S 8 U 1156/21

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	8.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 8 U 1156/21
Datum	17.08.2022

2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 U 2729/22
Datum	17.11.2023

3. Instanz

Datum	-
-------	---

**Die Berufung der KlÄgerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 17.08.2022 wird zurÄckgewiesen.
AuÄgergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.**

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die HÄhe einer Verletztenrente aufgrund eines Ereignisses vom 02.11.2018.

Die 1959 geborene KlÄgerin absolvierte vom 10.05. bis 04.07.2011 eine stationÄre RehabilitationsmaÄnahme in der B1 K1 aufgrund einer rezidivierenden depressiven Episode bei Mobbing am Arbeitsplatz seit 2010 und Tod beider Eltern im Jahr 2009.

Am 02.11.2018 befand sich die KlÄgerin mit ihrem PKW auf dem Heimweg von ihrer Arbeit als Sachbearbeiterin. Auf einem kurvigen StreckenstÄck kam ihr plÄtzlich ein Motorrad entgegen, welches ins Rutschen geriet, wobei die Fahrerin stÄrzte. Die Fahrerin geriet unter den PKW der KlÄgerin und verstarb am Unfallort an ihren Verletzungen.

Nachdem sich die KlÄxgerin am 07.11.2018 beim P1 vorgestellt hatte, der ein posttraumatisches Psychosyndrom diagnostizierte, erhielt sie ab dem 14.11.2018 eine psychologische Akutintervention durch die S1. Diese stellte wiederkehrende Erinnerungen an den Unfall, UnfÄxhigkeit, einen Aspekt des Ereignisses zu erinnern, eine eingeschrÄxnte Bandbreite des Affekts, ein GefÄ¼hl einer eingeschrÄxnten Zukunft, Ein- bzw. Durchschlafprobleme und Konzentrationsschwierigkeiten fest (Zwischenbericht vom 19.11.2018). Ab dem 05.12.2018 war die KlÄxgerin in wÄ¼chentlichem Behandlung bei der G1. In einer telefonischen Auskunft vom 14.03.2019 teilte diese der Beklagten mit, dass nach ihrer Auffassung bei der KlÄxgerin die Kriterien einer posttraumatischen BelastungsstÄ¼rung (PTBS) erfÄ¼llt seien. Ziel der Behandlung sei die Stabilisierung der KlÄxgerin und dass sie die Unfallstrecke wieder befahren kÄ¼nne. Bisher fahre die KlÄxgerin andere Routen, um die Unfallstelle zu vermeiden. In einer Mail vom 29.04.2019 teilte G1 mit, die KlÄxgerin habe ihren ersten Freund durch einen Ä¼hnlichen Motorradunfall verloren. Die Erinnerungen daran seien durch den jetzigen Unfall wieder hochgekommen. Die von ihr durchgefÄ¼hrten Tests hÄ¼tten eine leichte Verbesserung gezeigt. Insgesamt sei die KlÄxgerin aber noch schwer beeintrÄ¼chtigt.

Am 31.05.2019 stellte sich die KlÄxgerin in der Psychotrauma-Ambulanz der BG-Klinik L1 vor. Im psychologischen Bericht vom 12.06.2019 wurden als Diagnosen eine rezidivierende StÄ¼rung, gegenwÄ¼rtig mittelgradig, sowie eine sonstige Reaktion auf eine schwere Belastung genannt. UnfallunabhÄ¼ngige Faktoren, die zur Verursachung oder Aufrechterhaltung der diagnostizierten StÄ¼rungen beitrÄ¼gen, seien eine vorbestehende Mobbingfahrung und Verluste von FamilienangehÄ¼rigen mit psychosomatischem Aufenthalt bei depressiver Episode, eine unklare berufliche Situation sowie internistische Beschwerden und Operationen. Es wurde die FortfÄ¼hrung der ambulanten Psychotherapie sowie eine stationÄ¼re Behandlung mit Fokussierung auf die noch bestehende posttraumatische Symptomatik vorgeschlagen.

