fļr den Arbeitsunfall vom 18.05.2007 im gesetzlichen Umfang nach einer MdE von 20 v.H. zu gewĤhren.

Die Beklagte hat zwei Drittel der au̸ergerichtlichen Kosten des Klägers im Klageverfahren und im Berufungsverfahren zu erstatten.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Anerkennung von Unfallfolgen und die GewĤhrung einer Verletztenrente aufgrund eines Unfalls vom 18.05.2007.

Bereits am 23.07.1999 hatte der 1967 geborene Kläger während seiner Tätigkeit als Maurer einen Arbeitsunfall erlitten, bei dem er als Beifahrer mit einem Arbeitsunimog verunglù¼ckte und sich Wirbelsäulenverletzungen zuzog. Fù¼r diesen Unfall war die BG Bauwirtschaft zuständig. Nach einer Umschulung 2003 war der Kläger als Lagerist tätig und bei der Beklagten unfallversichert.

Am 18.05.2007 sollte der KlĤger als Staplerfahrer mit einem 8-Tonnen-Stapler ein Stromaggregat von vier Metern LĤnge von einem LKW abladen. Das Aggregat kam ins Rutschen und traf den dem KlĤger unbekannten Fahrer des LKW, der sich vom KlĤger unbemerkt zwischen Aggregat und LKW begeben hatte. Der KlĤger ging nach vorne und sah den Verletzten aus dem Mund bluten. Der KlĤger wurde von Kollegen anschlieÃ⊓end weggeführt und zum Arzt gebracht. Der LKW-Fahrer untersuchte, sah beim KlĤger einen akuten Erregungszustand mit Zittern am ganzen KĶrper und diagnostizierte eine akute Belastungsreaktion bei tĶdlichem Arbeitsunfall. Der KlÄger war zunÄgchst arbeitsunfÄghig und wurde danach auf einem anderen Arbeitsplatz eingesetzt. Nach dem Unfall war der KlĤger bei D1 und E1 in Behandlung und es erfolgten fünf probatorische psychotherapeutische Sitzungen bei K2. Am 12.07.2007 berichteten D1 und E1, sie hÃxtten den KlÃxger erstmalig am 19.05.2007 behandelt. Er habe ein psychopathologisches Bild einer posttraumatischen BelastungsstĶrung (PTBS) prÃxsentiert, es seien somatoforme Symptome wie Schwindel und Kopfschmerzen aufgetreten. Am 04.06.2007 habe er über Schlafstörungen und Angstträume berichtet. Eine Behandlung sei mit ursprünglich 20, jetzt 30 mg Fluoxetin erfolgt. In einem Befundbericht vom 05.10.2007 stellte K2 die Diagnose einer PTBS sowie einer mittelgradigen depressiven Episode. Der KlÄger habe von SchlafstĶrungen, Intrusionen, depressiver Reaktion mit Affekteinengung, Vermeidungsreaktion, Unruhe, AngstzustĤnden und KonzentrationsstĶrungen berichtet. Er habe seit dem Unfall Probleme an der Arbeitsstelle mit seinem Chef und sei hĤufig arbeitsunfĤhig krank. Es sei eine Traumatherapie mit 20 Sitzungen geplant.

In einer beratungsärztlichen Stellungnahme vom 20.11.2007 führte S1 aus, die Diagnose einer PTBS sei nicht nachvollziehbar. Es fehle in den vorliegenden Berichten an einem entsprechenden psychischen Befund. An gesicherten Unfallfolgen bestehe eine folgenlos ausgeheilte akute Belastungsreaktion. Eine Psychotherapie sei aufgrund der Unfallfolgen nicht erforderlich. Daraufhin lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für eine weitere Psychotherapie ab. Weitere Bescheide, etwa über die Anerkennung von Unfallfolgen oder eine MdE-Rente, wurden von der Beklagten in der Folgezeit nicht erlassen.

Ab Herbst 2007 befand sich der Kläger ein Jahr in Elternzeit. Danach arbeitete er wieder in seiner alten Firma, jedoch an einem anderen Arbeitsplatz als vor dem Unfall, bis ihm im Jahr 2020 gekündigt wurde.

Im Rahmen eines am 17.08.2007 gestellten Verschlimmerungsantrages bezüglich

der Folgen des Unfalls vom 23.07.1999 wurde der KlĤger im Auftrag der BG Bau von S2 (Gutachten v. 27.05.2008) und von J1 (Gutachten v. 07.06.2008) begutachtet. J1 diagnostizierte neben myostatischen Belastungsschmerzen nach BWK 10-Fraktur, die auf den Unfall vom 23.07.1999 zurückzuführen seien, eine PTBS, für die der Unfall vom 18.05.2007 ursächlich sei. Im psychiatrischen Befund wurden Flash-backs mit traumhaften Erinnerungsbildern und einem zwanghaften Auftreten der Unfallbilder und des Gesichts des toten Arbeitskollegen beschrieben, wogegen sich der Kläger nicht wehren könne und dabei Angst und Panik empfinde.

Vom 15.06.2010 bis 20.07.2010 absolvierte der KlĤger eine von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) getragene psychosomatische Rehabilitation in der Klinik K3. Im Entlassbericht wurden als Diagnosen u.a. eine PTBS und eine mittelgrade depressive Episode genannt. Die ErwerbsfĤhigkeit sei bei einem Verbleib an der bisherigen Arbeitsstelle mittelfristig gefĤhrdet. Durch die psychische Belastung der unverarbeiteten Traumatisierung bestÃ⅓nden diverse EinschrĤnkungen. Der KlĤger meide groÃ□e Menschenmengen, da er meine, das Gesicht des Toten in der Menge zu sehen, was zu Erinnerungen an den Vorfall fÃ⅓hre. Er träume nicht mehr von dem Vorfall. Zudem berichtete der Kläger nach einem EigentÃ⅓merwechsel von schlechter Stimmung und Schikanen am Arbeitsplatz, wo er unzufrieden sei.

Am 29.11.2010 erfolgte eine Untersuchung durch S1 mit testpsychologischer Untersuchung durch T1. S1 sah keine Anhaltspunkte fýr inhaltliche oder formale DenkstĶrungen. Die Stimmungslage sei ausgeglichen. Der KlĤger berichte mit angemessen emotionaler Beteiligung über den tödlichen Arbeitsunfall. Im Verlauf der Untersuchung habe sich der KlĤger regelrecht humorvoll, gut schwingungsfähig, mit lebhaftem, aber nicht überschieÃ∏endem Affektausdruck gezeigt. S1 sah keine Hinweise für Störungen von Wahrnehmung, Konzentration oder MerkfĤhigkeit. Die im Rehabericht mitgeteilten Diagnosen seien aus Beschwerdeschilderung und Befunderhebung nicht nachvollziehbar. Es sei unter Bezugnahme auf die Kriterien des DSM-IV (4. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) keine psychische StA¶rung zu diagnostizieren, insbesondere keine PTBS. Der KlĤger beklage vor allem ein unfreundliches Arbeitsklima und eine erhebliche Arbeitsbelastung. Bei der psychologischen Untersuchung durch T1 hÃxtten sich im Wesentlichen regelrechte kognitive Leistungen gezeigt, jedoch auch eine Beschwerdeļbertreibung. Eine Psychotherapie sei unfallbedingt nicht erforderlich.

Am 11.06.2012 stellte sich der KlĤger zur prĤstationĤren Diagnostik in der Klinik fýr Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums am W1 vor. Dort wurde eine PTBS, eine mittelgradig depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung sowie psychische Faktoren bei Cluster-Kopfschmerz diagnostiziert. Eine stationäre Aufnahme erfolgte nicht, da die Beklagte die Kostenübernahme ablehnte.

