S 5 U 1109/20

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	6.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 5 U 1109/20
Datum	09.02.2023

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 U 736/23
Datum	25.04.2024

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 9. Februar 2023 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

<u>Tatbestand</u>

Die KlÃ¤gerin begehrt die GewÃ¤hrung weiterer Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung aufgrund eines von der Beklagten anerkannten Unfallereignisses vom 18. September 2017, bei dem sie ihr BÃ¼ro wegen der Rauchentwicklung aufgrund eines Brandes im Kamin einer angrenzenden KaffeerÃ¶sterei verlassen musste.

Sie ist 1963 geboren und hat drei Geschwister. Nach dem Realschulabschluss hat sie eine Ausbildung zur Bankkauffrau abgeschlossen und in diesem Beruf bis 2002 bei der Sparkasse K1 gearbeitet. Von 2002 bis 2004 war sie im Sekretariat einer Privatschule in der Schweiz tÃ¤tig und ab 2005 als Immobilienberaterin/Immobilienmaklerin bei verschiedenen Firmen in K1, zuletzt bei

der H1 Immobilien. Bei ihr ist ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 anerkannt. Derzeit bezieht sie befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung von der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Sie ist kinderlos und bewohnt alleine eine 2-Zimmer-Wohnung zur Miete (vgl. Anamnese S1).

Am 19. September 2017 stellte sich die KlÃ¤gerin bei dem Durchgangsarzt S2 vor und gab an, dass es am Vortag bei der Arbeit einen Brand im GebÃ¤ude gegeben habe. Sie habe sich selbst aus dem GebÃ¤ude gerettet, nachdem sie von den Kollegen â□□vergessenâ□□ und auch von der Feuerwehr nicht gerettet worden sei. Die Rauchmelder hÃ¤tten offensichtlich nicht angeschlagen. Es habe wohl eine Rauchgasexposition von circa einer Minute bestanden, als sie vom BÃ¼ro Ã¼ber den Hinterhof geflohen sei. Die Ã□berweisung sei vom Lungenfacharzt zur Erstellung des Durchgangsarztberichtes erfolgt.

Die Nackenmuskulatur sei merklich verspannt, die Beweglichkeit der HalswirbelsÃ¤ule (HWS) deutlich eingeschrÃ¤nkt. Von Seiten der Lunge sei bei vorbestehendem Asthma keine komplett freie Atmung mÃ¶glich gewesen.

Aus dem Aktenvermerk vom 25. September 2017 ergab sich, dass die KlÃ¤gerin zum Unfallereignis telefonisch schilderte, dass sich ihr BÃ¼ro im 1. Obergeschoss der H2 Bank befinde. Sie habe zum Unfallzeitpunkt mit einer Kundin telefoniert, als sie auf dem Flur vor dem BÃ¼ro plÃ¶tzlich ein FunkgerÃ¤t gehÃ¶rt habe. Als sie nach einiger Zeit die TÃ¼re geÃ¶ffnet habe, sei der Flur voller Rauch gewesen sei. Sie habe nur noch durch das interne Treppenhaus durch die Schalterhalle der Bank ins Freie gelangen kÃ¶nnen, wo bereits die Kollegen von der Bank gestanden hÃ¤tten. Diese hÃ¤tten zugeben mÃ¼ssen, dass man sie â□□ die KlÃ¤gerin â□□ vergessen habe. Auch die Feuerwehr sei der Meinung gewesen, dass niemand mehr im GebÃ¤ude gewesen sei. Weshalb die vielen Brandmelder nicht ausgelÃ¶st hÃ¤tten, kÃ¶nne sich die KlÃ¤gerin nicht erklÃ¤ren.

Der Arzt fÃ¼r Lungen- und Bronchialheilkunde K2 fÃ¼hrte im Befundbericht vom 18.Â September 2017 aus, dass eine Vorstellung beim Durchgangsarzt noch veranlasst werde. Die KlÃ¤gerin gebe an, dass es nach einer Rauchgasexposition von etwa einer Minute zu einer Enge in der Brust und einer leichten Atemnot gekommen sei. Im Verlauf des Nachmittags habe die Atemnot zugenommen, mit mehr Schleimbildung ohne HustenverstÃ¤rkung. Kurz vor dem Brand sei Spiriva eingenommen worden.

Bei guten Allgemein- und ErnÃ¤hrungszustand hÃ¤tten normal stehende Lungengrenzen sowie ein gut atemverschieblicher sonarer Klopfschall bestanden. Das AtemgerÃ¤usch sei vesiculÃ¤r ohne NebengerÃ¤usche, das Herz auskultatorisch unauffÃ¤llig gewesen. In der Bodyplethysmographie bestÃ¼nden normale statische und dynamische Parameter im Sinne einer normalen Lungenfunktion. Das RÃ¶ntgen des Thorax zeige einen altersentsprechenden Normalbefund.

A1 berichtete Ã¼ber eine notfallmÃ¤Ã□ige Vorstellung der KlÃ¤gerin am 18. September 2017. In der H2 Bank in K1 sei ein Brand ausgebrochen, bei dem sie im

BÃ¼ro von der Feuerwehr vergessen worden sei. Sie sei nach circa 10 Minuten allein rausgekommen und habe unter Schock gestanden. Es bestehe ein Asthma bronchiale und eine Dyspnoe. Eine Ã¤rztliche Versorgung habe nicht stattgefunden.

Psychopathologisch sei die KlÃ¤gerin wach, allseits orientiert und ohne formale oder inhaltliche DenkstÃ¶rungen gewesen. Es seien AngstzustÃ¤nde und Panikattacken beschrieben worden, sie sei mit der Schocksituation Ã¼berfordert.

Im Zwischenbericht des S2 (Nachuntersuchung vom 11. Oktober 2017) wurde dargelegt, dass es der KlÃ¤gerin langsam wieder bessergehe, sie wolle ab nÃ¤chster Woche wieder arbeiten. Es hÃ¤tten Schmerzen im vorderen Thoraxbereich bestanden, eine vermehre Schleimsekretion sei angegeben worden. Asthma-Spray werde in erhÃ¶hter Dosierung angewandt.

Die H3 gab auf Nachfrage der Beklagten an, dass sich die KlÃ¤gerin am 19. September 2017 in der Praxis vorgestellt und angegeben habe, dass es an ihrem Arbeitsplatz am Vortag gebrannt habe. Sie habe von dem Ereignis zunÃ¤chst nichts mitbekommen und sei sowohl von den Mitarbeitern als auch von der Feuerwehr vergessen worden. Sie habe schlieÃlich selbststÃ¤ndig das GebÃ¤ude verlassen kÃ¶nnen. Durch den Rauch im GebÃ¤ude habe sich ihr Asthma bronchiale verschlechtert, sie habe vermehrt Luftnot gehabt und sich in lungenfachÃ¤rztliche Behandlung begeben mÃ¼ssen.

Die KlÃ¤gerin sei sehr aufgeregt gewesen, habe und unter Angst wie Panik gelitten und ein Beruhigungsmedikament benÃ¶tigt. Sie habe von Erbrechen und Durchfall sowie Ã¼ber SchlafstÃ¶rungen berichtet. Die erstbehandelnde Ãrztin arbeite nicht mehr in der Praxis, laut deren Aufzeichnungen sei die KlÃ¤gerin wie unter Schock, sehr angespannt und aufgeregt, insbesondere sehr betroffen davon gewesen, vergessen worden zu sein. Es bestehe eine akute Belastungsreaktion, als Vorerkrankungen seien Angst und depressive StÃ¶rung gemischt bekannt.

Die KlÃ¤gerin habe sich in den sieben durchgefÃ¼hrten GesprÃ¤chen etwas stabilisieren kÃ¶nnen. Sie sei jedoch immer wieder leicht zu verunsichern, unter anderem wegen des weiter bestehenden Rauchgeruchs in der Bank sowie durch AnhÃ¶rungen. Es bestÃ¼nden ein HÃ¤ndetremor und eine deutliche innere Anspannung.

Die Beklagte zog die Ermittlungsakten der Staatsanwaltschaft K1 bei. Aus diesen ergab sich der Vermerk des Polizeihauptkommissars (PHK) D1 Ã¼ber die Ortsbesichtigung vom 26. Oktober 2017. Die KlÃ¤gerin habe ihm das BÃ¼ro gezeigt und angegeben, wÃ¤hrend eines Telefonats FunkgesprÃ¤che wahrgenommen zu haben. Sie habe das TelefongesprÃ¤ch beendet, das BÃ¼ro verlassen und die Treppe im Gang wenige Meter nach der BÃ¼rotÃ¼r nach unten genommen. AnschlieÃend sei sie durch den Notausgang in die Feuergasse hinter dem Anwesen gegangen. Die KlÃ¤gerin sei bei der Sachverhaltsschilderung mehrfach in TrÃ¤nen ausgebrochen, da sie sich bei dem Brand in ernsthafter Todesgefahr gesehen habe, objektiv habe zu keiner Zeit eine ernsthafte Gefahr bestanden.

In der GeschÃ¤digtenvernehmung vom 10. November 2017 gab die KlÃ¤gerin an, dass sie an dem Tag wÃ¤hrend eines Telefonats mit einer Kundin gehÃ¶rt habe, dass sich jemand Ã¼ber ein FunkgerÃ¤t unterhalten habe. Sie habe sich nicht mehr auf das TelefongesprÃ¤ch konzentrieren kÃ¶nnen, dieses beendet und sei raus auf den Flur, um nachzusehen.

Die linke Seite des Gangs sei voller Rauch gewesen. Sie sei schnell wieder zurÃ¼ck ins BÃ¼ro, habe einfach den HÃ¶rer aufgelegt, ihre Sachen genommen, aber einige Sachen vergessen. Sie sei dann kurz links herum, wo der Rauch gewesen sei, da sie gedacht habe, ihre Kollegen mÃ¼ssten da sein. Sie habe zum Ausgang gewollt, sei aber nicht mehr rausgekommen, weil alles voller Rauch gewesen sei. Sie habe nichts mehr gesehen und auch keine Luft mehr bekommen. Durch den internen Treppenabgang sei sie zum Hinterausgang raus. Dann habe sie erstmal ihr Asthma-Spray genommen. Auf der Vorderseite des GebÃ¤udes hÃ¤tten bereits zwei groÃ□e Feuerwehrfahrzeuge gestanden. Die Kollegen hÃ¤tten ihr drauÃ□en gesagt, dass sie sie vergessen hÃ¤tten, weil sie selber so in Panik gewesen seien.

Sie habe die Kollegen gefragt, wie sie den Brand bemerkt hÃ¤tten. Diese hÃ¤tten ihr berichtet, dass der Metzger von gegenÃ¼ber sie informiert habe, dass Rauch aus dem Dach komme. Die Kollegen hÃ¤tten gefragt, ob sie einen Arzt rufen sollten, aber sie â□□ die KlÃ¤gerin â□□ habe nur noch weggewollt. Von der Feuerwehr habe sich keiner fÃ¼r sie interessiert. Sie sei dann selber zum Lungenfacharzt gefahren, der ihr Medikamente gegeben habe. Am nÃ¤chsten Tag sei sie beim Unfallarzt und bei der Therapeutin gewesen, weil sie gemerkt habe, dass sie nicht mehr aufhÃ¶ren kÃ¶nne zu heulen. Sie sei Immobilienmaklerin bei der Firma H1 und dort festangestellt.

Die Feuerwehr sei nicht mit einem Megaphon durchs Haus gelaufen, es sei keine Aufforderung erfolgt, dass man das GebÃ¤ude verlassen solle. Die RÃ¼ckseite des GebÃ¤udes sei nicht gesichert, in der Feuergasse sei niemand gewesen. Wenn sie auf der Toilette gewesen wÃ¤re, hÃ¤tte sie nicht mehr rauskommen kÃ¶nnen.

Ihr sei drauÃ□en noch eingefallen, dass sie vergessen habe, den HeizlÃ¼fter auszuschalten. Sie habe deshalb abends extra noch bei der Feuerwehr angerufen.

Auf Nachfrage gab die KlÃ¤gerin an, nicht mehr genau sagen zu kÃ¶nnen, mit welcher Kundin sie telefoniert habe. Sie habe die Kundin zwei Tage spÃ¤ter nochmal angerufen und sich entschuldigt, dass sie einfach aufgelegt habe.

Sie habe nicht von dem FunkgerÃ¤t-GesprÃ¤ch darauf geschlossen, dass es brenne. Dass habe sie nicht gewusst, sie habe nur ein ungutes GefÃ¼hl gehabt. Es sei schon Ã¶fter vorgekommen, dass die Kollegen Kunden alleine Ã¼ber die GÃ¤nge hÃ¤tten laufen lassen.

Einen Strafantrag gegen die Kollegen aus der Bank wolle sie auf keinen Fall stellen. Die hÃ¤tten so unter Schock gestanden, hÃ¤tten selber ihre SchlÃ¼ssel und MÃ¤ntel vergessen.

M1 gab in seiner Beschuldigten-Vernehmung an, dass er seit einigen Monaten im Nebenjob bei der KaffeerÃ¶sterei arbeite. Er habe gegen 12.30 Uhr eine Charge Kaffeebohnen gerÃ¶stet. Er habe die Abgasklappe aus der korrekten Mittelstellung in die Absperrstellung gebracht und beim ZurÃ¼ckstellung offensichtlich das Rad Ã¼ber die â□□Normalstellungâ□□ hinaus gedreht. Dass sich die Heizluftklappe ganz geÃ¶ffnet habe, sei ihm erst aufgefallen, als es bei den Rohren von der Maschine zum Schornstein eine Rauchentwicklung gegeben habe. Das Gas sei abgestellt und die Flammen aus den Rohren mit einem FeuerlÃ¶scher gelÃ¶scht worden. AnschlieÃ□end sei die Feuerwehr gekommen. Er vermute, dass es einen Kaminbrand gegeben habe.

Der Einsatzleiter der Feuerwehr, W1, gab an, dass er nach der Mitteilung, dass alle Mitarbeiter drauÃ□en seien, die Begehung der Bank selbst durchgefÃ¼hrt habe. FÃ¼r die Inaugenscheinnahme der BankrÃ¤ume habe er zu diesem Zeitpunkt keinen Atemschutz benÃ¶tigt.

Die Erstbewertung des SachverstÃ¤ndigen R1 zum Brandschaden legte dar, dass es nach einer Fehlbedienung der KaffeerÃ¶stmaschine zu einem Brand in einem VerbindungsstÃ¼ck und einem gemauerten Schornstein gekommen sei. Der Brand habe auf die aus Holzweichfaserplatten bestehende GebÃ¤udefuge Ã¼bergegriffen und sich ausgebreitet.
Durch die oberhalb des VerbindungsstÃ¼cks eingefÃ¼hrte Abluft des KÃ¼hlsiebs habe ein unerheblicher Eintrag von Brandlast in Form von RÃ¼ckstÃ¤nden aus dem RÃ¶stprozess stattgefunden. Dieser habe sich unter anderem auf dem darunter verlaufenden VerbindungsstÃ¼ck und an der gemauerten Schornsteinwand abgelagert. Durch die Fehlbedienung der RÃ¶stmaschine sei es zum Brand auÃ□erhalb des Edelstahlschornsteins gekommen. Durch den vom Schornstein aus gesehenen, nach der GebÃ¤udetrennfuge verschlossenen, ehemaligen Anschluss der alten RÃ¶stmaschine habe der BrandÃ¼bertrag zu der aus brennbaren Holzweichfaserplatten bestehenden GebÃ¤udetrennfuge stattgefunden. Das alte, einwandige VerbindungsstÃ¼ck hÃ¤tte im Bereich der brennbaren GebÃ¤udetrennfuge in einem Abstand von mindestens 20 cm mit einem Schutzrohr aus nichtbrennbaren Baustoffen versehen werden mÃ¼ssen. Hierdurch wÃ¤re der BrandÃ¼bertrag auf das brennbare Material der GebÃ¤udetrennfuge vermieden worden.