Vom 13.08. bis 17.09.2019 war die KlÄxgerin zur stationÄ¼ren psychosomatischen Behandlung in der Akutpsychosomatik des Evangelischen Krankenhauses D1. Im Entlassbericht wurden als Diagnosen eine sonstige Reaktion auf schwere Belastung und eine rezidivierende StÄ¼rung, gegenwÄ¼rtig mittelgradig genannt. Die Kriterien fÄ¼r eine PTBS seien nur teilweise erfÄ¼llt. Die KlÄxgerin habe Ä¼ber aufdrÄ¼ngende Nachhallerinnerungen und sich wiederholende AlbtrÄ¼ume sowie Ein- und DurchschlafstÄ¼rungen berichtet. Sie vermeide Situationen, in denen sie auf den Unfall angesprochen werde. Sie fahre Auto, jedoch nur die nÄ¼tigsten Strecken, und nehme immer wieder Umwege in Kauf, um nicht an der Unfallstelle vorbei zu mÄ¼ssen, und vermeide Strecken mit vielen Motorradfahrern. Im Verlauf sei es zu einer Besserung gekommen. Es habe ein regelmÄ¼ßiges Fahrtraining sattgefunden, wobei die KlÄxgerin zuletzt kurvenreiche Strecken durch den Wald habe fahren kÄ¼nnen, auf denen auch viele Motorradfahrer unterwegs seien. Die Fortsetzung der ambulanten Psychotherapie wurde empfohlen.

G1 berichtete am 08.12.2019, dass die KlÄxgerin mit dem Aufenthalt in D1 nicht zufrieden gewesen sei. Es sei ihr nicht um das Autofahren gegangen, welches nie ein Problem gewesen wÄ¼re, sondern nur um die Situationen auf den StraÄ¼en im

hÄuslichen Umfeld mit Serpentinaen, wo sehr riskante ÄberholmanÄver von zahlreichen Motorradfahrern Äblich seien.

Der behandelnde H1 berichtete am 01.10.2019 von einer weiter bestehenden mittelgradigen Depression bzw. am 17.12.2019 von einer Depression in RÄckbildung, sowie jeweils von einer Reaktion auf schwere Belastung.

Am 19.09.2019 lieÄ die Beklagte die KIÄgerin zur Frage des Kausalzusammenhangs und der RentengewÄhrung durch die O1 begutachten. In ihrem Gutachten vom 10.12.2019 fÄhrte diese aus, durch den Unfall sei es initial zu einer akuten Belastungsreaktion (F43.0 ICD-10) gekommen, die in eine sonstige Reaktion auf schwere Belastung gemÄndet sei (F43.8 ICD-10), die Teilaspekte einer PTBS beinhalte in Verbindung mit emotionaler Symptomatik, hier auch depressive Anteile. Es habe bei der KIÄgerin Vorerkrankungen gegeben, die aber zum Unfallzeitpunkt keine Rolle mehr gespielt hÄtten. In der Vergangenheit habe es 2011 eine psychosomatische Behandlung wegen einer mittelgradig depressiven Episode gegeben. Der Gesundheitserstschaden sei hier isoliert zu betrachten und alleinig auf das Unfallereignis zu beziehen, ohne Betrachtung einer VorschÄdigung, da die Behandlung diesbezÄglich als abgeschlossen gegolten und weit zurÄckgelegen habe. Die KIÄgerin sei derzeit noch arbeitsunfÄhig, jedoch sei ArbeitsfÄhigkeit zeitnah zu erwarten. Ab Wiedereintritt der ArbeitsfÄhigkeit nach Ende der Wiedereingliederung betrage die MdE 30 v.H. Bis zur Beendigung des dritten Jahres nach dem Unfall kÄnne unter intensivierter Behandlung eine MdE von 10 v.H. erreicht werden. Eine weitere intensivierte Psychotherapie sei zu empfehlen.

In einer beratungsÄrztlichen Stellungnahme vom 05.03.2020 schÄtzte S2 die MdE mit 20 v.H. ein. Bei der KIÄgerin lÄgen relevante seelische Vorerkrankungen und eine deutlich erhÄhte seelische VulnerabilitÄt vor. Zudem verweise er auf den zu erwartenden degressiven Charakter posttraumatischer StÄrungen. Die Gutachterin O1 habe ihre MdE-EinschÄtzung nicht begrÄndet. Auch entsprechend der Referenzliteratur sei eine MdE in HÄhe von 20 v.H., wie sie bei einer stÄrkergradigen sozialkommunikativen BeeintrÄchtigung zusÄtzlich zur psychisch emotionalen StÄrung vergeben werde, angemessen.