Vom 27.06.2012 bis 17.07.2012 und vom 08.10.2014 bis 29.100.2014 absolvierte der KlĤger jeweils eine von der DRV getragene orthopĤdische

Rehabilitationsmaà nahme.

Vom 26.01.2016 bis 08.03.2016 war der Kläger zu Lasten der Krankenkasse stationär in der Klinik fä½r Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums am W1. Im Entlassbericht vom 21.03.2016 wurde die Diagnose einer PTBS gestellt. Die Verarbeitung des traumatischen Unfalls sei dem Kläger kaum mä¶glich gewesen, da er sich in einem Gerichtsverfahren habe verantworten mä¾ssen und sich durch die damaligen Vorgesetzten in eine Tägerrolle gedrägngt gesehen habe. In der Folge des Unfalls sei es zu zunehmenden Problemen am Arbeitsplatz gekommen. Es hägten sich mit der Zeit intrusive Erinnerungen, Hypervigilanz und Gefä¼hle, bedroht zu sein, entwickelt. Er habe ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten entwickelt, das Ansprechen des Unfalls vermieden und das erneute Fahren des Unfallfahrzeugs. Dadurch hägten sich Ä∏ngste, Intrusionen und Hypervigilanz vertieft. Zudem bestehe eine rezidivierende depressive Stä¶rung mit gegenwägrtig mittelgradiger Episode, anamnestisch mindestens seit dem Wiedereinstieg in die Arbeit und der damit entstehenden Konfliktsituation 2008.

Mit Schreiben vom 21.04.2016 beantragte der KlĤger die Feststellung einer Minderung der ErwerbsfĤhigkeit, da sich bei ihm die gesundheitlichen Folgen des Arbeitsunfalls von 2007 erheblich verschlechtert hĤtten. Die Beklagte zog das Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse, Befundberichte der behandelnden Ä□rzte und die Schwerbehindertenakte des KlĤgers beim Landratsamt H1 bei. In einem darin enthaltenen Bericht vom 28.04.2015 an das Landratsamt H1 hatten E1 und D1 mitgeteilt, es bestehe unverĤndert ein komplexes Krankheitsbild mit depressiven, Ĥngstlichen und Schmerzsymptomen. Eigentliche Symptome einer PTBS seien nicht mehr nachweisbar, es bestehe eine sekundĤre PersĶnlichkeitsverĤnderung. K2 berichtete am 12.07.2016 von den Diagnosen PTBS, rezidivierende depressive StĶrung und chronisches Schmerzsyndrom. Die Symptomatik sei unter Psychotherapie noch unverĤndert, eine psychopharmakologische Mitbehandlung fĤnde statt und die Fortführung der Psychotherapie sei geplant.

Am 13.06.2017 lieà die Beklagte den Kläger durch L1 im Rahmen einer Heilverfahrenskontrolle untersuchen mit ergänzender testpsychologischer Untersuchung durch V1. L1 führte in seinem Bericht vom 14.07.2017 aus, insgesamt zeige sich eine ausgeglichene Stimmung bei regelrechter affektiver Schwingungsfähigkeit und auch im à brigen fehlenden psychopathologischen Auffälligkeiten. Es werde nicht verkannt, dass der Kläger auch heute den zweifelsohne schweren miterlebten Unfall wiederkehrend erinnere und dadurch auch belastet sei. Allerdings fänden sich auf Beschwerde- wie auf Befundebene keine Zeichen einer krankhaften Unfallverarbeitung (mehr). Wiederkehrende depressive Verstimmungen seien bei ausgeprägtem Arbeitsplatzkonflikt menschlich nachzuvollziehen. Spezielle Heilmaà nahmen aufgrund des Unfalls vom 18.05.2007 seien entbehrlich. V1 gelangte bei ihrer Testung zu dem Ergebnis, dass sich bei unterdurchschnittlicher intellektueller Grundbefähigung unterdurchschnittliche kognitive Leistungen fänden.

Mit Bescheid vom 22.09.2017 erkannte die Beklagte das Ereignis vom 18.05.2007 als Arbeitsunfall an. Als Folge des Arbeitsunfalls erkannte sie eine folgenlos ausgeheilte vorļbergehende akute psychische Reaktion an. Keine Folgen des Arbeitsunfalls seien die wiederkehrenden SchmerzstĶrungen mit emotional bedingten Clusterkopfschmerzen sowie depressive Verstimmungen infolge arbeitsplatzbezogener Konflikte sowie die Folgen des Arbeitsunfalls vom 23.07.1999. Ein Anspruch auf Leistungen, insbesondere Heilbehandlung und sonstige Geldleistungen über den 31.07.2007 hinaus wegen der vorübergehend bestehenden seelischen StĶrung bestehe nicht. Ein Anspruch auf Rente bestehe ebenfalls nicht. Die erstmals im Mai/Juni 2007 von D1 / E1 und K2 diagnostizierte PTBS sei nicht gesichert. Die Diagnose habe nicht den allgemein anerkannten ErfahrungssÄxtzen des medizinischen Wissensstandes in der gesetzlichen Unfallversicherung entsprochen, da sich die Diagnosestellung allein auf die Beschwerdeschilderung des KlAxgers gestA¼tzt habe, ohne dass von den Behandlern eigene Befunde erhoben bzw. psychometrische Testverfahren zur Beschwerdevalidierung durchgefļhrt worden seien. S1 habe anlĤsslich seiner Untersuchung am 29.11.2010 einen regelrechten psychischen Befund erhoben. Eine PTBS habe nicht diagnostiziert werden kA¶nnen. Auch L1 habe am 13.06.2017 einen unauffÄxlligen psychiatrischen Befund erhoben. Die geklagten depressiven Verstimmungen seien auf einen Konflikt am Arbeitsplatz zurļckzufļhren.

Im Widerspruchsverfahren machte der Kläger geltend, seine behandelnden Ã∏rzte hätten aufgrund der von ihnen erhobenen Befunde zutreffend eine PTBS diagnostiziert und ihn deshalb jahrelang behandelt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21.12.2017 wies die Beklagte den Widerspruch zurĽck. Ein rechtlich wesentlicher Ursachenzusammenhang zwischen den vom KlĤger vorgetragenen Beschwerden und dem Arbeitsunfall kĶnne nicht hinreichend wahrscheinlich gemacht werden. Ferner sei die Diagnose PTBS nicht gesichert. L1 und S1 hĤtten einen unauffĤlligen psychiatrischen Befund erhoben.

Am 05.01.2018 hat der KlĤger Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben, mit der er beantragt hat, â∏∏die Beklagte zu verpflichten, ihm eine Verletztenrente nach einer Minderung der ErwerbsfÄxhigkeit (MdE) von mindestens 20 v.H., Leistungen, insbesondere Heilbehandlung und sonstige Geldleistungen über den 31.07.2007 zu gewĤhren sowie das Vorliegen einer wiederkehrenden SchmerzstĶrung mit emotional bedingtem Clusterkopfschmerz sowie depressive Verstimmungen infolge arbeitsplatzbezogener Konflikte und das Vorliegen einer PTBS als weitere Unfallfolgen anzuerkennenâ∏. Er hat eine Bescheinigung von E1 vom 07.08.2018 vorgelegt. Darin hat E1 angegeben, es sei wegen einer unzureichenden und verzĶgerten Behandlung aufgrund von Streitigkeiten der KostentrĤger zu einer Chronifizierung der Symptomatik gekommen. Es sei zu einer erheblichen EinschrĤnkung der Erlebnis- und GestaltungsfĤhigkeit mit geminderter Stresstoleranz und Auftreten von kognitiven Defiziten gekommen. Seit 2012 leide der KlĤger an Kopfschmerzen, wobei ein Zusammenhang mit der Jahre zuvor eingetretenen PTBS bzw. der dann chronifizierten depressiven Symptomatik anzunehmen sei.