Ausweislich des Telefonvermerks vom 5. Februar 2019 teilte die KlÃ¤ger mit, dass sie seit November 2018 wieder arbeitsunfÃ¤hig sei. Als in der NÃ¤he das Krankenhaus gebrannt habe und die Hubschrauber Ã¼ber das Haus geflogen seien, habe sie ein Schockerlebnis wie bei ihrem Arbeitsunfall gehabt. Die H4 habe ihr eine stationÃ¤re Behandlung empfohlen, diese wolle sie nun in Anspruch nehmen.

H4 gab im Verlaufsbericht Psychotherapeutenverfahren vom 15. Februar 2019 als Diagnose eine rezidivierende depressive StÃ¶rung an. UnfallunabhÃ¤ngig bestehe ein Asthma bronchiale.

Die Beklagte holte das Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse (B1) ein.

Im Entlassungsbericht der P1 Klinik S3 Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung vom 17. April bis 29. Mai 2019 wurden als Diagnosen eine rezidivierende depressive StÃ¶rung, gegenwÃ¤rtig mittelgradige Episode, ein Asthma bronchiale und eine sonstige nicht nÃ¤her bezeichnete Hypothyreose angegeben.

Die KlÃ¤gerin habe angegeben, im September 2017 an ihrem Arbeitsplatz in ein Brandgeschehen verwickelt gewesen zu sein. In der Bankfiliale sei durch ein unterliegendes GeschÃ¤ft ein Schwelbrand ausgelÃ¶st worden, sie sei durch ein Kundentelefonat abgelenkt gewesen. Sie habe es zwar geschafft, rechtzeitig die BÃ¼rorÃ¤ume zu verlassen, habe aber auf der StraÃ□e feststellen mÃ¼ssen, von ihren Kollegen vergessen worden zu sein. Sie sei fÃ¼r lÃ¤ngere Zeit arbeitsunfÃ¤hig gewesen, habe sich schrittweise wieder an die Arbeit annÃ¤hern wollen.

Sie registriere jedoch SpÃ¤tfolgen, kÃ¶nne nachts nicht schlafen und habe eine â□□Mordswutâ□□ auf die Kollegen und die Feuerwehr. AuÃ□erdem bemerke sie Ã□ngste, die eigene Wohnung kÃ¶nne brennen. Trotz Inanspruchnahme einer ambulanten Psychotherapie bestehe die Symptomatik fort. Psychopathologisch sei die KlÃ¤gerin bewusstseinsklar und zu allen QualitÃ¤ten sicher orientiert. Im GesprÃ¤chsverhalten sei sie bemÃ¼ht, offen und den Blickkontakt haltend. GedÃ¤chtnis und Konzentration wÃ¼rden subjektiv als beeintrÃ¤chtigt erlebt. Im formalen Denken sei sie geordnet, es fÃ¤nden sich keine Hinweise auf inhaltliche DenkstÃ¶rungen. Affektiv wirke die KlÃ¤gerin Ã¤uÃ□erlich auf eine intakte Fassade bedacht, darunter verzweifelt, Ã¤ngstlich und niedergeschlagen. Im Antrieb sei sie nach eigenem Bekunden deutlich vermindert. Psychomotorisch wirke sie vordergrÃ¼ndig ruhig, dahinter aber angespannt und erregt. In der PersÃ¶nlichkeitsstruktur seien dezent histrionische Anteile wahrnehmbar.

Die KlÃ¤gerin habe sich rasch in die therapeutische Gemeinschaft integriert, habe soziale Kontakte knÃ¼pfen und Erfahrungen mit Annahme und Ablehnung durch die Mitpatienten machen kÃ¶nnen. Dabei habe sie die psychodynamischen ZusammenhÃ¤nge zwischen den belastenden Lebensereignissen, ihrer PersÃ¶nlichkeitsstruktur und ihren Symptomen erarbeiten kÃ¶nnen. Sie sei der Behandlung gegenÃ¼ber sehr offen gewesen. Es sei ihr gelungen, das therapeutische Angebot in seiner Sinnhaftigkeit fÃ¼r ihre Person zu erschlieÃ□en und partielle Fortschritte hinsichtlich ihrer EntspannungsfÃ¤higkeit zu erreichen. Gleichwohl bestehe die Notwendigkeit, die posttraumatische Symptomatik zum geeigneten Zeitpunkt einer gesonderten Traumabehandlung zuzufÃ¼hren. Die bestehende ambulante Psychotherapie sei aber zum Transfer des bislang Erreichten in den Alltag und zur Wahrung der StabilitÃ¤t unter Stressbedingungen sicherlich sinnvoll. Die Entlassung sei in psychisch stabilem Zustand nach Hause erfolgt.

M2 erstattete aufgrund ambulanter Behandlung vom 2. Juli 2019 einen Erstbericht Psychotherapeutenverfahren. Die KlÃ¤gerin habe angegeben, zur Mittagszeit im BÃ¼ro beim Kopieren gewesen zu sein und einen Feuerwehreinsatz gehÃ¶rt zu haben. Sie habe nach den Kollegen gerufen, aber niemanden mehr angetroffen. Als sie den Rauch gesehen habe, habe sie die Flucht Ã¼ber die FeuertÃ¼r ergriffen und

sei in den Hof gerannt. Es sei zu Ereignissen wie den Brand im Klinikum K1 gekommen, die sie getriggert hÃ¤tten.

Die KlÃ¤gerin beschreibe Schlaflosigkeit, Angst- und PanikzustÃ¤nde, wenn sie ein Martinshorn hÃ¶re. Sie kÃ¶nne sich nicht konzentrieren, ziehe sich sozial sehr zurÃ¼ck. Sie kÃ¶nne die Bank nicht mehr betreten, habe ein Magen- und Darmproblem im Zusammenhang mit der psychischen Anspannung. FrÃ¼here Beschwerden auf psychischem Fachgebiet seien nicht bekannt.

Sie zeige sich freundlich zugewandt und aufgeschlossen, sei allseits orientiert und die Stimmung gedrÃ¼ckt. Der Antrieb sei vermindert, es komme zu Symptomen des Wiedererlebens in Form von Gedankenkreisen um den Vorfall. Es bestehe der Verdacht auf eine AnpassungsstÃ¶rung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt. Damit liege eine Indikation fÃ¼r weitere probatorische Sitzungen zur Diagnose und Anamneseerhebung vor.

Im Verlaufsbericht aufgrund ambulanter Untersuchung vom 5. August 2019 gab S2 an, dass sich die KlÃ¤gerin wegen einer akuten posttraumatischen BelastungsstÃ¶rung nach Hausbrand 2017 vorgestellt habe. Sie sei seitdem durchgehend in psychiatrischer Behandlung gewesen, habe zwischenzeitlich wieder gearbeitet. Zu einer erneuten AuslÃ¶sung sei es durch einen Brand in K1 gekommen, die Beschwerden seien aber nie vollstÃ¤ndig weg gewesen. Als Diagnosen wurden eine rezidivierende depressive StÃ¶rung, gegenwÃ¤rtig mittelgradige Episode, ein Verspannungssyndrom der Schulter-Nackenmuskulatur, eine Posttraumatische BelastungsstÃ¶rung (PTBS) und eine akute Rauchgas-Inhalation bei Hausbrand benannt.

Im Befundbericht des K2 vom 15. Juni 2018 wurden weiterhin bestehende Beschwerden von der Lunge her mit unspezifischer HyperreagibilitÃ¤t beschrieben. Die HNO-Diagnostik sei regelrecht gewesen.

Im weiteren Befundbericht vom 21. Januar 2019 wurde angegeben, dass nach der letzten Vorstellung am 11. Juni 2018 weiter Psychotherapie durchgefÃ¼hrt worden sei. Die KlÃ¤gerin sei stark belastet durch den Brand am Arbeitsplatz. In der Bodyplethysmographie zeigten sich weiter normale statische und dynamische Parameter im Sinne einer regelrechten Lungenfunktion.

M2 legte im Folgebericht mit Weiterbehandlungsantrag vom 12. August 2019 dar, dass die KlÃ¤gerin freundlich zugewandt und aufgeschlossen sowie allseits orientiert sei. Die Stimmung zeige sich gedrÃ¼ckt, der Antrieb vermindert. Es bestÃ¼nden Symptome des Wiedererlebens in Form von Gedankenkreisen und GrÃ¼beln darÃ¼ber, warum sie beim Brand vergessen worden sei, sowie eine vegetative Ãbererregtheit. Anhand der durchgefÃ¼hrten Testverfahren sei die Diagnose einer AnpassungsstÃ¶rung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt zu stellen, die Testergebnisse zusammen mit den beschriebenen Beschwerden ergÃ¤ben einen Behandlungsbedarf.

Es sollten 25 Sitzungen im wÃ¶chentlichen Rhythmus durchgefÃ¼hrt werden, um

den Aufbau und die Konsolidierung des SelbstwertgefÃ¼hls sowie des Selbstbewusstseins zu erreichen. Weiterhin gehe es um die Behandlung der Trauma-Symptome des Wiedererlebens und der Vermeidung, ebenso um die BewÃ¤ltigung der depressiven Symptome und der bestehenden Ãngsten vor mÃ¶glichen GefÃ¤hrdungen im Alltag.

M3 fÃ¼hrte beratungsÃ¤rztlich aus, dass vom zeitlichen Ablauf formal die Kriterien einer AnpassungsstÃ¶rung gerade noch erfÃ¼llt seien. Nach Aktenlage liege eine rezidivierende depressive StÃ¶rung mit Erstmanifestation 2002 vor. Im Rahmen der Behandlung der Depression sei eine Psychotherapie ob des Erlebens angesichts des Ereignisses 2017 vorgeschlagen worden, um die Beschwerden in den hochbelasteten biographischen Kontext einzuordnen. Nach Aktenstudium gehe es im Wesentlichen darum, dass die KlÃ¤gerin vermeintlich erlebt habe, bei einem Brand âvergessenâ worden zu sein. Im Wesentlichen scheine ein KrÃ¤nkungserleben mit gestÃ¶rter Anpassung vorzuliegen. Hinzuweisen sei darauf, dass die stationÃ¤re Behandlung Ã¼berwiegend aufgrund anderer psychischer StÃ¶rungen erfolgt sei. Dieser Sachverhalt sei nach der ICD-10 am ehesten als âZ-Diagnoseâ zu verschlÃ¼sseln. Angesichts der ausgeprÃ¤gten KomorbiditÃ¤t solle der Behandlung der Auswirkung des âUnfallsâ ausreichend Zeit eingerÃ¤umt werden.

H4 teilte in einem weiteren Befundbericht als Diagnose eine rezidivierende depressive StÃ¶rung, gegenwÃ¤rtig mittelgradige Episode, mit. Diese bestehe seit Jahren, daneben ein Asthma bronchiale. Es seien regelmÃ¤Ãige stÃ¼tzende GesprÃ¤che erfolgt, die nur zu einer zeitweisen Stabilisierung gefÃ¼hrt hÃ¤tten.

Nach Gutachterauswahl holte die Beklagte das neurologisch-psychiatrische Gutachten des L1 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 25. September 2019 ein. Diesem gegenÃ¼ber hat die KlÃ¤gerin zum Unfallereignis angegeben, dass sie an dem Tag etwas frÃ¼her eine Mittagspause bis circa 13.45 Uhr eingelegt habe. Danach habe sie das BÃ¼ro fÃ¼r sich alleine gehabt. Sie habe gerade mit einer Kundin telefoniert, als sie das GefÃ¼hl gehabt habe, dass jemand im Flur ein FunkgerÃ¤t bediene. Sie habe ihr Zimmer verlassen, sei die Treppen hoch gegangen und habe gesehen, dass alles voller Rauch gewesen sei. Sie habe nach ihren Kollegen gerufen, aber es sei niemand mehr da gewesen. Sie sei dann ins Erdgeschoss hinunter und habe gedacht, dass sie vielleicht von dort ins Freie komme. Vor dem GebÃ¤ude hÃ¤tten ein Feuerwehrauto und die anderen Kollegen gestanden. Sie habe realisiert, dass man sie einfach vergessen habe, was sie sehr verletzt habe. Circa 100 Schaulustige seien vor dem GebÃ¤ude gewesen und hÃ¤tten fotografiert, die Feuerwehr habe sich nicht um sie gekÃ¼mmert. Sie sei sofort mit dem Auto zu ihrem Lungenfacharzt gefahren, der aber keine Rauchvergiftung festgestellt habe.

Es sei Ã¼ber eine FÃ¼lle von Beschwerden unmittelbar nach dem Unfall berichtet worden. Die KlÃ¤gerin gebe an, dass sie dauernd schlecht geschlafen und einen Ã¼bersÃ¤uerten Magen gehabt habe. Ohne Schlafmedikamente habe sie nicht mehr schlafen kÃ¶nnen, man habe ihr nach dem Unfall Tavor gegeben. Nach dem Unfall sei sie sehr schreckhaft gewesen und habe bei Kleinigkeiten gezittert.

Manchmal habe sie das GefÃ¼hl gehabt, dass jemand hinter ihr hergehe. Sie habe Ãngste und Panikattacken. Wenn sie ein Martinshorn gehÃ¶rt habe, habe sich die Situation verschlechtert. Sie habe groÃe Ãngste verspÃ¼rt, wieder in das GebÃ¤ude hinein zu gehen, habe dies letztlich spÃ¤ter dann aber doch geschafft.

Anhaltende Schlafprobleme sowie Probleme beim Einschlafen seien berichtet worden, die KlÃ¤gerin gebe an, entweder antriebslos oder nervÃ¶s zu sein. Seit November 2018 wÃ¼rden Psychopharmaka eingenommen, seit dieser Zeit sei sie immer mÃ¼de und habe eine erhÃ¶hte Kontrollneigung. Manchmal fÃ¼hle sie sich sehr traurig und sei vermehrt vergesslich. Sie habe immer noch RÃ¼cken- und Nackenschmerzen. Einmal in der Woche gehe sie zur Physiotherapie. Es bestÃ¼nden Atemnot und OhnmachtsgefÃ¼hle, sie habe eine â Mordswutâ auf die Feuerwehr und auf die Kollegen.

Befragt zum Tagesablauf sei eine stationÃ¤re Behandlung vom 17. April bis 29. Mai 2019 in einer Psychosomatischen Klinik beschrieben worden. Vor dieser Zeit sei es ganz schlimm gewesen, sie sei nur im Bett gewesen und habe Arzttermine nur per Taxi wahrnehmen kÃ¶nnen. Die Familie habe fÃ¼r sie eingekauft und die Hausarbeit erledigt. Ãberwiegend habe sie ferngesehen, alles andere habe sie vermehrt angestrengt. Derzeit stehe sie zwischen 10.00 Uhr und 12.00 Uhr auf, schlafe manchmal bis zu 11 Stunden. Den Haushalt schaffe sie, allerdings nur mit Pausen. Ein- bis zweimal in der Woche gehe sie zum Sport bzw. zum Fitness. Sie nehme an einem Yoga-Kurs teil. Zum Mittagessen hole sie sich etwas aus der Stadt oder mache sich eine Kleinigkeit selber. Reisen seien ihr noch zu anstrengend. Wenn Dinge auf sie zukÃ¤men, mit denen sie keine Erfahrung habe, werde sie unruhig und fange an zu heulen. Ihre frÃ¼heren Hobbies kÃ¶nne sie nicht mehr wahrnehmen.