Nachdem die KIÄgerin bis zum 20.04.2020 Verletztengeld erhalten hatte, gewÄhrte die Beklagte ihr mit Bescheid vom 25.05.2020 ab dem 21.04.2020 eine Rente bei einer MdE von 20 v.H. als vorläufige EntschÄdigung. Bei der Bewertung der MdE seien folgende BeeintrÄchtigungen berÄcksichtigt worden:
Nach akuter Belastungsreaktion: EinschrÄnkungen der KonzentrationsfÄhigkeit und der emotionalen Belastbarkeit, Ängste und geminderte ReagibilitÄt.
UnfallunabhÄngig bestÄnde eine mittelgradige depressive Episode.

Mit ihrem am 29.06.2020 erhobenen Widerspruch begehrte die KIÄgerin eine hÄhere MdE. Bei ihr sei mit Bescheid vom 05.10.2020 vom Landratsamt Heilbronn ein GdB von 50 seit dem 02.11.2018 festgestellt worden, weshalb die Rente entsprechend neu zu berechnen sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 23.03.2021 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Im Versorgungsrecht gelten andere Bewertungsmaßstäbe und Beurteilungskriterien als in der gesetzlichen Unfallversicherung.

Am 23.04.2021 hat der Bevollmächtigte der Klägerin Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben, mit der die Gewährung einer Rente bei einer MdE von 50 begehrt wird, und geltend gemacht, die bei der Klägerin vorliegende Depression sei ausschließlich auf den Unfall zurückzuführen.

Das SG hat von Amts wegen ein Gutachten durch den S3 vom 18.02.2022 aufgrund zweier Untersuchungen am 26.11.2021 und 21.12.2021 eingeholt. Bei der Begutachtung hat die Klägerin angegeben, nach dem Tod ihrer Eltern 2009 zusammengebrochen zu sein. Am Arbeitsplatz sei es zu Mobbing gekommen. Dort beständen auch nach der Reha 2011 Belastungen und Mobbing Situationen. Sie sei seit der Reha nie ganz depressionsfrei gewesen. Das Autofahren habe sie nach dem Unfall zunächst komplett vermeiden. Mittlerweile fahre sie wieder selbst, habe mehr Sicherheit und fahre seit Sommer 2019 auch wieder die Unfallstrecke. Die Psychotherapie sei seit 2020 beendet. Sie sei in halbjährlichen Abständen bei H1 in psychiatrischer Behandlung. S3 hat bei seiner Begutachtung Hinweise auf negative Antwortverzerrung im Sinne von mittelschweren Verdeutlichungstendenzen gesehen und eine Dysthymia (F34.1 ICD-10) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4 ICD-10), diagnostiziert. Für einen relevanten Rückgang der depressiven Symptomatik seit Mitte September 2019 (Ende der stationären Behandlung in D1) spreche die vergleichsweise dezent ausgeprägte depressive Symptomatik im Rahmen der nervenärztlichen Begutachtung durch Frau O1 sowie die von H1 dokumentierte Depression in Rückbildung am 17.12.2019. Aktuell sei eine depressive Episode nicht festzustellen, es liege lediglich eine Dysthymia vor. Bezüglich einer PTBS sei nur das Vermeidungskriterium bis April 2019 erfüllt. Das Hypersensitivitäts- und Amnesiekriterium sei nicht erfüllt. Es liege keine PTBS nach ICD-10 oder DSM 5 vor. Seit April 2019 sei nur noch eine PTBS-Restsymptomatik im Sinne einer sonstigen Reaktion auf schwere Belastung (F43.8 ICD-10) vorhanden. Unabhängig vom Unfall lägen ein Tinnitus und eine bereits vorbestehende depressive Erkrankung durch Tod der Eltern und Mobbing auf der Arbeit vor, die sich durch den Unfall vorübergehend verschlimmert habe, seit September 2019 jedoch wieder abgeklungen sei. Die jetzt noch bestehende Dysthymie werde durch unfallunabhängige Faktoren aufrechterhalten. Aktuell liege unfallbedingt nur ein Restzustand einer PTBS vor. Die MdE hat der Gutachter vom Unfallzeitpunkt bis Mitte September 2019 mit 30 v.H., danach bis Dezember 2021 mit 20 v.H. und ab der jetzigen Begutachtung mit 10 v.H. eingeschätzt. Die Kritik von S2 an der MdE-Einschätzung der Gutachterin O1 könne nachvollzogen werden.