Das SG hat von Amts wegen ein Gutachten durch S3 vom 15.07.2019 aufgrund zweier Untersuchungen am 01.04.2019 und 25.04.2019 eingeholt. S3 hat eine rezidivierende depressive StA¶rung, gegenwAxrtig teilremittiert, und eine anhaltende somatoforme SchmerzstĶrung diagnostiziert. Eine PTBS kĶnne jedoch nicht mit erforderlicher Sicherheit diagnostiziert werden. Für eine Diagnose mÃ¹/₄ssten nach ICD-10 (10. Version der internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme â∏ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) die ersten vier Kriterien A bis D zwingend vorliegen. Das A- oder Traumakriterium sei erfüllt. Das B- oder Wiedererlebenskriterium sei mĶglicherweise, nicht jedoch mit erforderlicher Sicherheit erfüllt. Der Kläger berichte, dass sich ihm mehrfach pro Tag das Bild vom Unfall aufdrĤnge. Hinweise auf Flashbacks hĤtten sich jedoch nicht ergeben, ebenso werde nicht konsistent über Albträume berichtet. Das C- oder Vermeidungskriterium sei ebenfalls nicht erfA¼llt. Es sei nicht krankhaft, wenn der KIäger beim Passieren des Unfallortes an den Unfall denke. Das D- oder HypersensitivitÃxts-/Amnesiekriterium sei ebenfalls nicht erfüllt. Es liege keine Erinnerungsstörung vor. Ã∏ber Schlafstörungen habe der Kläger bereits seit 1999 und somit lange vor dem schäzdigenden Ereignis berichtet. Reizbarkeit und KonzentrationsschwĤche seien nicht festzustellen. Auch zu früheren Zeitpunkten als die jetzige Untersuchung seien die Kriterien einer PTBS nicht erfļllt gewesen. Zu diagnostizieren sei jedoch eine akute Belastungsreaktion für die Stunden bis wenige Tage nach dem Ereignis. Die sich spĤter manifestierende depressive Symptomatik sei nicht mehr im Zusammenhang mit der akuten Belastungsreaktion zu sehen. Nur für die akute Belastungsreaktion bestehe ein naturwissenschaftlicher Zusammenhang zum Unfall. Diese begründe eine ArbeitsunfĤhigkeit von maximal einigen Tagen. Eine relevante MdE sei nicht festzustellen.

Der KlĤger hat den Entlassbericht vom 03.11.2019 ýber eine stationĤre Rehabilitation durch die DRV in der U1-Klinik G1 vom 11.09.2019 bis 23.10.2019 vorgelegt. Darin sind die Diagnosen mittelgradige depressive Episode, chronische SchmerzstĶrung mit somatischen und psychischen Faktoren, sonstige multisegmentale BandscheibenschĤden und Impingement-Syndrom der Schulter gestellt worden. Im Befund ist ausgeführt, dass der Kläger zunächst eine PTBS entwickelt habe, welche sich im Verlauf als depressive Erkrankung chronifiziert habe, mit zunehmender somatoformer Beschwerdeakzentuierung. Der Kläger hat gegen das Gutachten von S3 eingewandt, neben dem A-Kriterium seien auch die weiteren Kriterien einer PTBS bei ihm erfüllt. Zudem habe der Gutachter nicht in ausreichendem MaÃ∏e die Faktoren berücksichtigt, die das Schadensbild bei ihm aufrechterhalten hätten.

Das SG hat eine ergĤnzende Stellungnahme von S3 vom 19.02.2020 eingeholt. Dieser hat angemerkt, dass im Entlassbericht der U1-Klinik gerade keine PTBS als Diagnose genannt worden sei und hat ansonsten an seiner EinschĤtzung festgehalten. Die weiteren belastenden psychosozialen Einflussfaktoren wie gerichtliche Auseinandersetzung um die Schuldfrage, Mobbing, Konflikte, drohender Arbeitsplatzverlust, wirtschaftliche Existenzbedrohung etc. seien keine unmittelbare oder mittelbare Arbeitsunfallfolge als GesundheitsschĤden, sondern durch den

Arbeitsunfall ausgelöste gesellschaftliche, wirtschaftliche und soziale Beeinträchtigungen, die als Verwirklichung eines allgemeinen Lebensrisikos aufzufassen seien.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 24.09.2020 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, Folge des Unfalls sei lediglich eine akute Belastungsreaktion, die, wie S3 dargelegt habe, nach wenigen Tagen ausgeheilt sei und keine MdE begründe. S3 habe in seinem Gutachten überzeugend dargelegt, dass die Kriterien einer PTBS nicht erfüllt seien. Die von S3 diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und rezidivierende depressive Störung sei nicht auf den Unfall von 2007 zurückzuführen.

Der KlAxger hat gegen das ihm am 08.10.2020 zugestellte Urteil am 28.10.2020 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Zur Berufungsbegründung hat er auf die Angaben der behandelnden Ã∏rzte verwiesen, die bei ihm eine PTBS diagnostiziert hAxtten, und u.a. einen Bericht der S4-Klinik S5 vom 10.02.2021 über einen stationären Aufenthalt vom 01.02.2021 bis 10.02.2021 zur multimodalen Schmerztherapie sowie einen Entlassbrief des UniversitÃxtsklinikums H2 â□□ Zentrum für psychosoziale Medizin vom 27.07.2021 über einen stationären Aufenthalt vom 25.05.2021 bis 27.07.2021 vorgelegt. Im Entlassbericht der Uniklinik H2 sind als Diagnosen eine PTBS, eine schwere depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven StĶrung sowie eine Chronische SchmerzstĶrung mit somatischen und psychischen Faktoren genannt worden. Im psychopathologischen Befund werden tÃxgliches Wiedererleben, Anspannung, AlbtrÃxume, eine erhöhte Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit, Hypervigilanz, Vermeidungsverhalten, Ã\(\text{\partial}\) ngste bezüglich des Wiederauftretens von Intrusionen und handlungsleitende Ã∏ngste bezýqlich der Familie des Todesopfers beschrieben.

Der KlĤger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 24.09.2020 aufzuheben und die Beklagte unter AbĤnderung des Bescheides vom 22.09.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.12.2017 zu verpflichten, ihm Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v.H. zu gewĤhren sowie das Vorliegen einer wiederkehrenden SchmerzstĶrung mit emotional bedingtem Clusterkopfschmerz sowie depressive Verstimmungen infolge arbeitsplatzbezogener Konflikte und das Vorliegen einer posttraumatischen BelastungsstĶrung als weitere Unfallfolgen anzuerkennen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie h \tilde{A} x It die angefochtene Entscheidung f \tilde{A} 1 4 r zutreffend.

Der Senat hat zunĤchst eine erneute gutachterliche ergĤnzende Stellungnahme von S3 vom 09.09.2021 eingeholt. Dieser hat ausgeführt, dass die Diagnose einer

PTBS häufig unkritisch von Behandlern gestellt werde. Die im Bericht der Uniklinik H2 vom 27.07.2021 diagnostizierte PTBS werde nirgends explizit hergeleitet. Die vom Kläger geschilderten Beschwerden seien $\tilde{A}^{1/4}$ bernommen worden, ohne sie kritisch zu hinterfragen. Dies gelte auch f $\tilde{A}^{1/4}$ r den Bericht der S4-Klinik.