Bis November 2018 habe sie in Vollzeit gearbeitet, diese VollzeittÃ¤tigkeit psychisch aber nicht lÃ¤nger durchgehalten. Wenn sie mehr als sechs Stunden gearbeitet habe, habe sie angefangen zu zittern. Nach dem Unfall 2017 sei sie vier Wochen lang krank gewesen. Im November 2018 habe sie bei einer Meditation gehÃ¶rt, dass Feuerwehrautos sowie Hubschrauber vorbeigefahren bzw. vorbeigeflogen seien. Dies habe ihre Meditation unterbrochen. Sie habe gedacht, wenn die gleichen Feuerwehrleute wie bei ihr selbst im Einsatz seien, dann sterbe jemand. Sie habe mitbekommen, dass damals ein Brand in der Klinik in K1 ausgebrochen sei mit einem Toten. Dies habe sie sehr verunsichert und dadurch habe sich ihre psychische Situation sehr verschlechtert. Sie sei arbeitsunfÃ¤hig geworden und habe psychotherapeutische Behandlung bekommen.

In der Untersuchungssituation sei die KlÃ¤gerin bewusstseinsklar bei regelrechter Konzentration und Aufmerksamkeit gewesen, dabei orientiert und in sÃ¤mtlichen Dimensionen unauffÃ¤llig. Der Antrieb wirke leicht reduziert, geklagt werde Ã¼ber innere Unruhe. Die Sprechweise sei ausgeglichen, der Blickkontakt habe gut gehalten werden kÃ¶nnen. Bei Besprechung des Unfallereignisses sei die KlÃ¤gerin den TrÃ¤nen nahe gewesen und habe tief durchgeatmet. Es habe sich eine deutliche Erregung gezeigt, die Kontrolle und Steuerung sei regelrecht gewesen. Die DenkablÃ¤ufe seien nicht verlangsamt oder ambivalent, die Denkinhalte auf

multiple Ãngste zentriert. Ãber spontane Flashback-Erlebnisse oder spontane Intrusionen sei nicht berichtet worden, ebenso wÃ¼rden keine AlbtrÃ¤ume, die motivisch mit dem Unfall zusammenhingen, berichtet. Geklagt werde Ã¼ber eine FÃ¼lle von kÃ¶rperlichen Beschwerden sowie AngstzustÃ¤nde und depressive Erlebnisweisen. Die mnestischen Funktionen seien regelrecht, die Gestimmtheit und die AffektivitÃ¤t leicht bedrÃ¼ckt, depressiv wie pessimistisch. Die Empfindung und die Wahrnehmung sei auf KÃ¶rperbeschwerden zentriert, das Ich-Erleben unauffÃ¤llig. Es sei von einer sensiblen und zur depressiven Symptomatik neigenden GesamtpersÃ¶nlichkeit auszugehen.
Diagnostisch bestehe eine rezidivierende depressive StÃ¶rung, derzeit leichte depressive Symptomatik sowie eine Angst und Depression gemischt, derzeit leichte AusprÃ¤gung. Weiter zeigten sich Teilelemente einer Posttraumatischen BelastungsstÃ¶rung (PTBS), die kompletten Kriterien einer PTBS hÃ¤tten frÃ¼her nicht vorgelegen und auch derzeit nicht. Es handele sich um ein minimal ausgeprÃ¤gtes Partialsyndrom.

Bereits vor dem Unfall habe zweifelsfrei eine manifeste psychische Vorerkrankung vorgelegen. Der Aktenlage sei eine rezidivierende depressive Verstimmung bzw. eine StÃ¶rung mit Angst und Depression zu entnehmen. Bereits vor dem Trauma habe sie sich in regelmÃ¤Ãiger Psychotherapie befunden, allerdings in niedriger Frequenz. Es sei vor dem Trauma schon eine antidepressive Medikation eingenommen worden, die Erstmanifestation der depressiven StÃ¶rung sei 2002 aufgetreten. Die AusprÃ¤gung sei, soweit retrospektiv feststellbar, leicht bis mittelschwer gewesen. Es habe keine klinische stumme Schadensanlage bestanden, sondern eine manifeste psychische StÃ¶rung.

Das HÃ¶ren eines Martinshornes oder eines SanitÃ¤tswagens gehÃ¶re zum allgemeinen Lebensrisiko. Ansonsten seien nach dem Unfallereignis potentiell wirksame EinflÃ¼sse, die dem allgemeinen Lebensrisiko zuzurechnen seien, nicht erkennbar.

Das Erstereignis sei im Rahmen der Traumatisierung zwar in der Lage gewesen, eine PTBS auszulÃ¶sen, jedoch habe eine solche nach dem Trauma nicht bestanden. Wesentliche Kardinalsymptome wie Intrusionen und Wiedererleben fehlten. VorÃ¼bergehend habe eine akute BelastungsstÃ¶rung bestanden, die dann nach circa vier Wochen wieder abgeklungen sei, sodass die KlÃ¤gerin ihre TÃ¤tigkeit wieder habe aufnehmen kÃ¶nnen. Bis zur nÃ¤chsten Verschlechterung 2018 sei die Situation gut kompensiert gewesen. Die Befunde der behandelnden Psychotherapeutin Ã¼ber ein posttraumatisches Belastungssyndrom kÃ¶nnten nicht nachvollzogen werden, da die Symptomatik nur vorÃ¼bergehend ausgeprÃ¤gt gewesen sei. Im Vordergrund habe auch vier Wochen nach dem Trauma und danach die Grunderkrankung einer rezidivierenden depressiven StÃ¶rung, Angst und Depression gemischt, bestanden. Nur Teilelemente einer PTBS seien gesichert gewesen. Eine PTBS werde im Entlassungsbericht Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung 2019 dementsprechend nicht erwÃ¤hnt.

Durch das Unfallereignis sei fÃ¼r etwa vier Wochen eine posttraumatische akute Belastungsreaktion ausgelÃ¶st worden, weiter eine phobische Situation beim

HÃ¶ren eines Martinshorns bzw. eines SanitÃ¤tswagens. Hierbei handele es sich um ein Teilelement einer PTBS, das derzeit im Vergleich zu den anderen Grunderkrankungen weit im Hintergrund stehe. Die rezidivierende depressive StÃ¶rung sowie die StÃ¶rung mit Angst und Depression gemischt seien unfallunabhÃ¤ngig und durch das Unfallereignis nicht verschlechtert oder mitverursacht worden.

UnfallunabhÃ¤ngige Faktoren spielten jetzt die Hauptrolle in der Gesamtproblematik und in der Erkrankung der KlÃ¤gerin. Die rezidivierende depressive StÃ¶rung mit derzeit leichter depressiver Episode sowie die StÃ¶rung mit Angst und Depression gemischt sei in der Regel anlagebedingt und unfallunabhÃ¤ngig. Diese beiden Erkrankungen seien im Verlauf die wesentliche Ursache der Symptomatik. Die Teilelemente einer PTBS seien gering ausgeprÃ¤gt, aber unfallabhÃ¤ngig. Eine wesentliche EinschrÃ¤nkung der beruflichen LeistungsfÃ¤higkeit bzw. der allgemeinen Gesundheit werde hierdurch nicht begrÃ¼ndet. Der KlÃ¤gerin sei vier Wochen nach dem Unfall eine berufliche TÃ¤tigkeit im gleichen Arbeitsgebiet fÃ¼r knapp ein Jahr mÃ¶glich gewesen, was die Schwere der phobischen TeilstÃ¶rung relativiere. Aufgrund der Unfallfolgen bestehe nur eine geringe BehandlungsbedÃ¼rftigkeit, sodass noch 10 psychotherapeutische Sitzungen empfohlen wÃ¼rden. Die Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit (MdE) sei auf 10 vom Hundert (v.Â H.) einzuschÃ¤tzen. Durch die Psychotherapie lasse sich die MdE bis zur Beendigung des dritten Jahres nach dem Unfall wahrscheinlich auf unter 10 v. H. absenken. Im Laufe der Zeit klÃ¤ngen die Teilelemente einer PTBS in der Regel ab, dies sei der am meisten beobachtete Verlauf.

Soweit die KlÃ¤gerin eine Re-Traumatisierung fÃ¼r eine Verschlechterung der unfallbedingten Symptomatik durch das HÃ¶ren eines Martinshornes geltend mache, lasse sich eine solche im Sinne einer PTBS nicht nachweisen, zumal schon eine klassische PTBS nicht erwiesen sei. Es wÃ¤re auch gutachterlich nicht nachvollziehbar, weshalb bei einer zunÃ¤chst gebesserten PTBS bei einem Gelegenheitsanlass (Martinshorn, Krankenwagen) wieder eine massive Verschlechterung der PTBS aufgetreten sein solle. In der Regel zeigten PTBS eine im Zeitbereich abfallende und sich bessernde Symptomatik. Die nunmehr vorliegende phobische Reaktion sei nicht so stark, dass der KlÃ¤gerin eine TÃ¤tigkeit in ihrem beruflichen Umfeld nicht zuzumuten sei. Auch wÃ¤hrend des stationÃ¤ren Aufenthaltes 2019 sei ein Zusammenhang zwischen der gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven StÃ¶rung und dem Brandtrauma nicht festgestellt worden. Die dort beschriebenen Symptome entsprÃ¤chen nicht denen einer PTBS, sondern denen einer Depression.

Im Verlaufsbericht Psychotherapeutenverfahren vom 7. November 2019 gab M2 an, dass sich die KlÃ¤gerin derzeit in einer unsicheren Lebenssituation befinde. Hierbei gehe es um die VerÃ¤nderung des Selbstbildes dahingehend, dass eine Daseinsberechtigung auch ohne Arbeit bestehe und eine Lebensgestaltung ohne Arbeit insbesondere im Krankenstand wichtig sei. Sport und bestehende Interessen zeigten als tagesstrukturierende Elemente eine positive Wirkung auf den Genesungsprozess. Die KlÃ¤gerin lerne, dass sie ihrer Krankheit nicht passiv

ausgeliefert sei, sondern aktiv auf den Heilungsverlauf einwirken kÃ¶nne. Als Diagnose wurde weiter eine AnpassungsstÃ¶rung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt genannt.

Mit Bescheid vom 4. Dezember 2019 erkannte die Beklagte das Ereignis vom 18. September 2017 als Versicherungsfall an. AnsprÃ¼che auf Verletztengeld, Verletztenrente und weitere psychotherapeutische Behandlungen bestÃ¼nden nicht. Als Unfallfolgen wurden Teilelemente einer posttraumatischen Belastungsreaktion im Sinne einer Ã¤ngstlichen phobischen Reaktion auf das GerÃ¤usch des Martinshorns und Rauch als Teilsymptome einer PTBS bei fehlendem Vollbild eine PTBS mit vorÃ¼bergehender BehandlungsbedÃ¼rftigkeit bei vorbestehender rezidivierender depressiver StÃ¶rung sowie die folgenlos ausgeheilte Inhalation von Rauchgas anerkannt. Keine Unfallfolge sei die rezidivierende depressive StÃ¶rung sowie die Angst und Depression gemischt.

Im Widerspruchsverfahren holte die Beklagte nach weiterer Gutachterauswahl das psychiatrische Gutachten des N1 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 12. Februar 2020 ein. Diesem gegenÃ¼ber gab die KlÃ¤gerin an, dass sie nach dem Ereignis zunÃ¤chst fÃ¼r vier Wochen krankgeschrieben worden sei. Es sei ihr stÃ¤ndig Ã¼bel gewesen und sie habe oft erbrochen. Es habe sich Durchfall entwickelt und es seien hÃ¤ufig PanikzustÃ¤nde mit Herzrasen aufgetreten. Die Angst, dass mÃ¶glicherweise alle ihre Unterlagen am Arbeitsplatz vernichtet worden seien, habe sie verfolgt. Das BankgebÃ¤ude habe sie nicht mehr betreten kÃ¶nnen. Auf GerÃ¼che, die entfernt an den Brandgeruch erinnerten, habe sie immer wieder panisch reagiert. Das Autofahren habe sie seit dem Brandereignis weitgehend aufgegeben. Sie fahre nur noch im Stadtgebiet K1, allerdings habe sie einmalig eine weitere Strecke zurÃ¼ckgelegt, nach S3 in die Klinik. Nach vier Wochen habe sie wieder versucht zu arbeiten. Dies sei sehr mÃ¼hsam gewesen, mehr als fÃ¼nf bis sechs Stunden habe sie nicht durchgehalten. Sie habe bei der Arbeit viel geweint. Wenn sie drauÃen das Martinshorn der Feuerwehr gehÃ¶rt habe, sei sie hinausgegangen und der Feuerwehr hinterhergelaufen.

Eine wesentliche Besserung sei bis heute nicht eingetreten. Zur aktuellen Beschwerdesituation habe die KlÃ¤gerin einen (aktenkundigen) ausfÃ¼hrlichen Bericht Ã¼berreicht und betont, fÃ¼r dessen Erstellung drei Wochen benÃ¶tigt zu haben.

Vom Unfallzeitpunkt bis heute sei ihr alles zu viel und zu laut. Sie sei dÃ¼nnhÃ¤utig und mÃ¼sse stÃ¤ndig weinen, sei nicht mehr belastbar. Menschen machten sie seit dem Unfall nervÃ¶s und sie fÃ¼hle sich in Gesellschaft von Menschen nicht mehr wohl. Sie habe mindestens einmal wÃ¶chentlich Panikattacken, in solchen Momenten wisse sie nicht, wie sie wieder aus dieser Situation herauskommen solle. Seit dem Unfall leide sie an Ãbelkeit und vermehrten Magen-Darm-Problemen. Vor allem in Stresssituationen komme ein Ohrenrauschen hinzu. Es bestÃ¼nden massive KonzentrationsstÃ¶rungen und Vergesslichkeit, sie wisse oft nicht mehr, wo sie ihr Auto geparkt habe oder was sie habe einkaufen wollen. Wenn sie mit dem Auto unterwegs sei, verfahre sie sich immer wieder.

Sie leide unter anhaltenden RÃ¼cken- und Gelenkschmerzen, bei Verschlechterung des Asthmas auch unter zusÃ¤tzlichen Schmerzen im Brust- und RÃ¼ckenbereich. Sie sei entweder antriebslos, erschÃ¶pft und traurig oder nervÃ¶s und nicht mehr zur Ruhe kommend. Seit dem Unfall habe sie mit finanziellen Problemen und mit einem sozialen Abstieg zu kÃ¤mpfen. Sie reagiere extrem auf jede Erinnerung an das Brandgeschehen, leide unter diversen kÃ¶rperlichen und psychischen Symptomen bei jeder Art des Kontakts mit der Feuerwehr oder mit BrÃ¤nden. Wenn die Situation ganz schlimm fÃ¼r sie sei, habe sie ihren Darm nicht mehr unter Kontrolle und kote ein. Dies sei in den ersten vier Wochen nach dem Brandereignis stÃ¤ndig geschehen. Ohne Schlaftabletten kÃ¶nne sie nicht mehr schlafen. Das langjÃ¤hrig bestehende Asthma habe sich seit dem Unfall verschlechtert. Jede Art von Stress fÃ¼hre dazu, dass sie nach Luft ringe. Ihre Lunge sei stÃ¤ndig verschleimt. Allein das Verfassen des Berichtes und das damit verbundene Erinnern an die Brandsituation habe zur einer Verschlechterung des Asthmas gefÃ¼hrt.