Nach Anhörung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 17.08.2022 abgewiesen. Zur Begründung hat es sich auf das Gutachten von S3 gestützt, der überzeugend ausgeführt habe, dass bei der Klägerin bereits vor dem Unfall eine erhöhte Vulnerabilität für depressive Erkrankungen bestanden habe. Der Gutachter habe unter Berücksichtigung der Befunde und der Ergebnisse der testpsychologischen Verfahren überzeugend dargelegt, dass eine

Diskrepanz zwischen diesen und dem von der KlÄgerin geschilderten schwergradig depressionsbezogenen Selbsterleben bestehe. Es lieÃe sich auch nur eine sehr dezente Belastung durch traumaspezifische Beschwerden in Form von AlbtrÄumen objektivieren. Eine gewisse Diskrepanz habe der SachverstÄndige zutreffend auch zwischen dem AusmaÃ der geschilderten Beschwerden einerseits und einer nur niedrigen IntensitÄt in Anspruch genommener Hilfe andererseits gesehen. Im Ergebnis habe der SachverstÄndige zutreffend ausgefÄhrt, dass die Beschwerdeangaben der KlÄgerin wegen Verdeutlichungstendenzen mit hoher Wahrscheinlichkeit unzutreffend seien. Die Restsymptomatik einer PTBS kÄnne nach den einschlägigen ErfahrungssÄtzen eine MdE von bis zu 20Ä v.H. zur Folge haben. Weitere unfallbedingte StÄrungen lÄgen aktuell nicht mehr vor. Soweit S3 eine MdE von 30 v.H. angenommen habe, betreffe dies einen Zeitraum vor dem hier streitgegenstÄndlichen Rentenbeginn.

Die KlÄgerin hat gegen den ihrem BevollmÄchtigten am 19.08.2022 zugestellten Gerichtsbescheid am 19.09.2022 Berufung beim Landessozialgericht Baden-WÄrttemberg (LSG) eingelegt. Seit 2011 sei sie nicht mehr depressiv gewesen. Sie habe nur im normalen Rahmen auf den Tod ihrer Eltern reagiert. GegenÄber dem Gutachter S3 habe sie sich diesbezÄglich ungenau ausgedrÄckt. Ihre jetzige Depression sei ausschlieÃlich auf den Unfall zurÄckzufÄhren.

Die KlÄgerin beantragt, teils sinngemÄÃ,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 17.08.2022 und den Bescheid der Beklagten vom 25.05.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23.03.2021 abzuÄndern und die Beklagte zu verurteilen, der KlÄgerin ab dem 21.04.2020 eine Verletztenrente nach einer Minderung der ErwerbsfÄhigkeit (MdE) von 50 von 100 zu gewÄhren.

Die Beklagte beantragt,

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä die Berufung zurÄckzuweisen.

Sie hÄlt die angefochtene Entscheidung fÄr zutreffend.

Das Verfahren ist mit den Beteiligten am 18.09.2023 nichtÄffentlich erÄtert worden. Darin hat die Beklagtenvertreterin mitgeteilt, dass ein endgÄltiger Bewilligungsbescheid bezÄglich der gewÄhrten Rente bisher von der Beklagten nicht erlassen worden ist. Die Beteiligten haben in diesem Termin einer Entscheidung ohne mÄndliche Verhandlung zugestimmt.