Der Kläger hat einen Entlassbrief des Universitätsklinikums H2 â∏ Zentrum für psychosoziale Medizin vom 01.02.2022 über einen erneuten stationären Aufenthalt vom 07.12.2021 bis 01.02.2022 aufgrund der vorbekannten Diagnosen vorgelegt.

Der Senat hat ferner auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers ein psychiatrischpsychotherapeutisches Gutachten nach § 109 SGG der FachÃxrztin E2 vom 21.05.2022 mit ambulanter Untersuchung am 27.03.2022 eingeholt. Diese hat ausgeführt, dass nach DSM-5 die Kriterien für eine PTBS erfüllt seien. Sowohl das Eingangskriterium (Erleben eines schweren Unfalls), das B- Kriterium (Wiedererinnerungserleben), von dem nur eins erfüllt sein müsse, als auch das C1-Kriterium (Vermeidung daran zu denken und darüber zu reden), das D-Kriterium (negative VerÃxnderung von Kognition und Stimmung) und das E-Kriterium (deutliche VerÄnderungen in Arousal (=Erregbarkeit) und ReagibilitÄnt), von denen wenigstens zwei Kriterien erfüllt sein müssten, lägen vor. Die PTBS sei inhaltlich und zeitlich mit ausreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich auf den Unfall vom 18.05.2007 zurļckzuführen. Aus der Begutachtung durch S1 gehe nicht hervor, ob die mĶglichen Symptome einer PTBS konsequent abgefragt worden seien. L1 habe einen unauffÄxlligen psychischen Befund erhoben, obwohl er eine erhebliche psychische BeeintrÄxchtigung im Rahmen des Arbeitsplatzkonflikts bestÄxtigt habe. Auch habe er nicht hinterfragt, dass der KlÄxger Symptome spontan wenig schildere. S3 habe die besondere PersĶnlichkeitsstruktur des KIägers nicht berücksichtigt. Auch wenn es durchaus zutreffend sei, dass die Diagnose PTBS von den Behandlern teils unkritisch gestellt worden sei, müsse dennoch berücksichtigt werden, dass die Diagnose PTBS durchgehend von allen Behandlern und Kliniken gestellt worden sei. Die Auflistung sĤmtlicher Kriterien in Behandlungsberichten sei nicht unbedingt Aufgabe eines Behandlers, sondern eines Gutachters. Dennoch werde bei einer ambulanten oder stationĤren Behandlung die Symptomatik erfasst und diagnostisch eingeordnet. Die Vorgutachter hÄxtten ältere MaÃ∏stäbe zugrunde gelegt, anstelle der neueren MaÃ∏stäbe des DSM-5, die erfüllt seien. Weiter bestehe eine rezidivierende depressive Störung und eine somatoforme SchmerzstĶrung mit somatischen und psychischen Faktoren. Da nicht eindeutig geklägt werden kä¶nne, ob die Mobbing-Situation am Arbeitsplatz nach dem Unfall, die dort erfolgte Kündigung und die damit verbunden Existenzängste als durch den Unfall bedingt angesehen werden könnten, die depressive Entwicklung im Verlauf aber hauptsÃxchlich auf diese Belastung zurückzuführen sei, könne die depressive Symptomatik nicht eindeutig im Sinne der Entstehung auf den Unfall zurļckgefļhrt werden. Die somatoforme SchmerzstĶrung sei eindeutig durch den Unfall 1999 entstanden und nicht auf den Unfall 2007 zurückzuführen. Die unfallbedingte MdE hat die Gutachterin aufgrund der PTBS mit 20 v.H. eingeschĤtzt.

Der Senat hat eine weitere ergĤnzende Stellungnahme von S3 vom 28.02.2023 zum Gutachten der SachverstĤndigen E2 eingeholt. Dieser hat darauf hingewiesen, dass drei von vier Gutachter das Vorliegen einer PTBS verneint hĤtten und auch im Arztbrief der Klinik G1 vom 2019 keine PTBS-assoziierten Beschwerden dokumentiert und die Diagnose einer PTBS kategorisch ausgeschlossen worden sei. Nach der aktuellen Begutachtungsleitlinie AWMF 2019 mýssten BeeintrĤchtigungen der sozialen, beruflichen der anderen bedeutsamen FĤhigkeiten auf der Befundebene gesichert sein. Sowohl bei der Anamneseerhebung durch S1 als auch L1 seien keine auffĤlligen psychischen oder vegetativen Reaktionen beschrieben worden. Der Verlauf der von Behandlern dokumentierten PTBS-Symptomatik seit einigermaÄ□en engmaschig, nĤmlich fluktuierend, mit symptomfreien Intervallen und substantieller Eskalation in den letzten Jahren. Solche PTBS-VerlĤufe seien definitiv ungewĶhnlich, zumal nach einem zirkumskripten Monotrauma (umschriebenes Einzeltrauma).

Die Beteiligten haben mit Schriftsatz vom 01.06.2023 bzw. 15.06.2023 einer Entscheidung ohne m $\tilde{A}^{1/4}$ ndliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ1/4nde

Die gemäÃ∏ § 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat gemäÃ∏ § 124 Abs. 2 SGG mit Einverständnis der Beteiligten ohne mþndliche Verhandlung entschieden hat, ist gemäÃ∏ §Â§Â 143, 144 SGG zulässig, und teilweise begrþndet. Der Kläger hat in der Berufungsinstanz sein Klagebegehren auf die Anerkennung weiterer Unfallfolgen und die Gewährung einer Verletztenrente beschränkt. Soweit er in der 1. Instanz noch die Gewährung von weiteren Leistungen, insbesondere Heilbehandlung und sonstige Geldleistungen Ã⅓ber den 31.07.2007 hinaus begehrte, hat er dieses (unzulässige) Klagebegehren mit der Berufung nicht weiter verfolgt.

Soweit der Kläger die Verpflichtung der Beklagten zur Anerkennung von â \square Vorliegen einer wiederkehrenden Schmerzstörung mit emotional bedingtem Clusterkopfschmerz sowie depressive Verstimmungen infolge arbeitsplatzbezogener Konflikte und das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörungâ \square als Folgen des Unfalls vom 18.05.2007 begehrt, ist richtige Klageart die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach $\frac{\hat{A}}{N}$ 54 Abs. $\frac{\hat{A}}{N}$ 1 SGG oder nach Wahl der Versicherten kombiniert mit der Feststellungsklage nach $\frac{\hat{A}}{N}$ 55 Abs. $\frac{\hat{A}}{N}$ 1 Nr. 3 SGG (vgl. BSG 05.07.2011 \hat{A} B 2 U 17/10 R -, BSGE 108, 274 und BSG 27.04.2010 \hat{A} B 2 U 23/09 R -). Bei dem Klageantrag in der durch den Bevollm \hat{A} schtigten formulierten Fassung handelt es sich demnach um eine nach \hat{A} 54 Abs. 1 SGG zul \hat{A} zusammen mit der Unfallfolgen. Diese Klage kann der Kl \hat{A} zer vorliegend auch zusammen mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage nach \hat{A} 54 Abs. 4 SGG im

Hinblick auf die Ablehnung der GewĤhrung einer Verletztenrente verfolgen.

Die Feststellung einer GesundheitsstĶrung setzt voraus, dass sie Folge eines Versicherungsfalles, d.h. eines Arbeitsunfalls ist (§Â§ 7, 8 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch â∏ SGB VII). ArbeitsunfĤlle sind nach <u>§ 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII</u> UnfĤlle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Nach Satz 2 dieser Vorschrift sind Unfälle zeitlich begrenzte, von auÃ∏en auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen.