Zum Tagesablauf habe die KlÃ¤gerin angegeben, derzeit nur vier bis fÃ¼nf Stunden auf den Beinen zu sein. Danach verlieÃen sie ihre KrÃ¤fte und sie mÃ¼sse sich fÃ¼r den Rest des Tages hinlegen. Ihre Kraft reiche gerade fÃ¼r ihre Selbstversorgung sowie fÃ¼r die Wahrnehmung von Arzt- und Therapeutenterminen. An durchschnittlich zwei Tagen schaffe sie es Ã¼berhaupt nicht aufzustehen. Sie verbarrikadiere sich dann zu Hause, verspÃ¼re eine totale Traurigkeit.

Ihre Freunde hÃ¤tten sich weitgehend von ihr verabschiedet, zum Teil mit der BegrÃ¼ndung, dass keine verlÃ¤sslichen Vereinbarungen mehr mÃ¶glich seien. Sie habe wenige enge Freunde, auch engen Kontakt zur Schwester und zum Bruder. FrÃ¼her sei sie unternehmungslustig und vielseitig interessiert gewesen. Jetzt verlasse sie die Wohnung nur noch zu Arztterminen und zu EinkÃ¤ufen. Nachmittags liege sie nur noch vor dem Fernseher, Lesen sei ihr zu anstrengend. Am Abend esse sie gegen 19 Uhr eine Kleinigkeit, wenn sie Durchfall habe, esse sie manchmal fast zwei Wochen lang fast gar nichts.

Zu Vorerkrankungen habe sie angegeben, 2004 einen Burnout erlitten zu haben. Sie habe damals in der Schweiz eine fÃ¼hrende Position als Sekretariatsleiterin in der Zentrale einer groÃen Privatschule mit vielen Filialen innegehabt. Dabei habe sie mit zwei Frauen zusammenarbeiten mÃ¼ssen, die ihr das Leben schwergemacht hÃ¤tten. Sie sei dann in einer auf Mobbing spezialisierten Klinik im Saarland behandelt worden, danach sei es ihr wieder gut gegangen. 2016 sei sie nach einer schweren Bronchitis stationÃ¤r behandelt worden. Sie sei monatelang krank gewesen, in der Klinik habe man sie auf die psychosomatischen Aspekte des Asthma bronchiale aufmerksam gemacht, worauf sie sich in psychotherapeutische Behandlung begeben habe.

Bei der Untersuchung habe sich ein guter Allgemein- und ErnÃ¤hrungszustand gezeigt, das Gewicht betrage 60 kg bei 1,68 Meter KÃ¶rpergrÃ¶Ãe. Herz und Lunge seien auskultatorisch ohne Befund. Psychisch habe ein gepflegtes Erscheinungsbild bestanden. Im Kontakt sei die KlÃ¤gerin freundlich, zugewandt und Ã¤ngstlich-verunsichert wirkend, dabei zu allen QualitÃ¤ten orientiert und

bewusstseinsklar. Anamnestisch wÃ¼rden EinschrÃ¤nkungen des kognitiven LeistungsvermÃ¶gens beschrieben. Bei der Anamneseerhebung sei auffÃ¤llig gewesen, dass die KlÃ¤gerin oft vom Thema abschweife, gestellte Fragen nicht beantworte und diese gleich wieder vergessen habe. Der Antrieb sei reduziert, ein allgemeiner Interessenverlust, eine vermehrte ErschÃ¶pfbarkeit und eine vegetative Ãbererregbarkeit mit SchlafstÃ¶rungen wÃ¼rden beschrieben. WÃ¤hrend der Untersuchung sei mehrfach ein Martinshorn von drauÃen zu hÃ¶ren gewesen, was dazu gefÃ¼hrt habe, dass die KlÃ¤ger panisch reagiert habe und ans Fenster geeilt sei.

Zu diagnostizieren seien eine schwere AnpassungsstÃ¶rung, eine somatoforme autonome FunktionsstÃ¶rung des Verdauungstraktes, eine generalisierte Angst- sowie eine PanikstÃ¶rung.

Wesentliche Folge des Unfallereignisses sei eine AnpassungsstÃ¶rung, also eine psychoreaktive StÃ¶rung mit einer ausgeprÃ¤gten depressiven Symptomatik, sowie eine Angstsymptomatik. Aus der Depression heraus erklÃ¤rten sich die LeistungseinbuÃen seit dem Unfallzeitpunkt, welche schlussendlich dazu gefÃ¼hrt hÃ¤tten, dass die KlÃ¤gerin ihre BerufstÃ¤tigkeit vÃ¶llig habe aufgeben mÃ¼ssen. Sie leide unter einer vermehrten Erregbarkeit mit schreckhaften Reaktionsweisen und innerer Unruhe. Im Rahmen der depressiven Entwicklung sei die BeeintrÃ¤chtigung des kognitiven LeistungsvermÃ¶gens zu sehen. Es bestÃ¼nden psychosomatische gastrointestinale Beschwerden. In kritischen Situationen komme es zu Panikattacken, einschlÃ¤gige Hinweisreize bewirkten eine krisenhafte Zuspitzung der psychischen Beschwerden. Viele dieser Beschwerden seien auch bei PTBS zu beobachten, allerdings seien die diagnostischen Kriterien hierfÃ¼r nicht erfÃ¼llt. Hinweise auf intrusive Erlebnisweisen gebe es nicht.

Alle Diagnosen seien dem Unfallereignis zuzurechnen. Im Grunde genommen habe seit dem Unfall durchgehend ArbeitsunfÃ¤higkeit bestanden, die KlÃ¤gerin habe ihr frÃ¼heres berufliches LeistungsvermÃ¶gen nicht wiedererlangt. Im November 2018 sei es dann ausgelÃ¶st durch den K1er Krankenhausbrand zur psychischen Dekompensation gekommen, sodass spÃ¤testens seit diesem Zeitpunkt unfallbedingte ArbeitsunfÃ¤higkeit bestehe. Die MdE sei mit 30 v.H. zu bewerten. Eine stationÃ¤re Behandlung sei zu empfehlen, eine Besserung wÃ¤re mÃ¶glich.

Zur Akte gelangte neben Unterlagen aus dem Schwerbehindertenverfahren der Befundbericht des K2 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 3. Januar 2020. Danach hÃ¤tten alle Werte der Lungenfunktionsdiagnostik innerhalb des Normalbereichs ohne Hinweise auf Obstruktion oder Restriktion gelegen. Hinweise auf eine signifikante ÃberblÃ¤hung bestÃ¼nden keine. Die Vorstellung sei bei angegebener Verschlechterung des Asthma bronchiale erfolgt. Lungenfunktionell finde sich ein Normalbefund, bei lediglich leichtgradiger Obstruktion der peripheren Atemwege.

M3 legte beratungsÃ¤rztlich dar, dass zwei fundamental unterschiedliche EinschÃ¤tzungen vorlÃ¤gen. Nach Aktenlage sei die KlÃ¤gerin am 18. September 2017 âwÃ¤hrend eines Brandesâ vergessen worden und habe sich selbst aus

dem GebÃ¤ude gerettet. Eine akute Belastungsreaktion sei dokumentiert, ebenso die rasche Wiederaufnahme der Arbeit. Ein psychischer Vorschaden sei beschrieben, man gewinne den Eindruck einer sich Ã¼ber Leistung definierenden PrimÃ¤rpersÃ¶nlichkeit mit biographischen Belastungen. Im Folgenden sei es zu einer psychischen Dekompensation gekommen, es hÃ¤tten sich Zeichen einer generalisierten AngststÃ¶rung, PanikstÃ¶rung sowie einer somatoformen autonomen StÃ¶rung des Verdauungstraktes laut aktuellem Gutachten ergeben, das Vorgutachten stelle eine depressive Episode fest.

Es liege ein belastendes Lebensereignis mit Erleben eines Brandes vor, bei dem die KlÃ¤gerin â□□vergessenâ□□ worden sei. Ein Erstschaden sei nachweisbar, ebenso eine StÃ¶rung von Krankheitswert, eine solche sei aber schon vorbestehend gewesen. Der klinische Verlauf mit verzÃ¶gerten Symptomen erscheine maÃ□geblich durch konkurrierende Faktoren wie belastende Lebensereignisse unterhalten. Die Beschwerden seien nur teilweise authentisch. Bei PrÃ¼fung der Kriterien nach den Begutachtungsleitlinien entspreche die EinschÃ¤tzung im ersten Gutachten eindeutig mehr der wissenschaftlichen Literatur als im zweiten Gutachten. Es sei eine akute Belastungsreaktion als Unfallfolge anzuerkennen mit einer ArbeitsunfÃ¤higkeit von maximal vier Wochen.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 28. Mai 2020 zurÃ¼ck. Der EinschÃ¤tzung des N1 sei nicht zu folgen, da dessen Schlussfolgerungen nicht den anerkannten wissenschaftlichen Grundlagen entsprÃ¤chen. Das Unfallereignis habe zu einer akuten Belastungsreaktion gefÃ¼hrt. Nach kurzer Zeit sei die berufliche TÃ¤tigkeit wieder aufgenommen worden, die TÃ¤tigkeit sei weitergefÃ¼hrt worden und es sei eine ambulante psychotherapeutische Behandlung erfolgt. Bereits vor dem Ereignis habe eine regelmÃ¤Ã□ige psychotherapeutische Behandlung stattgefunden.

Das einmalige Ereignis sei nicht geeignet gewesen, zu einer anhaltenden VerÃ¤nderung zu fÃ¼hren. Eine AnpassungsstÃ¶rung halte im Regelfall nicht Ã¼ber sechs Monate an, das Vollbild einer PTBS habe nicht vorgelegen.

Am 25. Juni 2020 hat die KlÃ¤gerin Klage beim Sozialgericht Konstanz erhoben und den Entlassungsbericht Ã¼ber die stationÃ¤re Rehabilitation vom 15. Dezember 2020 bis 26.Â Januar 2021 in der Klinik A2 vorgelegt. Als Diagnosen sind eine PTBS, eine mittelgradige depressive Episode, ein Asthma bronchiale, LÃ¤sionen der Rotatorenmanschette, eine Bursitis im Schulterbereich sowie Myogelosen im WirbelsÃ¤ulenbereich benannt worden.

Das LeistungsvermÃ¶gen fÃ¼r die letzte TÃ¤tigkeit als Immobilienmaklerin liege unter drei Stunden. WÃ¤hrend des Klinikaufenthaltes habe eine Stabilisierung erreicht werden kÃ¶nnen, die zur Aufnahme fÃ¼hrende Symptomatik sei in ihrer AusprÃ¤gung nahezu unverÃ¤ndert geblieben, die posttraumatische Symptomatik sei unter Belastung phasenweise verstÃ¤rkt hervorgetreten. Um unter ambulanter, je nach Verlauf auch stationÃ¤rer Psychotherapie, eine Besserung erzielen zu kÃ¶nnen, erfolge die Entlassung als arbeitsunfÃ¤hig.

Im Verlauf sei psychoedukativ vorgegangen worden, um der KlÃ¤gerin zu einem VerstÃ¤ndnis und einer Einordnung ihrer aktuellen Symptomatik zu verhelfen. Zur eingehenden Diagnostik sei der PCL-5 (SelbsteinschÃ¤tzungsinstrument zum Screening von PTBS) herangezogen worden. Am 21. Dezember 2020 habe ein Summenwert von 65 bei einem Cutt-Off-Wert von 38 fÃ¼r eine klinisch relevante PTBS-Symptomatik vorgelegen. Nachdem die KlÃ¤gerin zuvor widersprÃ¼chliche Informationen zum Vorliegen einer PTBS erhalten habe, sei es ihr nun im ersten Schritt mÃ¶glich gewesen, ihre Symptomatik zu begreifen. Beobachtungen im stationÃ¤ren Ablauf seien in das StÃ¶rungsmodell integriert worden, um ein VerstÃ¤ndnis und im nÃ¤chsten Schritt eine Akzeptanz zu ermÃ¶glichen.

Die vorbestehende Medikation sei fortgefÃ¼hrt, eine ergÃ¤nzende psychopharmakologische Therapie nicht eingeleitet worden. Die depressive Symptomatik habe sich leicht reduziert, es hÃ¤tten weiterhin eine hohe Anspannung sowie Schwierigkeiten in der Emotionsregulierung bestanden.

Die Beklagte ist der Klage durch Vorlage der beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahme des D2 entgegengetreten. Die Diagnosestellung der Rehabilitationsklinik sei nicht nachvollziehbar. Es wÃ¼rden keine diagnostischen und keine testpsychologischen Befunde, auf die sich die Diagnose stÃ¼tze, benannt. Das Krankheitsbild einer PTBS sei schon von den Eingangskriterien nicht nachvollziehbar, da sich die geschilderte Psychopathologie erst nach sechs Monaten ausgebildet habe.

Zur Akte ist eine Stellungnahme der A4 Klinik 1 zu dem stationÃ¤ren Aufenthalt gelangt. Danach hÃ¤tten sich durch sorgfÃ¤ltige Exploration und Beobachtungen im stationÃ¤ren Alltag ausreichende Hinweise fÃ¼r das Vorliegen einer PBTS-Symptomatik ergeben. Weitere diagnostische Mittel seien aufgrund der sehr deutlichen AusprÃ¤gung der Symptomatik nicht notwendig gewesen. In der psychotherapeutischen Praxis bleibe das diagnostische Interview das Mittel der Wahl. Aus den Schilderungen der KlÃ¤gerin sei zu entnehmen, dass auch das E-Kriterium (Auftreten der Symptomatik binnen sechs Monaten) erfÃ¼llt sei.

Weiter hat das SG das nervenÃ¤rztlich-psychosomatische SachverstÃ¤ndigengutachten des S1 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 19. Januar 2022 erhoben. Diesem gegenÃ¼ber hat die KlÃ¤gerin angegeben, unter massiven KonzentrationsstÃ¶rungen zu leiden. Es falle ihr schwer, Entscheidungen zu treffen. Sie sei immer entweder angespannt oder total mÃ¼de. Sie habe viele kÃ¶rperliche Probleme, vorwiegend mit Magen und Darm. Sie stehe an manchen Tagen Ã¼berhaupt nicht auf, habe ihre KÃ¶rperhygiene erheblich reduziert. Sie bade nur dreimal die Woche und wasche ihre Haare nur alle zwei Wochen. Wenn die Feuerwehr an ihrem Haus vorbeifahre, kÃ¶nne es sein, dass sie sich in die Hose mache.