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

EntscheidungsgrÄnde

Die gemÄÃ [Ä§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte

Berufung der KlÄgerin, Äber die der Senat gemÄÄ [Ä§ 124 Abs. 2 SGG](#) mit EinverstÄndnis der Beteiligten ohne mÄndliche Verhandlung entschieden hat, ist gemÄÄ [Ä§ÄÄ 143, 144 SGG](#) zulÄssig, aber nicht begrÄndet. Die KlÄgerin hat keinen Anspruch auf eine Verletztenrente bei einer hÄheren MdE als 20 v.H. Der angegriffene Gerichtsbescheid ist nicht zu beanstanden.

ArbeitsunfÄlle sind nach [Ä§ 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) UnfÄlle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach Ä§ 2, 3 oder 6 begrÄndenden TÄtigkeit (versicherte TÄtigkeit). Nach Satz 2 dieser Vorschrift sind UnfÄlle zeitlich begrenzte, von auÄen auf den KÄrper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod fÄhren. FÄr 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 auÄen auf den KÄrper einwirkenden Ereignis (Unfallereignis) gefÄhrt (UnfallkausalitÄt) und das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten (PrimÄrschaden) verursacht hat (haftungsbegrÄndende KausalitÄt). Das Entstehen IÄnger andauernder GesundheitsstÄrungen als Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfÄllende KausalitÄt) ist dagegen keine Voraussetzung fÄr die Anerkennung eines Arbeitsunfalles, sondern fÄr die GewÄhrung der Verletztenrente (stÄndige Rechtsprechung, vgl. BSG, Urteil vom 30.01.2007 â [B 2 U 23/05 R](#) â 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 12.04.2005 â [B 2 U 27/04 R](#) â [BSGE 94, 269](#) = [SozR 4-2700 Ä§ 8 Nr. 15](#), jeweils RdNr. 11). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens Äber 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 09.05.2006 â [B 2 U 1/05 R](#) â, [BSGE 96, 196-209](#), [SozR 4-2700 Ä§ 8 Nr. 17](#) sowie zu den Unterschieden [BSGE 63, 277](#), 280 = [SozR 2200 Ä§ 548 Nr. 91](#)) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen fÄr einen Erfolg ist fÄr die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten PrÄfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich fÄr den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, fÄr 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 übertragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) wesentlich und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als wesentlich anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als Gelegenheitsursache oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer früheren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die Auslösung akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher früherer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (ständige Rechtsprechung; vgl. stellvertretend zum Vorstehenden insgesamt BSG, Urteile vom 09.05.2006 – [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 veröffentlicht 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 anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs der haftungsbegründenden und der haftungsausfallenden Kausalität genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. [BSGE 19, 52](#) = SozR Nr. 62 zu [Ä§ 542 a. F. RVO](#); [BSGE 32, 203](#), 209 = SozR Nr. 15 zu [Ä§ 1263 a. F. RVO](#); [BSGE 45, 285](#), 287 = [SozR 2200 – Ä§ 548 Nr. 38](#), [BSGE 58, 80](#), 83 = SozR 2200 – § 555a Nr. 1). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteile vom 09.05.2006 – [B 2 U 1/05 R](#) und [B 2 U 26/04 R](#) – a.a.O. m.w.H.). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m. w. N.).

Die Klägerin hat durch das Ereignis vom 02.11.2018, bei dem sie auf dem versicherten Heimweg von der Arbeit mit ihrem PKW in einen tödlichen Verkehrsunfall verwickelt wurde, einen Arbeitsunfall erlitten. Davon geht auch die Beklagte aus, die im Bescheid vom 25.05.2020 das Ereignis vom 02.11.2018 als Arbeitsunfall zugrunde gelegt hat.

Der Senat stellt fest, dass bei der Klägerin als Folge des Unfalls lediglich noch eine Restsymptomatik einer PTBS, nach F43.8 ICD-10 zu klassifizieren als sonstige Reaktion auf schwere Belastung, besteht. Der Senat stützt sich dabei auf das Gutachten von S3 vom 18.02.2022.