Für einen Arbeitsunfall ist somit erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalles der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von auÃ∏en auf den Körper einwirkenden Ereignis (Unfallereignis) geführt (Unfallkausalität) und das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten (Primärschaden) verursacht hat (haftungsbegrþndende Kausalität). Das Entstehen länger andauernder Gesundheitsstörungen als Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist dagegen keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalles, sondern für die Gewährung der Verletztenrente (ständige Rechtsprechung, vgl. BSG, Urteil vom 30.01.2007 â∏ B 2 U 23/05 R m. w. N., juris).

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (st. Rspr. vgl. stellvertretend BSG vom 12. April 2005 â \square B 2 U 27/04 R â \square BSGE 94, 269 = SozR 4-2700 § 8 Nr. 15, jeweils RdNr. 11). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens ýber die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden (BSGE 1, 72, 76).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 â B B 2 U 1/05 R â D, BSGE 96, 196-209, SozR 4-2700 § 8 Nr. 17 sowie zu den Unterschieden BSGE 63, 277, 280 = SozR 2200 § 548 Nr. 91) auf der naturwissenschaftlichphilosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen fýr einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Bei mehreren Ursachen ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende (Mit-)Ursache auch wesentlich war, ist unerheblich. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam

gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) â∏wesentlichâ∏ und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursÄxchlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als â∏wesentlichâ∏ anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als â∏Gelegenheitsursacheâ∏ oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer A¤uA∏eren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwĤgen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die â∏∏Auslösungâ∏∏ akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äuÃ∏erer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hÃxtte. Bei der AbwÃxgung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (ständige Rechtsprechung; vgl. stellvertretend zum Vorstehenden insgesamt BSG, Urteile vom 09.05.2006 â∏ B 2 U 1/05 R, SozR 4 2700 § 8 Nr. 17; B 2 U 40/05 R, UV Recht Aktuell 2006, 419; B 2 U 26/04R, UV Recht Aktuell 2006, 497; alle auch verĶffentlicht in juris).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegrļndende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs â∏ der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität â∏ genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. <u>BSGE 19, 52</u> = SozR Nr. 62 zu <u>§ 542 a. F. RVO</u>; <u>BSGE 32, 203, 209</u> = SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO; BSGE 45, 285, 287 = SozR 2200 § 548 Nr. 38, BSGE 58, 80, 83 = SozR 2200 § 555a Nr. 1). Diese liegt vor, wenn mehr f $\tilde{A}\frac{1}{4}$ r als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteile vom 09.05.2006 â∏∏ <u>B 2 U 1/05 R</u> und <u>B 2 U 26/04 R</u> â_{□□} a.a.O. m.w.H.). Dagegen mÃ¹/₄ssen die Krankheit, die versicherte TÄxtigkeit und die durch sie bedingten schÄxdigenden Einwirkungen einschlie̸lich deren Art und AusmaÃ∏ i. S. des â∏∏Vollbeweisesâ∏∏, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m. w. N.).

Der Kl\(\tilde{A}\)\times ger hat durch das Ereignis vom 18.05.2007 einen bei der Beklagten versicherten Arbeitsunfall erlitten, als durch sein Zutun w\(\tilde{A}\)\times hrend seiner T\(\tilde{A}\)\times tigkeit als Stapelfahrer ein LKW-Fahrer t\(\tilde{A}\)\times dlich verletzt wurde. Davon geht auch die Beklagte aus, die Im Bescheid vom 22.09.2017 das Ereignis vom 18.05.2017 als Arbeitsunfall anerkannte.

- I. Folgen des Unfalls sind beim Kläger eine PTBS, nicht aber eine somatoforme Schmerzstörung oder eine rezidivierende depressive Störung.
- a) Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens unter Berücksichtigung der weiteren Sachaufklärung des Senats steht zur Ã□berzeugung des Senats fest, dass eine PTBS vorliegt, die Folge des Unfalls vom 18.05.2007 ist. Der Senat stützt sich

insoweit insbesondere auf das Gutachten der E2 vom 21.05.2022.

Nach der Rechtsprechung des BSG sind insbesondere im Bereich psychischer Störungen die Gesundheitsschäden genau zu definieren, was zwingend voraussetzt, dass die StĶrung durch Einordnung in eines der gĤngigen Diagnosesysteme (z.B. ICD-10, DSM-5) unter Verwendung der dortigen SchlA¹/₄ssel und Bezeichnungen exakt beschrieben wird. Denn je genauer und klarer die GesundheitsstĶrungen bestimmt sind, umso einfacher sind ihre Ursachen zu erkennen und zu beurteilen. Dies schlie̸t begründete Abweichungen von diesen Diagnosesystemen, z.B. aufgrund ihres Alters und des zwischenzeitlichen wissenschaftlichen Fortschritts, nicht aus. Bei der Entscheidungsfindung haben Tatsachengerichte den jeweils aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zugrunde zu legen. Als aktueller Erkenntnisstand sind solche durch Forschung und praktische Erfahrung gewonnenen Erkenntnisse anzusehen, die von der gro̸en Mehrheit der auf dem betreffenden Gebiet tÄxtigen Fachwissenschaftler anerkannt werden, A¹/₄ber die also, von vereinzelten, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, Konsens besteht. Einer Ä\(\text{\Pinderung des}\) wissenschaftlichen Erkenntnisstandes ist Rechnung zu tragen (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.2022 â∏∏ <u>B 2 U 9/20 R</u> m.w.N., juris).

Die ICD stellt ein weltweit anerkanntes System dar, mit dem medizinische Diagnosen einheitlich benannt werden. Das DSM ist ein auf psychische StĶrungen begrenztes Klassifikationssystem, welches im Vergleich zur ICD stĤrker operationalisiert ist. Dieses kann alternativ oder ergĤnzend zur ICD herangezogen werden und stellt den reprĤsentativen aktuellen medizinischen Erkenntnisstand im Bereich der Psychiatrie dar. Das DSM-5 stellt dabei nach der Rechtsprechung des Unfallsenats des BSG den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand dar, insbesondere bezļglich der Diagnose der PTBS (BSG, Urt. v. 28.06.2022 a.a.O.).

Nach ICD-10, welches in Deutschland seit dem 01.01.2000 angewandt und j \tilde{A} 1 4berarbeitet wird, m \tilde{A} 1 4ssen f \tilde{A} 1 4r die Diagnose einer PTBS nach F43.1 folgende diagnostische Kriterien erf \tilde{A} 1 4llt sein:

Traumakriterium: Betroffene waren einem Ereignis von au \tilde{A} ergew \tilde{A} hnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausma \tilde{A} ausgesetzt, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung ausl \tilde{A} sen w \tilde{A} vde.

Wiedererlebenskriterium: anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.

Vermeidungskriterium: UmstĤnde, die der Belastung Ĥhneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsĤchlich oder mĶglichst vermieden, wobei das Verhalten nicht vor dem belastenden Erlebnis bestand.

Hypersensitivitäts-/Amnesiekriterium: Entweder (1) teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern oder (2) anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei oder mehr der folgenden Merkmale: a) Ein- und Durchschlafstörungen, b) Reizbarkeit oder Wutausbrüche, c) Konzentrationsschwierigkeiten, d) Hypervigilanz, e) erhöhte Schreckhaftigkeit

Zeitkriterium: die Kriterien B, C und D treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis auf.