Ihre Konzentration sei sehr schlecht, wenn sie ein Buch lese, kÃ¶nne sie sich das nicht merken. Ihre MerkfÃ¤higkeit sei sehr schlecht, dagegen sei das GedÃ¤chtnis fÃ¼r alles, was im Zusammenhang mit dem Unfall vorgefallen sei, leider ausgezeichnet. Im Gegensatz dazu wisse sie im Auto manchmal nicht, wo sie eigentlich hinfahren wolle. Aber fÃ¼r alles vor dem Unfall habe sie ein â□□super

GedÃ¤chtnisâ□□. Die KlÃ¤gerin gebe an, dass sie â□□sauer auf das Themaâ□□ sei, auf die Feuerwehr und die Unfallversicherung.

Am Unfalltag sei sie in der Mittagszeit im ersten Stock gewesen, dort seien circa acht Mitarbeiter. Sie sei Ã¼ber den Flur zum Kopieren gegangen und habe gedacht, dass die KaffeerÃ¶sterei noch mehr stinke als sonst. Sie sei zurÃ¼ck ins BÃ¼ro gegangen, habe die TÃ¼r angelehnt und mit einer Kundin telefoniert. Sie habe gemeint, im Flur ein FunkgerÃ¤t zu hÃ¶ren. Sie sei auf den Gang gegangen, habe um die Ecke geschaut und Rauch gesehen. Sie habe nach den Kollegen gerufen, was los sei. Es sei aber niemand da gewesen. Sie sei zurÃ¼ck ins BÃ¼ro, ganz klar und fokussiert gewesen. Sie habe zu der Kundin gesagt, dass sie auflegen mÃ¼sse, habe ihren SchlÃ¼ssel und Mantel geschnappt und versucht, vorne rauszukommen. Dort habe sie aber nichts mehr gesehen, dann die Luft angehalten, sei am BÃ¼ro vorbei durch das Treppenhaus nach unten. In der Schalterhalle sei auch alles voller Rauch gewesen, es habe aber noch einen weiteren Ausgang gegeben, aus dem sie dann raus sei.

Sie sei am Folgetag zu einer Therapeutin gegangen und fÃ¼r vier Wochen krankgeschrieben worden. Die Therapeutin habe ihr gesagt, dass sie wieder zur Arbeit mÃ¼sse. Nach vier Wochen habe sie wieder angefangen zu arbeiten. Dies sei mehr schlecht als recht gegangen. Irgendwann habe jemand etwas aus Plastik auf der Herdplatte gelassen und sie habe sich schrecklich aufgeregt. Als ein Feuerwehrauto vorbeigefahren sei, sei sie hinterhergelaufen und habe wissen wollen, wo die hinfahren. In diesem Jahr habe sie zwar wieder gearbeitet, sei aber oft arbeitsunfÃ¤hig gewesen und habe dadurch erhebliche GehaltseinbuÃ□en gehabt. PlÃ¶tzlich sei auch ihr Chef unzufrieden mit ihr gewesen. Vor dem Unfall habe eine sehr gute LeistungsfÃ¤higkeit bestanden.

Sie bewohne eine Zwei-Zimmer-Wohnung zur Miete. Da fÃ¼hle sie sich wohl, ein Haustier habe sie nicht. Ihr Freundeskreis sei kleiner geworden, aber gut vorhanden. Sie habe gute Kontakte mit zwei Frauen vom Haus, die auch fÃ¼r sie einkaufen gingen. AuÃ□erdem habe sie ein gutes VerhÃ¤ltnis mit ihrer Mutter und ihren Geschwistern. Der Kontakt zum Bruder sei abgebrochen. Hobbies kÃ¶nne sie keinen mehr nachgehen, sie habe Auto und FÃ¼hrerschein, fahre aber nur wenig, da sie schnell Ã¼berfordert sei. Verreist sei sie zuletzt nach dem Unfall, da habe sie eine Ayurvedakur in Madeira gemacht, das sei aber sehr anstrengend gewesen und habe ihr nicht gutgetan.

Zum Tagesablauf habe die KlÃ¤gerin angegeben, gegen 11 Uhr aufzustehen, manchmal auch gar nicht. Dann schaffe sie es nicht einmal ins Bad, bleibe im Schlafanzug, sei am liebsten im Bett und sehe fern. Sie habe keine Termine und keine Verantwortung. Sie habe einen Weg gefunden, halbwegs durch das Leben zu kommen und mache, was sie kÃ¶nne. Sie gehe zum Beispiel manchmal zum Mittagessen in ein Lokal, wo fast keine Leute seien. Sie achte sehr auf ihre Atmung, abends nehme sie nach 18 Uhr keine Anrufe mehr an. Sie liege da und sehe fern. Sie nehme ihre Schlaftabletten und Baldrian, nach zwei Stunden schlafe sie ein.

Die KlÃ¤gerin sei vom Ã¤uÃ□eren Erscheinungsbild geschmackvoll gekleidet, dezent

geschminkt gewesen. Die Kontaktaufnahme sei bereitwillig erfolgt, sehr ausdrucksbetont bei stark akzentuierter Beschwerdeschilderung. Sie sei wach, zu allen QualitÃ¤ten orientiert und ohne Hinweise auf qualitative oder quantitative BewusstseinsverÃ¤nderungen. Bei geschilderten ausgeprÃ¤gten KonzentrationsstÃ¶rungen sei die Konzentration auffallend wechselhaft. Zeitweilig habe ein Stocken bestanden, teilweise ein Abschweifen, stets habe sich eine Neigung zu Detailschilderungen gezeigt, die nicht als KonzentrationsstÃ¶rungen imponiert hÃ¤tten, sondern eher als persÃ¶nlichkeitseigener Stil. Die Auffassung sei stets gut gewesen, wÃ¤hrend des GesprÃ¤chs habe sie nicht erschÃ¶pft gewirkt, sondern ausgesprochen emotional engagiert und sei in ihren AusfÃ¼hrungen nur durch Zwischenfragen zu unterbrechen gewesen.

Es bestehe ein sehr gut erhaltenes AltgedÃ¤chtnis, MerkfÃ¤higkeitsstÃ¶rungen zeigten sich fÃ¼r aktuelle Ereignisse. Bei der Erhebung der Biographie und der krankheitsbezogenen Ereignisse sei das Zeitgitter gut intakt, LÃ¼cken seien nicht aufgefallen. Erinnerungen seien ausgesprochen detailreich gewesen. Die Stimmung habe sich im Verlauf auffallend wechselnd gezeigt. Zu keinem Zeitpunkt habe sie tiefergehend depressiv verstimmt imponiert, bei der Symptomschilderung habe sie stark leidend gewirkt. Wenn das GesprÃ¤ch auf die frÃ¼here berufliche TÃ¤tigkeit oder auf die wÃ¼tenden GefÃ¼hle gegenÃ¼ber der Feuerwehr und der Unfallversicherung gekommen sei, habe die KlÃ¤gerin die erfolgreiche selbstbewusste â□□Professionelleâ□□ erstaunlich Ã¼berzeugend verkÃ¶rpert. Dies geschehe mit fester Stimme, Entschlossenheit, klaren SÃ¤tzen und lebhafter Gestik, dabei in keiner Weise depressiv wirkend. Weinen oder Gereiztheit seien im GesprÃ¤chsverlauf nicht zu beobachten gewesen.

Auch die Psychomotorik habe im GesprÃ¤chsverlauf eindrucksvollen Schwankungen unterlegen. Insbesondere wÃ¤hrend der Symptomschilderungen habe die KlÃ¤gerin oft mit Pause gesprochen, abgehackt und sich sehr auf ihre Atmung konzentriert. Als sie Ã¼ber die Zeit ihrer beruflichen Erfolge und ihren Kampf gegen das ihrer Meinung nach erlittene Unrecht berichtet habe, sei die Psychomotorik vÃ¶llig verÃ¤ndert gewesen, mit ruhiger Atmung, klarer Stimme wie lebhaften untermalenden Bewegungen. Dabei seien Selbstsicherheit und SouverÃ¤nitÃ¤t ausgestrahlt worden.

In der Untersuchungssituation habe ein hohes MitteilungsbedÃ¼rfnis bestanden. Bei der Schilderung ihrer Beschwerden seien extreme ErschÃ¶pfung und Antriebslosigkeit angegeben worden. Eine ErschÃ¶pfung sei berichtet worden, faktisch aber nicht zu beobachten. Gegen Ende des GesprÃ¤chs bei Schilderung der beruflichen Erfolge habe sie tatkrÃ¤ftig, entschlossen und energiereich gewirkt.

Der formale Gedankengang sei zeitweilig stockend und mit Neigung zum Abschweifen, an anderen Stellen ausgesprochen geordnet und zielgerichtet. Die spontane ProduktivitÃ¤t des Denkens im Hinblick auf Gedankenentwicklung, Assoziationen und Entfaltung von Vorstellungen sei ausgemacht reichhaltig, die FlexibilitÃ¤t im GesprÃ¤chsverlauf sei gut gegeben. Pathologische PhÃ¤nomene wie GedankendrÃ¤ngen, Einengung oder Denkhemmung hÃ¤tten sich nicht gefunden. Inhaltlich habe eine starke Fixierung auf die Themen der genannten Beschwerden

und die LebenseinschrÃ¤nkungen bestanden. Angegeben worden seien durch Triggerreize ausgelÃ¶ste AngstgefÃ¼hle, aber keine intrusiven Erinnerungen und keine Flash-Backs.

Soziale AktivitÃ¤ten mit erhaltenen Kontakten in der Familie und im Freundeskreis wÃ¼rden beschrieben, deutlich reduzierte FreizeitaktivitÃ¤ten berichtet. Bei der kÃ¶rperlichen Untersuchung hÃ¤tten sich StÃ¶rungen des Gleichgewichts und der Koordination gezeigt, fÃ¼r die es keinen pathologisch neurologischen Befund gegeben habe.

Diagnostisch sei darauf hinzuweisen, dass zunÃ¤chst nur die Diagnose einer Angst und depressiven StÃ¶rung gemischt gestellt worden sei. In dem Bericht Ã¼ber ein Jahr nach dem Unfall sei von einer rezidivierenden depressiven StÃ¶rung, nicht aber von TraumafolgestÃ¶rungen die Rede. Im Entlassungsbericht 2019 werde wiederum die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode benannt und im Verlauf eine eingehende Auseinandersetzung mit depressiven und neurotischen Symptomen beschrieben. Das Unfallereignis werde zwar thematisiert und eine Therapie vorgeschlagen, indessen keine entsprechende Diagnose gestellt. M2 habe ebenfalls nur eine â□□AnpassungsstÃ¶rung mit Angst und depressiver Reaktion gemischtâ□□ festgestellt. Die Diagnose einer PTBS tauche erstmals im Bericht der A4 Klinik 1, drei Jahre nach dem Unfall, auf.

Hinsichtlich der Diagnosekriterien der PTBS sei bereits das Eingangskriterium in Frage zu stellen. Die KlÃ¤gerin habe plausibel und Ã¼berzeugend wÃ¤hrend des Geschehens keine tiefe Verzweiflung, sondern besonnen-kaltblÃ¼tiges und Ã¼berlegtes Handeln geschildert. Der Entstehungsmechanismus der StÃ¶rung sei gut bekannt. Es handele sich um ZustÃ¤nde eines hilflosen Ausgeliefertseins, in denen der angeborene Kampf- und Fluchtmechanismus nicht zum Einsatz kÃ¤me. Dabei komme es zu einer Deregulation von Kreislaufmechanismen und psychischen DissoziationszustÃ¤nden. Zumindest sei feststellbar, dass ein solcher Zustand hilflosen Ausgeliefertseins bei der KlÃ¤gerin nicht vorlegen habe. Sie sei in einem sehr aktiv bewÃ¤ltigenden Fluchtmodus gewesen. Verzweiflung, Wut und Angst hÃ¤tten sich erst hinterher eingestellt. Ferner habe die KlÃ¤gerin weder bei der aktuellen Untersuchung noch frÃ¼her typische Symptome einer PTBS geschildert. Insbesondere sei zu keinem Zeitpunkt ein intrusives Wiedererleben angegeben worden.

Was die KlÃ¤gerin eindrÃ¼cklich und sehr differenziert geschildert habe, seien Ã□ngste, die durch Erinnerungen an das Unfallereignis, aber auch jegliche Sinnesreize im Zusammenhang mit Feuer ausgelÃ¶st wÃ¼rden. Diese Ã□ngste seien aber weder Flashbacks noch intrusive Erinnerungen, hier sei die psychopathologische Differenzierung wichtig.

Geschildert worden seien die klassischen und typischen Symptome einer AngststÃ¶rung mit Panikattacken nebst einer spezifischen Phobie (Feuer). Zu widersprechen sei der diagnostische Einordnung als â□□AnpassungsstÃ¶rungâ□□ oder â□□Angst und depressive Reaktion, gemischtâ□□. Derartige AnpassungsstÃ¶rungen seien definitionsgemÃ¤Ã□ leichte psychische StÃ¶rungen

und dauerten in der Regel nicht lÃ¤nger als ein halbes Jahr, in AusnahmefÃ¤llen bis zu zwei Jahre, an. Schon aus rein zeitlichen GrÃ¼nden seien die Diagnosen nicht mehr zutreffend, es handele sich aber auch um leichte psychische StÃ¶rungen, wovon bei der KlÃ¤gerin wegen der ganz offensichtlich anhaltenden und erheblichen FunktionsbeeintrÃ¤chtigung nicht ausgegangen werden kÃ¶nne. Derartige VerlÃ¤ufe seien bei AngststÃ¶rungen durchaus nicht selten. Eine Depression habe zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht vorgelegen. Depressive ZustÃ¤nde seien in der Vergangenheit wiederholt dokumentiert worden, sodass an der Diagnose einer rezidivierenden depressiven StÃ¶rung nicht zu zweifeln sei.

Die diagnostische Einordnung insbesondere des Schweregrades unterliege einigen Vorbehalten. Die Diagnose der meisten psychischen StÃ¶rungen basiere im Wesentlichen auf der Bewertung von Schilderungen und Aussagen der Betroffenen Ã¼ber ihr eigenes Erleben und seien insofern nicht objektivierbar. Selbstschilderungen kÃ¶nnten von Interessen beeinflusst sei, was gleichermaÃen fÃ¼r die Beantwortung von FragebÃ¶gen in testpsychologischen Untersuchungen gelte.

Das Ergebnis des von N1 eingesetzten Fragebogens SRSI mit 21 sogenannten Pseudobeschwerden sei ein Extremwert im auffÃ¤lligen Bereich. Derart hohe Werte finde man auch in Begutachtungssituationen selten. Es mÃ¼sse daher mindestens von einer nicht authentischen Beschwerdeschilderung ausgegangen werden. Allein deswegen mÃ¼ssten Zweifel bestehen, ob die von der KlÃ¤gerin geschilderten Symptome in dieser Weise und dieser AusprÃ¤gung oder HÃ¤ufigkeit tatsÃ¤chlich vorhanden seien. Schon deshalb kÃ¶nne eine hinreichende Grundlage fÃ¼r eine Diagnosestellung vorliegend verneint werden.

Dennoch sei zur KausalitÃ¤tsbeurteilung darauf hinzuweisen, dass nahezu alle psychischen StÃ¶rungen als multifaktoriell verursacht gÃ¶lten. Wesentliche Ausnahmen seien die PTBS und die AnpassungsstÃ¶rungen, weil diese als einzige die Ursache quasi implizierten. Aus diesem Grund seien diese Diagnosen bei der Beurteilung von Unfallfolgen naheliegender Weise begehrt und hÃ¤ufig Gegenstand des Streits. Beide Diagnosen seien hier nicht zutreffend.