Nach der Rechtsprechung des BSG sind insbesondere im Bereich psychischer

Störungen die Gesundheitsschäden genau zu definieren, was zwingend voraussetzt, dass die Störung durch Einordnung in eines der gängigen Diagnosesysteme (z.B. ICD-10, DSM-5) unter Verwendung der dortigen Schlüssel und Bezeichnungen exakt beschrieben wird. Denn je genauer und klarer die Gesundheitsstörungen bestimmt sind, umso einfacher sind ihre Ursachen zu erkennen und zu beurteilen. Dies schließt 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 großen Mehrheit der auf dem betreffenden Gebiet tätigen Fachwissenschaftler anerkannt werden, über die also, von vereinzelt, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, Konsens besteht. Einer Änderung des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes ist Rechnung zu tragen (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.2022 – B 2 U 9/20 R 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 Störungen begrenztes Klassifikationssystem, welches im Vergleich zur ICD stärker operationalisiert ist. Dieses kann alternativ oder ergänzend zur ICD herangezogen werden und stellt den repräsentativen 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 bezüglich der Diagnose der PTBS (BSG, Urteil vom 28.06.2022 a.a.O.).

Nach ICD-10, welche in Deutschland seit dem 01.01.2000 angewandt und jährlich überarbeitet wird, müssen für die Diagnose einer PTBS nach F43.1 folgende diagnostische Kriterien erfüllt sein:

Traumakriterium: Betroffene waren einem Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.

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

Vermeidungskriterium: Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst 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 gültig ist, werden folgende diagnostische Kriterien für das Vorliegen einer PTBS verlangt:

Eingangskriterium: Die Betroffenen waren über 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 zuzufügen, (3) Erfahren, dass das traumatisierende Ereignis einem engen Familienmitglied oder einem engen Bekannten zugestoßen 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, unwillkürliche und aufdringende Erinnerungen an das traumatische Ereignis; (2) wiederholte Alpträume, bei denen Inhalte oder Gefühle des Traums mit dem traumatischen Ereignis assoziiert sind, (3) Dissoziationen (z.B. Flashbacks), in denen sich der Betroffene so fühlt oder sich so verhält, als ob das traumatisierende Ereignis wieder stattfinden würde, (4) ausgeprägtes oder anhaltendes seelisches Leiden bei Konfrontation mit (inneren oder externen) Reizen, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder die einem Aspekt des traumatisierenden Ereignis ähnlich sind, (5) deutliche physiologische Reaktion auf (innere oder externe) Reize, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder die einem Aspekt des traumatisierenden Ereignis ähnlich sind.

Vermeidungskriterium: Vermeidung von Gedanken, Gefühlen 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 (≥ 2 der Folgenden): (1) Gedächtnisverlust von wesentlichen Teilen des Ereignisses (dissoziative Amnesie), (2) persistierende und übertriebene negative Überzeugungen oder Erwartungen über sich selbst, andere oder die Welt, (3) anhaltende verzerrte Gedanken über 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 Gefühl der Loslösung oder Entfremdung von anderen, (7) persistierende Unfähigkeit, positive Emotionen zu erleben (z. B. Glück, Zufriedenheit, liebevolle Gefühle).

Deutliche Veränderungen in der Erregbarkeit und Reaktivität (mindestens zwei der folgenden): Schlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, rücksichtsloses oder selbstzerstörerisches Verhalten, Konzentrationsstörungen, Hypervigilanz, verstärkte Schreckreaktion.

F. Die Beschwerden B bis 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 grundsätzlich anwendbar ist (Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Urteil des erkennenden Senats vom 21.07.2023, [L 8 U 3422/20](#)). Danach wird die PTBS nach 6B40 wie folgt beschrieben:

Eine posttraumatische Belastungsstörung (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 Alpträumen. Das Wiedererleben kann über eine oder mehrere Sinnesmodalitäten erfolgen und wird typischerweise von starken oder überwältigenden 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 Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das Ereignis bzw. die Ereignisse erinnern; und 3) anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung, die sich z. B. durch Hypervigilanz oder eine verstärkte Schreckreaktion auf Reize wie unerwartete Geräusche zeigt. Die Symptome halten mindestens mehrere Wochen lang an und verursachen erhebliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Es kann offenbleiben, ob bezüglich 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 bei der Klägerin im relevanten Zeitraum ab 21.04.2020 nach sämtlichen Diagnosekriterien nicht erfüllt ist.