Nach DSM-5, welches seit Mai 2013 g $\tilde{A}^{1/4}$ ltig ist, werden folgende diagnostische Kriterien f $\tilde{A}^{1/4}$ r das Vorliegen einer PTBS verlangt:

Eingangskriterium: Die Betroffenen waren ýber einen oder mehrere der unten genannten Wege Tod (tatsächlich oder angedroht), schwerwiegenden Verletzungen oder sexueller Gewalt ausgesetzt: (1) Direktes Erleben des traumatisierenden Ereignisses, (2) Persönliches Miterleben, wie das traumatisierende Ereignis anderen zustöÃ□t, (3) Erfahren, dass das traumatisierende Ereignis einem engen Familienmitglied oder einem engen Bekannten zugestoÃ□en ist, (4) Wiederholte oder sehr extreme Konfrontation mit aversiven Details des traumatischen Ereignisses.

Wiedererinnerungserleben: Es bestehen eines oder mehrere der folgenden, mit dem Trauma assoziierten Symptome mit Beginn der Symptome nach dem Auftreten des traumatisierenden Ereignisses: (1) Wiederholte, unwillkļrliche und aufdrĤngende Erinnerungen an das traumatische Ereignis; (2) wiederholte AlbtrĤume, bei denen Inhalte oder Gefļhle des Traums mit dem traumatischen Ereignis assoziiert sind, (3) Dissoziationen (z.B. Flashbacks), in denen sich der Betroffene so fļhlt oder sich so verhĤlt, als ob das traumatisierende Ereignis wider stattfinden wļrde, (4) ausgeprĤgtes oder anhaltendes seelisches Leiden bei Konfrontation mit (inneren oder externen) Reizen, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder die einem Aspekt des traumatisierenden Ereignis Ĥhnlich sind, (5) deutliche physiologische Reaktion auf (innere oder externe) Reize, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder die einem Aspekt des traumatisierenden Ereignis Ĥhnlich sind.

Vermeidungskriterium: Vermeidung von Gedanken, Gefühle oder Erinnerungen, die mit dem Ereignis zusammenhängen und/oder Vermeidung von Aktivitäten, Orte, Konversationen oder Menschen, die Erinnerungen an das Ereignis auslösen. Negative Auswirkungen auf Kognition und Stimmung (â□¥ 2 der Folgenden): (1) Gedächtnisverlust von wesentlichen Teilen des Ereignisses (dissoziative Amnesie), (2) persistierende und übertrieben negative Ã□berzeugungen oder Erwartungen über sich selbst, andere oder die Welt, (3) anhaltende verzerrte Gedanken þber die Ursache oder Folgen des Traumas, was dazu führt, sich selbst oder anderen die Schuld zu geben, (4) persistierender negativer emotionaler Zustand (z. B. Angst, Entsetzen, Wut, Schuld, Scham), (5) deutlich vermindertes Interesse oder Teilnahme an bedeutenden Aktivitäten, (6) ein Gefþhl der Loslösung oder Entfremdung von anderen, (7) persistierende Unfähigkeit, positive Emotionen zu erleben (z. B. Glþck, Zufriedenheit, liebevolle Gefþhle).

Deutliche VerĤnderungen in der Erregbarkeit und ReaktivitĤt (mindestens zwei der folgenden): SchlafstĶrungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, rücksichtsloses oder selbstzerstĶrerisches Verhalten, KonzentrationsstĶrungen, Hypervigilanz, verstĤrkte Schreckreaktion.

F. Die Beschwerden B â∏ E dauern für mindestens 1 Monat an, verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen und sind nicht auf die physiologischen Auswirkungen eines Substanzkonsums oder einer anderen medizinischen Erkrankung zurückzuführen.

Seit dem 01.01.2022 ist weltweit die ICD-11 in Kraft getreten, welche in Deutschland zur Abrechnung noch nicht angewandt wird, wobei jedoch eine deutsche Version existiert, die grunds \tilde{A} xtzlich anwendbar ist (Internetseite des Bundesinstituts f \tilde{A} 1/4r Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Danach wird die PTBS nach 6B40 wie folgt beschrieben:

Eine posttraumatische BelastungsstĶrung (PTBS) kann sich entwickeln, wenn man einem extrem bedrohlichen oder entsetzlichen Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen ausgesetzt war. Sie ist durch alle der folgenden Punkte gekennzeichnet: 1) Wiedererleben des traumatischen Ereignisses oder der traumatischen Ereignisse in der Gegenwart in Form von lebhaften aufdringlichen Erinnerungen, Rückblenden oder Albträumen. Das Wiedererleben kann über eine oder mehrere SinnesmodalitÃxten erfolgen und wird typischerweise von starken oder überwÃxItigenden Emotionen, insbesondere Angst oder Entsetzen, und starken körperlichen Empfindungen begleitet; 2) Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen an das Ereignis bzw. die Ereignisse oder Vermeidung von AktivitÃxten, Situationen oder Personen, die an das Ereignis bzw. die Ereignisse erinnern; und 3) anhaltende Wahrnehmung einer erhĶhten aktuellen Bedrohung, die sich z. B. durch Hypervigilanz oder eine verstÄxrkte Schreckreaktion auf Reize wie unerwartete GerĤusche zeigt. Die Symptome halten mindestens mehrere Wochen lang an und verursachen erhebliche BeeintrÄxchtigungen in persĶnlichen, familiÃxren, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Es kann offenbleiben, ob bez $\tilde{A}^{1/4}$ glich der Diagnostik einer PTBS auf eine Einordnung nach DSM-5, ICD-10 oder das deutlich aktuellere ICD-11 als neuester Stand der Wissenschaft abzustellen ist, da das Vorliegen einer PTBS beim Kl \tilde{A} $^{\mu}$ ger nach s \tilde{A} $^{\mu}$ mtlichen Diagnosekriterien erf \tilde{A} $^{\mu}$ Ilt ist.

Das Traumakriterium ist beim Kläger mit dem Unfall vom 18.05.2007, bei dem er einen tödlichen Unfall verursachte und unmittelbar danach den Toten am Boden liegen sah, erfÃ $\frac{1}{4}$ llt. Dies entnimmt der Senat den Ã $\frac{1}{4}$ bereinstimmenden Feststellungen sÃ $\frac{1}{4}$ mtlicher Gutachter, die alle dieses Ereignis als geeignet sahen, das Kriterium zu erfÃ $\frac{1}{4}$ llen.

Das Wiedererlebenskriterium ist ebenfalls erfüllt. Beim Kläger liegen wiederholte, unwillkürliche und aufdrängende Erinnerungen an das traumatische Ereignis vor. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten der Sachverständigen E2. Diese beschreibt mehrfach tägliche wiederkehrende Erinnerungen in Form von Gedanken und Bildern mit intensiver psychischer Belastung. Dies deckt sich mit der Angabe im Gutachten von J1 vom 07.06.2008, welches der Senat im Wege des Urkundsbeweises verwertet. Dort hat der Kläger ebenfalls von einem zwanghaften Auftreten von Unfallbildern und dem Gesicht des Toten berichtet. Ebenso werden solche Erinnerungen im Rehabilitationsbericht vom 20.07.2010 der Klinik K3 beschrieben. Im Gutachten von S1 vom 29.11.2010, welches der Senat ebenfalls im Wege des Urkundsbeweises verwertet, werden solche Erinnerungen zwar nicht beschrieben. Allerdings hat die Sachverständige E2 zutreffend darauf hingewiesen, dass aus dem Gutachten nicht hervorgeht, ob der Kläger