FÃ¼r Depressionen und AngststÃ¶rungen gelte gleichermaÃen, dass sie zu den hÃ¤ufigsten psychischen StÃ¶rungen gehÃ¶rten, nicht selten nach auslÃ¶senden, in ihrer Art aber oft recht unspezifischen Ereignissen, auftrÃ¤ten, aber auch ohne solche AuslÃ¶ser. Sie seien in ihrem Verlauf schwankend und durch RÃ¼ckfÃ¤lle gekennzeichnet, die wiederum manchmal mit und manchmal ohne AuslÃ¶ser auftreten wÃ¼rden.

Dass nach UnfÃ¤llen AngststÃ¶rungen gehÃ¤uft auftreten wÃ¼rden, sei statistisch gut belegt. Eine direkte oder ausschlieÃliche Verursachung werde aber nie zu belegen sein. Dies gelte in noch hÃ¶herem MaÃe, wenn bereits schon vorher psychische AuffÃ¤lligkeiten bestanden hÃ¤tten, wenngleich diese bei weitem nicht dieselbe IntensitÃ¤t gehabt hÃ¤tten. Neben der sehr multifaktoriellen Verursachung bestehe noch das MissverhÃ¤ltnis zwischen der einwirkenden SchÃ¤digung und der IntensitÃ¤t sowie Dauer der psychischen Symptomatik, vor allem bei einer

crescendoartigen Zunahme im Lauf der Jahre. Reaktive psychische StÃ¶rungen pflegten in der Regel tendenziell abzuklingen, am hÃ¤ufigsten sogar auszuheilen.

Vorliegend bestehe ein zweigipfliger Verlauf mit einer deutlich ausgeprÃ¤gten, auch gutachterlich unstrittigen PrimÃ¤rreaktion nach dem Unfallereignis, einem vorÃ¼bergehenden Abklingen und dann wieder einem allmÃ¤hlichen crescendoartigen Zunehmen, aber mit etwas verÃ¤nderter symptomatischer Akzentuierung. All diese Gesichtspunkte seien sehr typisch fÃ¼r die sogenannte Verschiebung der Wesensgrundlage. Ereignisse wie der Kampf um die Anerkennung von Unfallfolgen und die Wut auf Unfallbeteiligte etc. seien in den Vordergrund getreten. FÃ¼r eine kausale Unfallfolge spreche nur das Argument, dass â□□vor dem Unfall alles gut gewesen seiâ□□, die differenzierte Beleuchtung aller UmstÃ¤nde und die diagnostische Einordnung der vorliegenden psychischen StÃ¶rungen sprÃ¤chen aber ausnahmslos dagegen. Mit langen Einwendungen der KlÃ¤gerin gegen diese Schlussfolgerungen sei natÃ¼rlich zu rechnen.

Folgen des Unfalls lÃ¤gen nicht mehr mit an hinreichender Sicherheit vor. UnfallunabhÃ¤ngig bestehe eine rezidivierende depressive StÃ¶rung, die derzeit weitgehend remittiert sei, sowie eine Agoraphobie mit Panikattacken und eine spezifische Phobie vor Feuer. Ferner bestÃ¼nden Hinweise auf ein Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren. Als Gesundheitserstschaden sei eine akute Belastungsreaktion aufgetreten.

ArbeitsunfÃ¤higkeit kÃ¶nne fÃ¼r vier Wochen angenommen werden, eine klare Abgrenzung hinsichtlich der BehandlungsbedÃ¼rftigkeit sei nicht mÃ¶glich. FÃ¼r ein halbes Jahr nach dem Unfall kÃ¶nne die MdE mit 10 v.H. angesetzt werden, mehr sei nicht zu begrÃ¼nden. BehandlungsmaÃ□nahmen seien derzeit unfallunabhÃ¤ngig erforderlich.

Mit dem Gutachten des L1 bestehe Ã□bereinstimmung, dem des N1 kÃ¶nne nicht zugestimmt werden. Der Diagnose einer schweren AnpassungsstÃ¶rung stehe schon der zeitliche Verlauf entgegen. AnpassungsstÃ¶rungen seien definitionsgemÃ¤Ã□ leichtere psychische StÃ¶rungen, eine solche schweren AusmaÃ□es stelle somit einen Widerspruch in sich dar. N1 habe im Ã□brigen in der Beschwerdevalidierung gravierende AuffÃ¤lligkeiten festgestellt, diese aber bei der Gesamtbeurteilung nicht berÃ¼cksichtig. Auch Ã□berlegungen zum Crescendoverlauf der Beschwerden und dem VerhÃ¤ltnis zwischen einwirkender Ursache wie langanhaltenden Folgen fehlten. Die A4 Klinik 1 diagnostiziere zu Unrecht eine PTBS, eine Diagnosestellung allein aufgrund einer Selbstbewertung mit zu anderen Zwecken entwickelten diagnostischen Instrumenten sei nicht zulÃ¤ssig. Im gutachterlichen Kontext gehe es um eine kritische WÃ¼rdigung. Klinisch sei das Ziel meistens, eine Arbeitsdiagnose zu finden, die ein zielgerichtetes Arbeiten zusammen mit dem Patienten ermÃ¶gliche, was in vielen FÃ¤llen mit dem Konzept einer TraumafolgestÃ¶rung gut gelinge, insofern erfolge hÃ¤ufig eine unkritische Verwendung der Diagnose in Kliniken und bei Psychotherapeuten.

Als Anlage hat er eine zwÃ¶lfseitige Ausarbeitung der KlÃ¤gerin zu den gerichtlichen Beweisfragen vorgelegt, die ihm im Rahmen der Begutachtung

Ã¼bergeben worden sind. Weiter sind Ausdrucke aus der elektronischen Lohnsteuerbescheinung fÃ¼r 2017 und 2018 wie ein Attest der M4 vom 10. Januar 2022 zur Akte gelangt, wonach sich die KlÃ¤gerin seit 6. Juli 2021 mit der Diagnose einer PTBS in ihrer Behandlung befinde.

Das SG hat am 25. August 2022 eine nichtÃ¶ffentliche Sitzung durchgefÃ¼hrt (vgl. Protokoll) und auf die fehlenden Erfolgsaussichten des Klageverfahrens hingewiesen.

Nach AnhÃ¶rung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 9. Februar 2023 abgewiesen. Die Kammer habe sich nicht davon Ã¼berzeugen kÃ¶nnen, dass die anhaltenden GesundheitsstÃ¶rungen auf psychiatrischem Fachgebiet rechtlich kausal durch den Arbeitsunfall vom 18. September 2017 verursacht worden seien. Auf den Widerspruchsbescheid der Beklagten werde verwiesen, die dortigen AusfÃ¼hrungen seien durch das SachverstÃ¤ndigengutachten des S1 bestÃ¤tigt worden. Anlass, an der VollstÃ¤ndigkeit der erhobenen Befunde und der Richtigkeit der daraus gefolgerten Beurteilung zu zweifeln, bestehe keiner.

Am 7. MÃ¤rz 2023 hat die KlÃ¤gerin Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-WÃ¼rttemberg eingelegt. Das SachverstÃ¤ndigengutachten des S1 Ã¼berzeuge nicht, da dieser im Gegensatz zu L1 keinerlei GesundheitsstÃ¶rungen mehr als wesentlich durch den Unfall verursacht ansehe. Es liege auf der Hand, dass mit L1 zumindest die Angst beim ErtÃ¶nen eines Martinshorns oder bei Wahrnehmung von Rauch wesentlich dem Arbeitsunfall zuzuschreiben sei. Eine BegrÃ¼ndung fÃ¼r die Auffassung, dass auch diese Symptome nicht (mehr) wesentlich durch den Unfall verursacht seien, liefere S1 nicht. Ebenso Ã¼berzeuge nicht, dass S1 das Vorliegen einer PTBS bestreite.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 9. Februar 2023 aufzuheben und die Beklagte unter AbÃ¤nderung des Bescheides vom 4. Dezember 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Mai 2020 zu verurteilen, Verletztenrente nach einer Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit von wenigstens 30 vom Hundert, Behandlungskosten fÃ¼r die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der Heilbehandlung sowie Verletztengeld fÃ¼r die unfallbedingte ArbeitsunfÃ¤higkeit nach dem 16. Oktober 2017, insbesondere fÃ¼r die erneute ArbeitsunfÃ¤higkeit ab November 2018 zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt,

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Berufung der KlÃ¤gerin zurÃ¼ckzuweisen.

Sie verweist auf die angefochtene Entscheidung.

Auf Antrag der KlÃ¤gerin nach Â§ 109 SGG hat der Senat das SachverstÃ¤ndigengutachten der E1 aufgrund ambulanter Untersuchung vom

29.Â September 2023 erhoben.

Die Gutachterin hat ausgefÃ¼hrt, dass die KlÃ¤gerin berichtet habe, nach dem Vorfall bis heute unter erheblichen psychischen EinschrÃ¤nkungen zu leiden. Sie sei circa vier Wochen arbeitsunfÃ¤hig gewesen und habe dann mit eingeschrÃ¤nkter Arbeitszeit ihre TÃ¤tigkeit aufgenommen. Ab November 2018 sei die Symptomatik wieder verstÃ¤rkt aufgetreten, nachdem es in der NÃ¤he ihrer Wohnung in einem Krankenhaus gebrannt habe und dabei ein Mensch umgekommen sei. Das habe die Erinnerung an den Vorfall in der Bank reaktiviert. Die Symptomatik sei mit der Zeit immer schlimmer geworden, 2019 sei eine Rehabilitation erfolgt, die sie grÃ¶Ãtenteils privat bezahlt habe. Ãber die DRV sei sie sechs Wochen in I1 gewesen. Seit 2021 werde bei M4 eine Traumabehandlung durchgefÃ¼hrt, 90 Stunden seien bereits absolviert. Die Krankenkasse Ã¼bernehme keine weiteren Kosten mehr. Im Befund der Behandlerin M5 vom 22. November 2018 fÃ¼r das Versorgungsamt werde ausgefÃ¼hrt, dass bereits seit Jahren rezidivierende depressive Phasen vorlÃ¤gen, die KlÃ¤gerin habe gelernt, damit umzugehen, sich zu stabilisieren und sei arbeitsfÃ¤hig geblieben. Es habe immer wieder Ã¤uÃere AuslÃ¶ser fÃ¼r erneute schwere Episoden gegeben, auÃerdem werde in der A2-Klinik 2020/2021 eine RotatorenmanschettenlÃ¤sion angefÃ¼hrt.

Am 18. September 2017 sei es auf dem Arbeitsplatz zu einem Brand gekommen, sie sei von den Kollegen und der Feuerwehr vergessen worden, habe den Brand eher zufÃ¤llig bemerkt. Sie sei circa vier Wochen krankgeschrieben geworden, habe wegen der Verschlechterung ihres Asthmas den Lungenarzt aufgesucht. Die Therapeutin habe ihr geraten, mÃ¶glichst schnell wieder an den Arbeitsplatz zu gehen, was ihr schwergefallen sei. Im BÃ¼ro sei von dem Brand nichts zu sehen gewesen, es sei alles gereinigt und gestrichen worden. Mit dem Arbeiten sei es mehr schlecht als recht gegangen. Sie habe viele kÃ¶rperliche und psychische Symptome entwickelt, sodass der Umsatz eingebrochen sei und der Chef gefragt habe, was mit ihr los sei. Ab November 2018 sei sie nicht mehr in der Lage gewesen weiterzuarbeiten, nachdem in der NÃ¤he ihrer Wohnung ein Krankenhaus gebrannt habe. Dies habe ihre Erinnerung an den Vorfall in der Bank massiv reaktiviert und die Symptome verschlechtert. Es sei immer schlimmer geworden, sie habe sich noch nicht einmal richtig alleine versorgen kÃ¶nnen. Sie sei in stÃ¤ndiger ambulanter und zweifacher stationÃ¤rer Behandlung gewesen, ohne dass sie sich wieder richtig erholt habe. Sie sei rÃ¼ckwirkend erwerbsunfÃ¤hig berentet worden.

Die KlÃ¤gerin gebe an, bis heute unter AlptrÃ¤umen zu leiden, in denen sie immer wieder die Situation in der Bank mit dem vielen Rauch vor sich sehe, dass sie verfolgt oder angegriffen werde oder sogar, dass Leute sie umbringen wollten. Der Appetit sei oft mÃ¤Ãig, ihr sei bei Stress hÃ¤ufiger Ã¼bel, sie habe bei Stress auch immer wieder erbrechen mÃ¼ssen. In Stresssituationen komme es hÃ¤ufig zu DurchfÃ¤llen.

An dem Tag sei sie in ihrem BÃ¼ro gewesen, welches sich in der Bank befunden habe. Nebenan habe es hinter der Mauer eine BÃ¤ckerei gegeben. Sie habe ein Telefonat gefÃ¼hrt, als sie auÃerhalb des BÃ¼ros jemand an einem Walkie-Talkie habe sprechen hÃ¶ren, was sie irritiert habe. Sie sei zur TÃ¼r gegangen um

nachzusehen, was los sei und habe in den Fluren eine Rauchentwicklung wahrgenommen. Sie habe nach den anderen Mitarbeitern gerufen, aber keine Antwort bekommen. Sie habe das TelefongesprÃ¤ch beendet, ihre Handtasche und HaustÃ¼rschlÃ¼ssel geschnappt und versucht, das GebÃ¤ude zu verlassen. Dabei habe sie die ersten zwei Versuche wegen der starken Rauchentwicklung aufgeben mÃ¼ssen. Sie habe bereits Probleme wegen ihres Asthma bekommen. Letztlich habe sie einen Personaleingang hinter dem GebÃ¤ude genutzt. Vor dem Haus hÃ¤tten die Feuerwehr und viele Leute gestanden. Keiner habe sich um sie gekÃ¼mmert. Sie sei dann zum Lungenfacharzt gegangen.

Seit dieser Zeit habe sie riesige Probleme mit dem Thema Brand, Feuerwehr wie mit GerÃ¼chen nach Rauch, kÃ¶nne sich Ã¼berhaupt nicht mehr davon distanzieren und beruhigen. Sie habe sich sehr darÃ¼ber geÃ¤rgert und aufgeregt, dass die Feuerwehr gelogen habe, behauptet habe, alles kontrolliert zu haben. Sie habe eine Anzeige gegen die Feuerwehr und die KaffeerÃ¶sterei gemacht, weil der Brand fahrlÃ¤ssig entstanden sei. Die Feuerwehr habe sie wegen der unterlassenen Hilfeleistung verklagt. Der Feuerwehrmann habe aus ihrer Sicht gelogen und behauptet, er habe alle gerettet und sei durch die ganze Bank gegangen, in ihr BÃ¼ro sei er aber eben nicht gekommen. Es wÃ¤re auch rausgekommen, dass nirgendwo Feuermelder gewesen seien.

Danach habe sie gedacht, dass sie hÃ¤tte tot oder verbrannt habe sein kÃ¶nnen, weil sie einfach vergessen worden sei. Sie habe das Ganze als sehr ungerecht erlebt, sich eine finanzielle Absicherung und vor allem gewÃ¼nscht, dass es nie wieder passiere, dass jemand durch die Feuerwehr vergessen werde. Sie habe spÃ¤ter erfahren, dass es einer anderen Mieterin im Haus Ã¤hnlich gegangen sei.