Das Vermeidungskriterium, welches nach sämtlichen Diagnosesystemen notwendig vorliegen muss, ist bei der Klägerin nur bis Mitte September 2019 erfüllt. Dies entnimmt der Senat dem schlüssigen und nachvollziehbaren Gutachten von S3. Dieser hat in Übereinstimmung mit dem Entlassbericht des Krankenhauses D1 festgestellt, dass die Klägerin jedenfalls seit diesem Zeitpunkt wieder mit dem PKW fahren konnte. Das Gleiche ergibt sich auch aus der Auskunft der behandelnden G1 vom 08.12.2019, wonach die Klägerin kein Problem mit dem Autofahren habe und lediglich starke Serpentinauen meide, dies aber nach einer begleiteten Fahrt kein Problem mehr darstelle. Dies deckt sich mit der Auskunft der Klägerin gegenüber dem Gutachter S3, dass sie bis zum Sommer 2019 eine Alternativroute genutzt habe, um zur Arbeit zu gelangen, seitdem aber wieder den an der Unfallstelle vorbeiführenden Weg nehme, und der Tatsache, dass die Psychotherapie der Klägerin seit 2020 beendet ist.

Eine Amnesie, wie sie nach ICD-10 erforderlich ist, liegt bei der Klägerin ebenfalls nicht vor. Sie war bei sämtlichen Begutachtungen und Untersuchungen in der Lage, über das Unfallgeschehen zu berichten. Zwar muss das Amnesiekriterium nach DSM-5 und ICD-11 nicht zwingend vorliegen. Eine Hypervigilanz, wie sie jedoch nach ICD-10, DSM-5 und ICD-11 zu fordern ist, konnte von S3 aber ebenfalls nicht

festgestellt werden.

Die Feststellung, dass nur noch Restsymptome einer PTBS bei der Klägerin vorliegen, deckt sich zudem mit der Einschätzung des behandelnden H1, der im Oktober und Dezember 2019 jeweils nur noch von einer Reaktion auf eine schwere Belastung sowie einer Depression in Rückbildung gesprochen hat. Auch die Gutachterin O1 hat in ihrem Gutachten vom 10.12.2019, welches der Senat im Wege des Urkundsbeweises verwertet, ebenfalls lediglich Restsymptome einer PTBS feststellen können.

Die Klägerin leidet zudem an einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.4 ICD-10). Dies entnimmt der Senat den diesbezüglich übereinstimmenden Gutachten von S3 und der Sachverständigen O1, die sich insoweit mit dem Entlassbericht des Krankenhauses D1 und den Angaben des behandelnden H1 decken. Zwar konnte S3 zum Zeitpunkt seiner Begutachtung nur eine Dysthymia (F34.1 ICD-10) feststellen. Insgesamt kam er jedoch auch zum Ergebnis, dass bei der Klägerin eine rezidivierende depressive Störung vorliegt, die zum Begutachtungszeitpunkt remittiert war. Der Senat konnte sich jedoch nicht davon überzeugen, dass der Unfall vom 03.11.2018 rechtlich wesentlich nach den o.g. Voraussetzungen für die bei Klägerin bestehende rezidivierende depressive Störung ist. Als Ursache für die rezidivierende depressive Störung hat S3 Mobbing am Arbeitsplatz und den Tod der Eltern der Klägerin beschrieben, weswegen die Klägerin 2011 zur stationären Rehabilitation war. Bereits in der Psychotraumaambulanz der BG-Klinik L1 ist die rezidivierende depressive Störung bei Mobbing und Verlust von Familienangehörigen als unfallunabhängige Ursache genannt worden. Dies deckt sich mit den Angaben der Klägerin gegenüber S3, sie sei seit der Reha 2011 nie ganz frei von depressiven Phasen gewesen.