überhaupt gezielt danach gefragt wurde. Zudem hat S1 bei seiner Begutachtung noch den Ma̸stab des DSM-IV zugrunde gelegt, welcher nicht mehr den aktuellen Stad der Wissenschaft darstellt. Auch im Gutachten von L1, welches der Senat ebenfalls im Wege des Urkundsbeweises verwertet, hat der KlĤger das Auftauchen von Bildern vom Unfall angegeben und der Gutachter festgestellt, dass sich der KlĤger wiederkehrend an den schweren Unfall erinnert. S3 beschreibt in seinem Gutachten 15.07.2019 ebenfalls, dass sich dem KlAzger mehrfach pro Tag das Bild vom Unfall aufdrĤngt. Der Gutachter verneint das Wiedererlebenskriterium jedoch, da es keine Hinweise auf Flashbacks oder konsistente Angaben über Albträume gebe. Das Vorliegen von Flashbacks ist jedoch nicht notwendige Voraussetzung für das Wiedererlebenskriterium. Nach ICD-11 wird das Wiedererleben typischer weise von starken oder überwÃxltigenden Emotionen, insbesondere Angst oder Entsetzen begleitet. Im Gutachten von J1 vom 07.06.2008 wird das Auftreten von Angst und Panik bei der Erinnerung an die Unfallbilder beschrieben, sowie das Auftreten von Flashbacks. Im Bericht der Uniklinik H2 vom 01.02.2022 werden ebenso Flashbacks und kA¶rperliche Reaktionen auf Erinnerungsbilder beschrieben. Damit stellt der Senat fest, dass das Wiedererlebenskriterium sowohl nach DSM-5 als auch nach ICD-10 und ICD-11 erfüIIt ist.

Das Vermeidungskriterium ist nach den Feststellungen der Gutachterin E2 ebenfalls erfÃ⅓llt, da der Kläger es vermeidet, sogar mit engen Familienangehörigen Ã⅓ber den Unfall zu reden. Aus den Berichten der behandelnden Ã∏rzte geht ebenfalls mehrfach hervor, dass der Kläger seine Familie damit nicht belasten wolle, weshalb er gar nicht mit ihr Ã⅓ber den Unfall spreche. Eine zusätzliche Vermeidung in dem Sinne, dass der Kläger den Ort des Geschehens meide, ist nicht notwendige Voraussetzung. Zudem versucht der Kläger nach den Angaben gegenÃ⅓ber der Sachverständigen E2, die Unfallstelle schnell zu passieren. Am Unfallort selbst ist der Kläger seit dem Ereignis nicht mehr tätig gewesen und hat seitdem auch keinen Gabelstapler mehr bedient, so dass der Senat in Ã∏bereinstimmung mit der Sachverständigen E2 auch eine situative Vermeidung sieht.

BezÃ $\frac{1}{4}$ glich des D-Kriteriums nach DSM-5 ist der Senat aufgrund des Gutachtens der SachverstÃ α ndigen E2 davon Ã $\frac{1}{4}$ berzeugt, dass beim KlÃ α ger auf den Unfall bezogene negative Ã $\frac{1}{4}$ bertriebene Ã α berzeugungen vorhanden sind, sowie auch Kognitionen und negative ZustÃ α nde, mit dem GefÃ $\frac{1}{4}$ hl, sich vÃ α llig verÃ α ndert zu haben, nicht mehr der Gleiche zu sein, Ã α ngste der Schuldzuweisung, SchuldgefÃ α hle, weiter bestehende Ã α hertriebene Ã α ngste wie Rache durch die Familie des Opfers, diesbezÃ α hglich auch VerfolgungsgefÃ α hle und zunehmendes Erschrecken, wenn jemand hinter ihm steht, deutliches RÃ α hckzugsverhalten und Interesseverlust. Diese AngstgefÃ α hle sind auch wiederholt in den Berichten der Vorbehandler, insbesondere wÃ α hrend der stationÃ α ren Aufenthalte thematisiert worden. Die von S3 geforderte Amnesie ist, wie die SachverstÃ α ndige E2 zutreffend ausgefÃ α hrt hat, nach DSM-5 nicht notwendige Voraussetzung fÃ α hrt die ErfÃ α hlung des D-Kriteriums.

Auch nach ICD-10 wird als D-Kriterium entweder eine Amnesie oder anhaltende Symptome einer erh \tilde{A} \P hten psychischen Sensitivit \tilde{A} xt und Erregung verlangt. Eine

Amnesie ist somit auch nach ICD-10 nicht zwingende Voraussetzung für die Diagnose einer PTBS.

Das E-Kriterium nach DSM-5, dessen Voraussetzungen nach ICD-10 im D-Kriterium beschrieben sind, namentlich SchlafstĶrungen und Hypervigilanz, werden ebenfalls durchgehend in den Befunden der Vorbehandler beschrieben. Soweit S3 darauf abstellt, dass der KlĤger bereits nach dem Unfall 1999 unter SchlafstĶrungen gelitten hat, hat die SachverstĤndige E2 in ihrem Gutachten dargestellt, dass der KlĤger zwar nach diesem Unfall in Folge der Rļckenbeschwerden auch SchlafstĶrungen erlitten habe, die jetzige Form mit AlptrĤumen und stĤndigem Erwachen jedoch erst seit dem Unfall am 18.05.2007 vorgelegen habe. Dies deckt sich ebenfalls mit den Angaben gegenļber den Vorbehandlern, gegenļber denen der KlĤger unmittelbar nach dem Unfall und auch im Verlauf von SchlafstĶrungen und AngsttrĤumen berichtet hat.

Nach ICD-11 wird anstelle des D- bzw. E-Kriteriums eine anhaltende Wahrnehmung einer erh \tilde{A} ¶hten Bedrohung, die sich z.B. durch Hypervigilanz oder eine verst \tilde{A} xrkte Schreckreaktion auf Reize wie unerwartete Ger \tilde{A} xusche zeigt, gefordert. Wie oben dargestellt, liegt beim Kl \tilde{A} xger eine Hypervigilanz vor, so dass dieses Kriterium auch nach ICD-11 erf \tilde{A} ½llt ist.

Das Zeitkriterium (E-Kriterium nach ICD-10 bzw. F-Kriterium nach DSM-5) ist ebenfalls erfýIIt. Die Beschwerden sind unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten, dauern bereits mehrere Jahre an und haben beim Kläger zu Beeinträchtigungen im beruflichen Leben geführt. Dies entnimmt der Senat den Berichten der behandelnden Ã∏rzte und insbesondere dem Rehabericht der Klinik K3, in dem die Arbeitsfähigkeit des Klägers durch die psychische Belastung der unverarbeiteten Traumatisierung als gefährdet angesehen wurde. Damit sind auch die Voraussetzungen nach ICD-11 erfüIIt, wonach die Symptome mindestens mehrere Wochen lang anhalten und erhebliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen mÃ⅓ssen.

Nachdem sämtliche Kriterien einer PTBS sowohl nach ICD-10, ICD-11 und DSM-5, und damit nach aktuellem wissenschaftlichen Erkenntnisstand beim Kläger zur Ã∏berzeugung des Senats erfüllt sind, liegt beim Kläger eine PTBS vor, die auf den Unfall vom 18.05.2007 zurückzuführen ist. Andere Ursachen oder Traumata sind diesbezüglich von keinem Gutachter festgestellt worden.

b) Der KlĤger leidet zudem an einer somatoformen SchmerzstĶrung und einer rezidivierenden depressiven StĶrung. Dies entnimmt der Senat den diesbezüglich übereinstimmenden Gutachten von S3 und der SachverstĤndigen E2, die sich insoweit mit dem Entlassbericht der U1-Klinik vom 03.11.2019 und den Entlassberichten der Uniklinik H2 vom 27.07.2021 und 01.02.2022 decken. Diese GesundheitsstĶrungen sind jedoch nicht Folge des Unfalls vom 18.05.2007.