Danach sei sie immer sensibel gewesen, wenn sie irgendwo eine Sirene gehÃ¶rt habe. Am liebsten wolle sie ihr ganzes Leben rundum versichern, einfach eine Garantie bekommen, dass ihr nie wieder etwas passieren kÃ¶nne. Sie kÃ¶nne das Thema Brand Ã¼berhaupt nicht mehr loslassen, der anschlieÃ□ende Streit mit der Unfallversicherung habe das Ganze noch weiter aufrechterhalten, da sie schlicht mit dem Thema nie ganz habe abschlieÃ□en kÃ¶nnen. Sie habe es einfach nicht verstanden, dass man ihr nicht glauben wolle, dass man nicht begreife, dass es ihr seitdem schlecht gehe und sich alles verÃ¤ndert habe.

Sie habe von Beginn an unter AlptrÃ¤umen gelitten, die auch heute noch auftrÃ¤ten. Sie trÃ¤ume davon, wie sie in dem Rauch in der Bank stehe und es brenne. Weiter trÃ¤ume sie, dass Leute sie verfolgten oder sie tÃ¶ten wollten. Solche AlptrÃ¤ume kÃ¤men mindestens einmal pro Woche vor, sie kÃ¶nne deshalb Ã¼berhaupt nur mit Schlaftabletten schlafen.

Sie habe bei jeder Erinnerung an eine Brandsituation, wenn sie Rauch sehe oder rieche, Panik bekommen und das GefÃ¼hl gehabt, sterben zu mÃ¼ssen. Sie habe deshalb immer weniger arbeiten kÃ¶nnen, oft maximal fÃ¼nf bis sechs Stunden tÃ¤glich, habe viel weniger AbschlÃ¼sse gemacht. Ihr Umsatz sei eingebrochen, ihr Chef sei ihr â□□aufs Dachâ□□ gestiegen und habe gefragt, was mit ihr los sei. Bis November 2018 habe sie versucht, auf diese Art zu arbeiten. Dies sei aber vÃ¶llig

zu Lasten ihres Freizeitverhaltens gegangen. Sie habe nichts mehr gemacht, immer mehr Kontakte abgebrochen und sei nach der Arbeit eigentlich nur noch zu Hause gewesen.

Im November 2018 habe sie dann zu Hause die Feuerwehr und einen Hubschrauber gehÃ¶rt. Sie habe erfahren, dass es einen Brand in einem Krankenhaus in der NÃ¤he gegeben habe, wobei ein Mensch gestorben sei. Sie habe sofort gedacht, dass sie das hÃ¤tte sein kÃ¶nnen. Ab da sei sie vÃ¶llig am Ende gewesen. Sie habe das Haus nicht mehr alleine verlassen, die Familie oder die Nachbarn hÃ¤tten fÃ¼r sie eingekauft. Zum Arzt sei sie nur noch mit dem Taxi gefahren. Sie habe sich nicht mehr zugetraut, weiter Auto zu fahren, weil sie sich nicht mehr habe konzentrieren kÃ¶nnen. Sie habe immer Angst gehabt, dass auch da etwas passiere und sie das alles nicht mehr schaffe. M6 habe ihr gesagt, dass sie spazieren gehen solle und in die Rehabilitation.

Sie sei dann 2019 ins AllgÃ¤u in die Rehabilitation. Eigentlich habe sie eine Traumatherapie bekommen sollen, aber es sei kein Therapeut da gewesen. Sie habe alles privat bezahlt, um schneller in die Klinik zu kommen. Nach den sechs Wochen in der Klinik habe sie wenigstens wieder alleine zum Einkaufen oder zum Arzt gehen kÃ¶nnen. Sie habe aber nicht mehr arbeiten kÃ¶nnen und sei berentet worden.

In der Klinik in I1 habe man ihr dann gesagt, dass sie an einer PTBS leide. Dort habe sie sich austauschen kÃ¶nnen und endlich gewusst, was mit ihr los sei. Man habe ihr gesagt, dass sie sich erstmal stabilisieren mÃ¼sse und versuchen, im Alltag wieder zu recht zu kommen.

Sie sei dann bei M4 in die ambulante Traumatherapie gegangen. Diese wÃ¼rde stabilisierende GesprÃ¤che fÃ¼hren, empfehle, dass sie das Thema mit dem Unfall mal hinter sich lassen solle. Weil sie aber stÃ¤ndig mit dem Rechtsstreit konfrontiert werde, kÃ¶nne sie einfach nicht gesundwerden. Es sei ein Riesenproblem, dass sie diese Ungerechtigkeit nicht verzeihen kÃ¶nne. Dass man sie nicht geschÃ¼tzt habe, dass die Kollegen und die Feuerwehr sich nicht um sie gekÃ¼mmert hÃ¤tten, sondern sie einfach vergessen hÃ¤tten. Dies mache sie immer noch wÃ¼tend und Ã¤rgerlich. Auch, dass jetzt die Versicherung sie nicht unterstÃ¼tze, obwohl es ihr so schlecht gehe.

Die Ãngste hÃ¤tten sich immer mehr ausgeweitet, sie sei immer dÃ¼nnhÃ¤utiger und nervÃ¶ser geworden. Sie kÃ¶nne es noch nicht einmal mehr ertragen, wenn jemand auf der StraÃe hinter ihr hergehe. Sie habe dann ein ungutes GefÃ¼hl, dass dort etwas sein kÃ¶nne, was sie nicht sehen und kontrollieren kÃ¶nne.

Sie sei sozial und finanziell vÃ¶llig abgestÃ¼rzt, habe ihre finanzielle Sicherheit und ihr altes Leben mit ihren frÃ¼heren Kontakten verloren. Sie wÃ¼nsche sich, wieder arbeiten gehen zu kÃ¶nnen.

Die KlÃ¤gerin beschreibe sich als hÃ¤ufig erschÃ¶pft, energielos, leide unter Schulter-und RÃ¼ckenbeschwerden, hÃ¤ufigen Kopfschmerzen, Magen- und

Darmbeschwerden, zuletzt immer wieder auch unter Schwindel bei Diagnose eines Lagerungsschwindels. Grob neurologisch orientiert lieÃen sich keine Hinweise auf eine hirnorganische Ursache der psychischen Symptomatik feststellen.

Sie sei altersentsprechend gekleidet und ausreichend gepflegt. Mimik und Gestik seien wÃ¤hrend des GesprÃ¤chs zurÃ¼ckgenommen, die Stimme ertÃ¶ne leise, was sich aber bei Konfrontation mit dem Brandgeschehen, der jetzigen Gesamtsituation und den Schilderungen zur Symptomatik deutlich Ã¤ndere. Es sei dann eine zunehmende kÃ¶rperliche Anstrengung, emotionale Beteiligung mit Weinen und Zittern der HÃ¤nde feststellbar. Die KlÃ¤gerin sei bemÃ¼ht, nach auÃen eine leistungsfÃ¤hige selbstsichere Fassade aufrecht zu erhalten und die sie belastende Symptomatik zu unterdrÃ¼cken. Sie strenge sich an, alle Fragen zu beantworten, auch wenn ihr die Konfrontation mit dem Brandereignis deutlich schwerfalle. Ein demonstratives Verhalten sei nicht festzustellen.

Qualitative und quantitative BewusstseinsstÃ¶rungen bestÃ¼nden nicht, die Orientierung sei erhalten, mnestische EinschrÃ¤nkungen zeigten sich keine. Die AuffassungsfÃ¤higkeit sei ungestÃ¶rt, im Laufe des GesprÃ¤chs bestehe durchgehend eine vermehrte Ablenkbarkeit, eine verminderte KonzentrationsfÃ¤higkeit bei Konfrontation mit dem Unfallgeschehen und den daraus resultierenden Folgen bei zunehmender Anspannung und Unruhe. Halluzinationen, Wahnwahrnehmungen und SinnestÃ¤uschungen lÃ¤gen keine vor.

Der formale Gedankengang sei ungestÃ¶rt, inhaltlich bestehe weder Wahn noch paranoides Erleben. Es sei aber insgesamt eine VerÃ¤nderung der Einstellung festzustellen, mit dem Ã¼berdauernden GefÃ¼hl nicht mehr sicher zu sein, stÃ¤ndig auf der Hut sein zu mÃ¼ssen, permanenter Angst, dass etwas Negatives passieren kÃ¶nnen. Zwangsgedanken und Handlungen wÃ¼rden nicht geschildert, wohl aber eine etwas penible Ordnungshaltung. Sie berichte, seit dem Unfallgeschehen mit dem Brand 2017 unter erheblichen Ãngsten zu leiden. Es sei deshalb ein vermehrtes Vermeidungsverhalten eingetreten mit verstÃ¤rktem RÃ¼ckzug in ein sicheres Umfeld zu Hause, in Bezug auf soziale AktivitÃ¤ten und Kontakte. Sie vermute Ã¼berall und schnell Gefahren fÃ¼r sich selbst und andere. Der Antrieb sei reduziert, die Intentionsbildung unauffÃ¤llig. Die Stimmungslage sei sehr wechselhaft, teils lÃ¤ngere Ã¼ber Tage oder Wochen anhaltende depressive Verstimmung mit Antriebsminderung, stÃ¤ndigem GrÃ¼beln, Insuffizienzerleben wie Appetitlosigkeit, dann wieder Tage mit starker Unruhe, Angespanntheit, GefÃ¼hlen von starker Unsicherheit und Angst. Der Affekt sei entsprechend labil, es komme teils zu ausgeprÃ¤gten WeinzustÃ¤nden, aber auch zu GefÃ¼hlen von Kontrollverlust und ausgeprÃ¤gten Ãngsten.

Ein Wahnerleben sei nicht zu eruieren. Es lÃ¤gen einige Symptome einer PTBS seit dem Vorfall, insbesondere AlptrÃ¤ume, Triggerung durch Hinweisreize an mÃ¶gliche BrÃ¤nde oder Gefahren, Vermeidung der Konfrontation mit solchen Reizen, sozialem RÃ¼ckzug, VerÃ¤nderung der Einstellung mit hohem KontrollbedÃ¼rfnis, GefÃ¼hl, nicht mehr sicher zu sein, dabei dann Stressreaktion mit vermehrter Anspannung, Unruhe, Ein- und DurchschlafstÃ¶rungen bei AlptrÃ¤umen, erhÃ¶hter Schreckhaftigkeit und dem BedÃ¼rfnis, sich stÃ¤ndig vor

Gefahren abzusichern, vor. AuÃerdem komme es immer wieder zu depressiven EinbrÃ¼chen bei dem Erleben einer VerÃ¤nderung ihres LeistungsvermÃ¶gens mit Insuffizienzerleben, beruflichem Versagen und starkem RÃ¼ckzugsverhalten, SelbstvorwÃ¼rfen in wechselnder AusprÃ¤gung. Eine aktive Teilnahme am sozialen Leben sei deshalb nur noch sehr eingeschrÃ¤nkt mÃ¶glich und auf die Familie wie einige wenige Kontakte beschrÃ¤nkt. Die Kritik- und UrteilsfÃ¤higkeit sei erhalten.

Die Diagnose einer PTBS kÃ¶nne nicht gestellt werden, da das Eingangskriterium nicht ausreichend erfÃ¼llt sei. Die vorliegende Symptomatik mÃ¼sse daher in eine andere Reaktion auf eine schwere Belastung nach ICD-10 F 43.8 eingeordnet werden, da durchaus auf das Ereignis bezogen Symptome vorlÃ¤gen. In der Hamilton-Depressionsskala werde mit 24 Punkten eine mittlere depressive Symptomatik deutlich, die im Verlauf mal leichter, mal schwerer ausgeprÃ¤gt sei.

Es sei von einer Disposition fÃ¼r eine mÃ¶gliche psychische Erkrankung auszugehen, eine Entwicklung von Krankheitswert sei erstmals 2003/2004 aufgetreten. Im Rahmen einer Mobbing-Situation sei eine stationÃ¤re Rehabilitationsbehandlung erfolgt. Bis 2016 fÃ¤nden sich keine weiteren Behandlungen, zu diesem Zeitpunkt sei es dann zu einem lÃ¤ngeren Krankheitsgeschehen gekommen. M6 habe in ihrem Befundbericht betont, dass es trotz der besseren Umgehensweise bei gewissen AuslÃ¶sern wieder zu einem verstÃ¤rkten Durchbruch der Symptomatik gekommen sei. Deshalb sei davon auszugehen, dass es zwischen 2004 und 2016 immer wieder zu depressiven AusbrÃ¼chen und Schwankungen gekommen sei, ohne dass eine stationÃ¤re Behandlung notwendig geworden wÃ¤re. Es kÃ¶nne sich nur um eine leichtere StÃ¶rung gehandelt haben, da ArbeitsfÃ¤higkeit und Alltagstauglichkeit erhalten geblieben seien.

Die Situation am Arbeitsplatz sei mehrfach Ã¤hnlich dargestellt worden. Es sei offensichtlich zu einer starken Rauchentwicklung gekommen, somit habe die MÃ¶glichkeit einer Rauchgasvergiftung bestanden. Eine direkte Bedrohung durch eine Feuereinwirkung werde nicht genannt. Die KlÃ¤gerin selbst beschreibe, in der Situation funktioniert und sich selbststÃ¤ndig einen Weg aus dem GebÃ¤ude gesucht zu haben. Vor dem GebÃ¤ude habe sie dann psychische Symptome aufgewiesen. Sehr krÃ¤nkend und fÃ¼r sie nicht nachvollziehbar beschreibe sie, dass sowohl die Feuerwehr als auch die Kollegen sie im GebÃ¤ude vergessen hÃ¤tten, keiner versucht habe sie zu retten.

Deshalb seien ihr die Gedanken gekommen, dass sie hÃ¤tte tot sein kÃ¶nnen oder schwer verletzt und niemand hÃ¤tte ihr geholfen. Aus diesem Grund habe sie eine Anzeige gegen den Brandverursacher und gegen die Feuerwehr erstattet, die aber ohne weitere Ergebnisse im Sand verlaufen sei. Die KlÃ¤gerin sei der Meinung, dass sich die Feuerwehr falsch verhalten habe und so auch andere Menschen gefÃ¤hrdet werden kÃ¶nnten. Aufgeregt habe sie auch, dass Passanten fotografiert und gefilmt hÃ¤tten, anstatt zu helfen. Somit habe sie sich in der Situation bedroht und hilflos ausgeliefert gefÃ¼hlt. Feuerwehr und Kollegen hÃ¤tten sich nicht so verhalten, wie es ihrem eigenen Verantwortungsbewusstsein entspreche.
Aus den Aktenunterlagen werde deutlich, dass die KlÃ¤gerin zwar ihre Arbeit wieder

aufgenommen habe, aber ein Einkommensverlust eingetreten sei. Sie beschreibe selbst, ihre Arbeitszeit auf fÃ¼nf bis sechs Stunden reduziert zu haben.

Eine akute Belastungsreaktion nach dem Ereignis kÃ¶nne als gesichert angesehen werden. Dies sei immer eine zeitlich befristete StÃ¶rung, die sich dann entweder vÃ¶llig bessere oder die Symptomatik in eine andere psychische FolgestÃ¶rung Ã¼bergehe. Dabei sei dieser Ãbergang nicht nur auf die Diagnose einer mÃ¶glichen PTBS beschrÃ¤nkt, sondern nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen kÃ¶nnten infolge ausgeprÃ¤gter Belastungen auch andere psychische StÃ¶rungen mit einer deutlich hÃ¶heren PrÃ¤valenz als in der Ã¼blichen BevÃ¶lkerung entstehen, dies gelte insbesondere fÃ¼r Angsterkrankungen, phobische StÃ¶rungen und depressive StÃ¶rungen.