Nicht folgen kann der Senat dagegen der Einschätzung der Sachverständigen O1, der Gesundheitsschaden sei hier isoliert zu betrachten und alleinig auf das Unfallereignis zu beziehen, ohne Betrachtung einer Vorschädigung, da die Behandlung da als abgeschlossen gegolten und weit zurückgelegen habe. Bereits bei der psychologischen Akutintervention am 14.11.2018 hat die Klägerin angegeben, noch sehr unter dem Tod ihrer Eltern zu leiden. Gegenüber S3 hat sie dies bestätigt. Die G1 hat zudem festgestellt, dass der erste Freund der Klägerin durch einen ähnlichen Motorradunfall ums Leben kam, wobei die Erinnerungen daran durch das jetzige Ereignis wieder hervorgerufen worden sind. Gegenüber der G1 hat die Klägerin auch weiter von Schwierigkeiten am Arbeitsplatz berichtet. Dies deckt sich mit den Angaben gegenüber S3, sie werde bis heute von einer Abteilungsleiterin gemobbt. Damit liegen neben dem Unfallereignis konkurrierende Faktoren vor, die wesentlich zu der depressiven Störung beigetragen und diese im Verlauf verstärkt haben. Probleme am Arbeitsplatz sowie der Verlust der Eltern sind unfallunabhängige Faktoren, die nicht in den Verantwortungsbereich der Beklagten und den Schutzzweck der gesetzlichen Unfallversicherung fallen (vgl. dazu das Senatsurteil vom 25.11.2022 – L 8 U 1289/22 sowie LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil vom 10.02.2021 – [L 5 U 29/16](#), LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 19.05.2020 – [L 16 U 210/16](#) und Hessisches LSG, Urteil vom 13.08.2019 – [L 3 U 152/18](#), juris). Insoweit hat sich lediglich ein allgemeines

Lebensrisiko verwirklicht. Damit steht f¼r den Senat fest, dass der Unfall nicht wesentliche Ursache f¼r die bereits vorbestehende rezidivierende depressive Erkrankung war.

Die KIägerin hat aufgrund der bei ihr noch vorliegenden Restsymptomatik einer PTBS keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von mehr als 20 v.H.

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

Bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit wird Teilrente geleistet; sie wird in der Höhe des Vmhundertsatzes der Vollrente festgesetzt, der dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht ([Â§ 56 Abs. 3 S. 2 SGB VII](#)). Dabei ist die Entscheidung der Frage, in welchem Grade die Erwerbsfähigkeit eines Verletzten gemindert ist, eine tatsächliche Feststellung, die das Gericht gem [Â§ 128 Abs. 1 S. 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung 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 Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeit des Versicherten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([Â§ 56 Abs. 2 S. 2 SGB VII](#)).

In der Literatur wird das unvollständig ausgeprägte Störungsbild (Teil- oder Restsymptomatik) einer PTBS, entsprechend einer sonstigen Reaktion auf schwere Belastung nach F43.8 ICD-10, mit einer MdE bis 20 v.H. und das üblicherweise zu beobachtende Störungsbild, geprägt durch starke emotional und durch Ängste bestimmte Verhaltensweisen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und gleichzeitig größere sozial-kommunikative Beeinträchtigung mit einer MdE bis 30 v.H. bewertet (Schönberger, Mertens, Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 170).

Wie oben ausgeführt, liegen bei der KIägerin unfallbedingt noch Restsymptome einer PTBS, entsprechend einer sonstigen Reaktion auf schwere Belastung nach F43.8 ICD-10, und damit ein unvollständig ausgeprägtes Störungsbild vor. Nach diesen Grundsätzen bewertet der Senat die sich daraus ergebenden Einschränkungen gestützt auf das überzeugende Gutachten des Sachverständigen S3 mit einer MdE von 20 v.H. Der Gutachter hat zutreffend ausgeführt, dass die bei der KIägerin durch die rezidivierende depressive Erkrankung bedingten Einschränkungen bei der Einschätzung der MdE nicht zu berücksichtigen sind, da diese insoweit nicht auf dem Unfall beruhen. Soweit der Gutachter eine MdE von 30 v.H. angenommen hat, betrifft dies einen Zeitraum vor dem hier streitgegenständlichen Rentenbeginn. Im April 2020 ist aufgrund der nur noch vorliegenden Restsymptomatik die MdE auch in Übereinstimmung mit der o.g. Literatur mit 20 v.H. zu bewerten.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Â
Â

Erstellt am: 10.04.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024