Die somatoforme SchmerzstĶrung beruht nach übereinstimmender Auffassung

beider Gutachter auf dem Unfall aus dem Jahr 1999, bei dem der KlĤger Frakturen der WirbelsĤule erlitten hat. Dies deckt sich mit den Feststellungen von S2 und J1 und auch den Angaben des KlĤgers gegenüber der SachverstĤndigen E2, dass er bereits nach dem Unfall 1999 an SchlafstĶrungen aufgrund der anhaltenden Rückenschmerzen gelitten hat. Ein Clusterkopfschmerz ist hingegen von keinem der Gutachter diagnostiziert worden. Danach steht für den Senat fest, dass die Schmerzstörung bereits vor dem Ereignis vom 18.05.2007 bestanden hat und nicht Folge dieses Ereignisses ist.

Der Senat konnte sich ebenfalls nicht davon überzeugen, dass der Unfall vom 18.05.2007 rechtlich wesentlich nach den o.g. Voraussetzungen fA¼r die beim KIäger bestehende rezidivierende depressive Störung ist. Als Ursache für die rezidivierende depressive Störung werden sowohl von den Gutachtern als auch von den behandelnden ̸rzten Konflikte am Arbeitsplatz, Mobbing und Existenzängste beschrieben. Die Sachverständige E2 hat es zwar für möglich gehalten, dass diese depressive StA¶rung mittelbare Folge des Unfalls vom 18.05.2007 ist und es sich nicht um eine allgemeine Belastung des tĤglichen Lebens handelt. S3 hat dagegen ausgeführt, dass bei einer sich aus den verĤnderten LebensumstĤnden wie Arbeitsplatzverlust ergebenden Depression der Unfall nicht wesentliche Ursache für diese Erkrankung ist. Insgesamt liegt der Erkrankung nach den Angaben sämtlicher Ã∏rzte eine multifaktorielle Genese zugrunde. Zwar sind die vom KlĤger geschilderten Probleme am Arbeitspatz erst nach dem Unfall aufgetreten. Sie sind jedoch nach den Angaben des KlĤgers und den Berichten der behandelnden ̸rzte in der Hauptsache auf das Verhalten des Arbeitgebers zurückzuführen, der dem Kläger zunächst fristlos gekündigt hat, was ein arbeitsgerichtliches Verfahren nach sich gezogen hat, dem innerbetrieblichen Wechsel des Arbeitsplatzes, stĤndiger Kritik und Mobbing durch Vorgesetzte sowie ExistenzĤngste zurļckzufļhren. Damit liegen neben dem Unfallereignis konkurrierende Faktoren vor, die wesentlich zu der depressiven StĶrung beigetragen und diese im Verlauf verstĤrkt haben. Das Verhalten des Arbeitgebers und daraus resultierende gerichtliche Auseinandersetzungen sowie der drohende Verlust eines Arbeitsplatzes sind unfallunabhĤngige Faktoren, die nicht in den Verantwortungsbereich der Beklagten und den Schutzzweck der gesetzlichen Unfallversicherung fallen (vgl. dazu das Senatsurteil vom 25.11.2022 â∏ L 8 U 1289/22 sowie LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil vom 10.02.2021 â∏ <u>L 5 U</u> 29/16, LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 19.05.2020 â∏∏ L 16 U 210/16 und Hessisches LSG, Urteil vom 13.08.2019 â∏ L 3 U 152/18, juris). Insoweit hat sich lediglich ein allgemeines Lebensrisiko verwirklicht. Damit steht für den Senat fest, dass der Unfall vom 18.05.2007 zwar die die wesentliche Ursache für die PTBS, nicht jedoch für die rezidivierende depressive Erkrankung war.

II. Der KlĤger hat aufgrund der PTBS einen Anspruch auf GewĤhrung einer Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H.

Nach § 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII haben Versicherte Anspruch auf Rente, deren ErwerbsfĤhigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist.

Bei einer Minderung der ErwerbsfĤhigkeit wird Teilrente geleistet; sie wird in der HĶhe des Vomhundertsatzes der Vollrente festgesetzt, der dem Grad der Minderung der ErwerbsfĤhigkeit entspricht (§ 56 Abs. 3 S. 2 SGB VII). Dabei ist die Entscheidung der Frage, in welchem Grade die ErwerbsfĤhigkeit eines Verletzten gemindert ist, eine tatsĤchliche Feststellung, die das Gericht gemĤÄ□§ 128 Abs. 1 S. 1 SGG nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Ä□berzeugung trifft (vgl. BSGE 4, 147, 149; 6, 267, 268). Die Bemessung des Grades der MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der durch den Versicherungsfall bedingten BeeintrĤchtigung des kĶrperlichen und geistigen LeistungsvermĶgens ergebenden verminderten ArbeitsmĶglichkeit des Versicherten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 S. 2 SGB VII).

In der Literatur wird das unvollständig ausgeprägte Störungsbild (Teil- oder Restsymptomatik) einer PTBS mit einer MdE bis 20 v.H. und das üblicher Weise zu beobachtende Störungsbild, geprägt durch starke emotional und durch Ã□ngste bestimmte Verhaltensweisen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und gleichzeitig gröÃ□ere sozial-kommunikative Beeinträchtigung mit einer MdE bis 30 v.H. bewertet (Schönberger, Mertens, Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 170).

Nach diesen GrundsĤtzen bewertet der Senat die sich aus der PTBS ergebenden EinschrĤnkungen gestützt auf das überzeugende Gutachten der SachverstĤndigen E2 mit einer MdE von 20 v.H. Der Gutachter S3 hat in seiner Stellungnahme vom 28.02.2023 zutreffend ausführt, dass die beim Kläger durch die rezidivierende depressive Erkrankung bedingten EinschrĤnkungen bei der EinschĤtzung der MdE nicht zu berücksichtigen sind, da diese insoweit nicht auf dem Unfall beruhen. Die von den Ã∏rzten immer wieder beschriebene eingeschrĤnkte Schwingungsfähigkeit und gedrückte Stimmung sind Teil der depressiven Störung, während die Schlafstörungen, Erinnerungsbilder und Hyperarousal (chronisch erhöhter Erregungszustand) Teil der PTBS sind (vgl. zuletzt den Bericht der Uniklinik H2 vom 01.02.2022). Somit ist die beim Kläger vorliegende wesentliche EinschrĤnkung der Erlebnis- und GestaltungsfĤhigkeit nicht mehr auf die PTBS zurückzuführen, so dass der Senat von einer Teilsymptomatik der PTBS ausgeht, die mit einer MdE von 20 v.H. angemessen und ausreichend bewertet ist.

Gem. § 72 Abs. 1 SGB VII werden Renten an Versicherte von dem Tag an gezahlt, der auf den Tag folgt, an dem der Anspruch auf Verletztengeld endet (Nr. 1) oder der Versicherungsfall eingetreten ist, wenn kein Anspruch auf Verletztengeld entstanden ist (Nr. 2). Da die Beklagte erstmalig am 22.09.2017 einen Bescheid bezýglich der Anerkennung von Unfallfolgen und Gewährungen von Leistungen erlassen hat, kann der Senat nicht nachvollziehen, ob und ggf. wie lange der Kläger Verletztengeld erhalten hat. Der Senat stellt jedoch fest, dass die ersten Symptome einer PTBS, wie von K1 am Unfalltag dokumentiert, bereits unmittelbar nach dem Unfall zunächst als akute Belastungsreaktion aufgetreten sind. Sofern der Kläger kein Verletztengeld erhalten hat, ist der Versicherungsfall somit am 18.05.2007 eingetreten.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

 $Gr\tilde{A}\frac{1}{4}$ nde $f\tilde{A}\frac{1}{4}$ r die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Â

Erstellt am: 08.11.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024