Die KlÃ¤gerin beschreibe im weiteren Verlauf eine schwankende, durchgehend bestehende Symptomatik. Sie beschreibe einerseits Symptome einer PTBS, andererseits typische phobische Symptome und Panikattacken, eine depressive Symptomatik auch mit somatischen Symptomen.

An posttraumatischen Symptomen wÃ¼rden in der Aktenlage und der jetzigen Untersuchung immer wieder eine Triggerung der Erlebnisse, GefÃ¼hle und Erinnerung an den Vorfall durch bestimmte GerÃ¼che benannt, aber auch durch das typische laute GerÃ¤usch eines Feuerwehrautos, was zu erneuten ausgeprÃ¤gten GefÃ¼hlen von Angst und Panik fÃ¼hre. Demnach sei die Symptomatik eindeutig als Wiedererinnerungserleben einzuordnen. In diesen Situationen komme es zum Ausbruch von Panikattacken mit kÃ¶rperlichen Symptomen wie Luftnot, Zittern, Herzrasen und der Angst umzufallen. Dies sei das kÃ¶rperliche Ãquivalent dazu, zum Auftreten von Bildern werde nur berichtet, dass sich die KlÃ¤gerin manchmal plÃ¶tzlich wieder im GebÃ¤ude stehen sehe, von Rauch umgeben, was auch bei N1 angegeben worden sei. Sie beschreibe auÃerdem immer wieder auftretende AlptrÃ¤ume mit Inhalten zu dem Ereignis. Beispielsweise sehe sie sich in diesen Situationen wieder in den Fluren des GebÃ¤udes umherirren, umgeben von massivem Rauch, fÃ¼hle sich in der Situation bedroht. Inzwischen hÃ¤tten sich die TrÃ¤ume auch auf andere Situationen ausgeweitet.

Eine starke Aktivierung der Symptomatik sei eingetreten, nachdem im November 2018 in der NÃ¤he der Wohnung ein Krankenhausbrand entstanden sei, die vorher bereits bestehenden Ãngste seien dadurch massiv reaktiviert worden. Ab diesem Zeitpunkt sei dann keine wesentliche Besserung mehr eingetreten, sodass die KlÃ¤gerin nicht mehr arbeitsfÃ¤hig geworden und eine Berentung erfolgt sei.

Im Rahmen der Reaktivierung trete nun auch eine Ausbreitung der Ãngste auf, sodass diese nunmehr auch auf Menschenmengen bezogen wÃ¼rden. Durch die damit verbundenen Stressreaktionen seien von Beginn an auch Magen- und Darmbeschwerden mit DurchfÃ¤llen und Ãbelkeit aufgetreten.

Die Behandlung in S3 sei teils privat finanziert worden. In der Einrichtung habe eine Traumabehandlung stattfinden sollen, es sei aber kein Therapeut verfÃ¼gbar

gewesen. Es werde zwar lediglich eine rezidivierende depressive StÃ¶rung diagnostiziert, am Ende aber eine traumatherapeutische Behandlung empfohlen, ohne dass die Diagnose einer PTBS gestellt werde. Die benannte depressive Symptomatik sei von der KlÃ¤gerin von Beginn an bei den Voruntersuchungen beschrieben worden.

Die Annahme des L1, dass vor dem Unfall eine Behandlung wegen Depressionen und Burnout bestanden habe, sei nicht korrekt. Es habe keine psychotherapeutisch beantragte Therapie stattgefunden, sondern lediglich psychiatrische GesprÃ¤che im Abstand von vier Wochen, also mit niedriger Frequenz, und eine antidepressive medikamentÃ¶se Behandlung. Die KlÃ¤gerin habe nicht Vollzeit gearbeitet, sondern ihre Arbeitszeit reduziert. Das Vorliegen von Flash-Backs, Intrusionen und AlptrÃ¤umen werde verneint, nur eine Triggerung durch das Martinshorn bestehe als einziges Symptom. Deshalb werde nur eine leichte depressive StÃ¶rung und eine leichte Angst und Depression gemischt diagnostiziert, wobei die Diagnosen nicht gleichzeitig gestellt werden kÃ¶nnten.

Als Teil der PTBS bestehe nur der Reiz des Martinshorns, als manifesten Vorschaden benenne L1 eine rezidivierende depressive StÃ¶rung wie eine Angst und Depression gemischt, die auch behandlungsbedÃ¼rftig gewesen seien. Das Eingangskriterium fÃ¼r eine mÃ¶gliche Entwicklung einer TraumafolgestÃ¶rung sehe er als erfÃ¼llt, es habe auch befristet eine akute Belastungsreaktion bestanden, die dann abgeklungen sei. Im Vordergrund stÃ¼nde die rezidivierende depressive StÃ¶rung, aus seiner Sicht sei eine Angst und phobische StÃ¶rung gemischt im Sinne einer AnpassungsstÃ¶rung in der Regel anlagebedingt und unfallunabhÃ¤ngig. Diese Angabe sei nicht korrekt, da nach der ICD-10 gerade die AnpassungsstÃ¶rungen hÃ¤ufig nach belastenden Ereignissen auftrÃ¤ten. Diese kÃ¶nnten zwar auf Personen treffen, die bei vorliegender PersÃ¶nlichkeitsakzentuierung leichter ansprechbar seien, die Ursache bleibe aber die Belastung. Nicht korrekt sei auch die Annahme, dass die KlÃ¤gerin bereits ein Jahr gearbeitet habe. Die Stunden- und Einkommensreduktion blieben dabei unberÃ¼cksichtigt.

Unmittelbar nach der Begutachtung folge ein Befundbericht der M2, die eine deutlich stÃ¤rkere Symptomatik benenne. Ein solch krasser Unterschied in der Beurteilung der Symptomatik in einem so kurzen Abstand sei nicht nachvollziehbar. Da M2 die KlÃ¤gerin bereits vor der Begutachtung behandelt habe und deshalb den Verlauf sehr gut verfolgen kÃ¶nne, sei davon auszugehen, dass L1 die Symptomatik nicht ausreichend erhoben und gewÃ¼rdigt habe. M2 diagnostiziere ebenfalls keine PTBS, sondern eine Diagnose nach ausgeprÃ¤gten Lebensbelastungen und nicht nach einem traumatischen Ereignis.

Im Gutachten des N1 wÃ¼rden dann die Symptomatik, der Verlauf sowie die Ursachen als AuslÃ¶ser anders beurteilt. Er beschreibe die Akutsymptomatik direkt nach dem Unfall und die EinschrÃ¤nkung der ArbeitsfÃ¤higkeit. Circa vier Monate nach der vorherigen Begutachtung werde die Symptomatik umfangreicher und ausgeprÃ¤gter dargestellt. Auch wÃ¼rden viele Trigger benannt, die zu Panikattacken fÃ¼hrten. Er stelle den sozialen RÃ¼ckzug, die tageweise bestehende ErschÃ¶pfung und Antriebslosigkeit dar. Die Ã¤ngstliche Symptomatik

diagnostiziere er als schwere AnpassungsstÃ¶rung, somatoforme SchmerzstÃ¶rung des Verdauungstraktes, generalisierte Angst- und PanikstÃ¶rung. All diese StÃ¶rungsbilder sehe er als verursacht durch den Brand an. Die Diagnose einer PBTS bestÃ¤tige er nicht, da keine ausreichenden Intrusionen bestÃ¼nden. Es hÃ¤tten zwar als Vorschaden depressive Phasen bestanden, die KlÃ¤gerin sei aber arbeitsfÃ¤hig gewesen und habe gelernt, damit umzugehen.

Erstmals werde in der A4 Klinik 1 eine PTBS und eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. WÃ¤hrend des Klinikaufenthaltes seien Schreckhaftigkeiten und Triggerungen auch wahrgenommen worden. AuÃerdem werde die PrimÃ¤rpersÃ¶nlichkeit mit hohem VerantwortungsgefÃ¼hl, Problemen, Grenzen einzuhalten und sich Ã¼bernehmen benannt. M3 fÃ¼hre in seiner Stellungnahme dazu einige Dinge an, die eigentliche Folge der psychischen StÃ¶rung nach dem Unfall seien, ohne dies voneinander zu trennen. Er fÃ¼hre an, dass die Diagnose einer PTBS nicht begrÃ¼ndet sei, da schon vorher Depression bestanden hÃ¤tten und es ungewÃ¶hnlich sei, wenn die Symptomatik im Verlauf zunehme. Zutreffend sei, dass in der Klinik das Eingangskriterium der PTBS nicht geprÃ¼ft worden sei. Wenn M3 aber wiederum autobiographische Belastungen auffÃ¼hre, vermische er diese wieder mit Folgen und nicht Ursachen der psychischen StÃ¶rungen.

S1 sehe das Eingangskriterium der PTBS als zweifelhaft an, da wÃ¤hrend des Vorfalls keine tiefe Verzweiflung vorgelegen habe. Der SachverstÃ¤ndige beschreibe zwar eine Ausweitung der Ãngste, hinterfrage aber nicht, warum sich diese so ausgeweitet hÃ¤tten. Es handele sich jeweils um Situationen, in denen die KlÃ¤gerin den Ãberblick verliere, also die Situation nicht mehr eindeutig kontrollieren kÃ¶nne, ein hohes KontrollbedÃ¼rfnis durch die Angst vor neuen BrÃ¤nden bestehe, aber jetzt eine verÃ¤nderte Einstellung vorliege, sodass jetzt auch in diesen Situationen mit Angst reagiert werde. Es sei nicht nur eine spezifische Phobie um das Thema Feuer vorhanden, sondern um das ganze Thema Brand.

Es sei wissenschaftlich belegt, dass die AnpassungsstÃ¶rung in der Regel auf zwei Jahre begrenzt sei, aber darÃ¼ber hinausgehende Symptomatiken bestehen bleiben kÃ¶nnten. Dass bei der AnpassungsstÃ¶rung keine schwere StÃ¶rung vorliegen dÃ¼rfe, folge aus der Definition nicht. In der Bewertung der MdE-Tabellen sei eine eigene Bemessung fÃ¼r ein stark ausgeprÃ¤gtes StÃ¶rungsbild der AnpassungsstÃ¶rung vorgesehen. Nicht zutreffend sei nach der Definition, dass eine AnpassungsstÃ¶rung multifaktoriell bedingt sei. Weiter beklage S1, dass ein MissverhÃ¤ltnis zwischen dem traumatisierenden Ereignis und der Dauer der Symptomatik mit ansteigendem Verlauf vorliege. In der Regel werde davon ausgegangen, dass besonders schwere traumatische Ereignisse eine Zunahme oder auch eine dauerhafte Symptomatik auslÃ¶sen kÃ¶nnten. Leichtere traumatische Ereignisse oder schwere Belastungen, insbesondere, wenn diese einmalig stattfÃ¤nden, seien erfahrungsgemÃ¤Ã schneller kompensierbar und zeigten in der Regel einen absteigenden Verlauf Ã¼ber die Zeit, weshalb S1 eine Verschiebung der Wesensgrundlage annehme. S1 diskutiere nicht, inwiefern eine Verschiebung der Wesensgrundlage vorliege oder ob der Streit mit den Versicherungen oder der vorliegende Ãrger in Bezug auf die Feuerwehr und die

Kollegen nicht als aufrechterhaltende Faktoren angesehen werden mÃ¼ssten, die eine BewÃ¤ltigung der Symptomatik verhinderten. Nicht berÃ¼cksichtigt worden sei auch, dass die Symptomatik im Verlauf wechselhaft sei, auch deren Ansteigen aber durchaus in Einklang mit dem StÃ¶rungsbild stehen kÃ¶nne. Die Entstehung und der Verlauf der Symptomatik seien nur von der Ursache, dem Ereignis abhÃ¤ngig, es handele sich um ProzessstÃ¶rungen, deren Verlauf von mehreren Faktoren abhÃ¤ngig sei.

Im vorliegenden Fall habe schon eine VorpersÃ¶nlichkeit mit ungÃ¼nstigen Voraussetzungen vorgelegen, die KlÃ¤gerin habe wenig UnterstÃ¼tzung bekommen, habe sich selbst um Therapien kÃ¼mmern mÃ¼ssen, mit der Zeit sei die Arbeit weggefallen, sodass ungÃ¼nstige Faktoren vorgelegen hÃ¤tten, die den Verlauf beeinflussten, die Ursache bleibe aber das Ereignis selbst.

Der mÃ¶gliche Zusammenhang zwischen den agoraphobischen StÃ¶rungen und den damit verbundenen Panikattacken im Zusammenhang mit dem Brand werde ebenfalls nicht diskutiert. S1 stelle die Diagnose einer rezidivierenden depressiven StÃ¶rung remittiert, obwohl er in seiner Begutachtung selbst schildere, dass er fÃ¼r diesen Krankheitsbefund im Vorfeld vor dem Unfall keine ausreichenden Belege und Hinweise sehe. Er habe die Symptomatik auch als zu schwer fÃ¼r eine AnpassungsstÃ¶rung klassifiziert. Eine rein spezifische Phobie vor Feuer zu diagnostizieren sei ebenfalls nicht ausreichend.

In der ergÃ¤nzenden Stellungnahme benenne die A4 Klinik 1 nicht, inwieweit das Eingangskriterium Ã¼berhaupt erfÃ¼llt sei, M4 gebe die Diagnose ebenfalls an, ohne eine ausreichende BegrÃ¼ndung oder Befundbeschreibungen abzugeben.

In der jetzigen Begutachtung seien eine depressive Symptomatik einerseits, andererseits posttraumatische Symptome und eine damit verbundene phobische Symptomatik, Panikattacken und somatische Syndrome festgestellt worden. Eine PTBS sei nicht zu diagnostizieren, weil das Eingangskriterium nicht erfÃ¼llt sei. Nach dem Polizeibericht habe fÃ¼r die KlÃ¤gerin keine wirkliche Lebensbedrohung oder Verletzungsgefahr bestanden, sie habe weder eine Rauchgasvergiftung erlitten, noch sei sie in irgendeiner Form kÃ¶rperlich verletzt worden. Sie sei einem Feuer nicht direkt ausgesetzt gewesen und habe sich aus der Situation allein befreien kÃ¶nnen. Subjektiv habe sie das Ereignis als Gefahr empfunden, insbesondere durch den Umstand, dass man sie im BÃ¼ro vergessen habe. Deshalb mÃ¼ssten die Symptome in eine andere Diagnose eingeordnet werden. Es habe eine akute Belastungsreaktion bestanden, die nach der Definition nicht lÃ¤nger als vier Wochen andauere, danach mÃ¼sse sie anders bestimmt werden.

In der jetzigen Untersuchung seien die Ãngste noch einmal genau eruiert worden und auch deren Verlauf und deren Inhalte nach den Aktenunterlagen. Bei den Ãngsten handele es sich von Beginn an um Ãngste um das Thema Brand, sodass ein deutlicher inhaltlicher und zeitlicher Bezug zu dem Unfallereignis bestehe. Da diese Reaktionen aber in unmittelbarem Zusammenhang zu dem Unfall stÃ¼nden und vor dem Unfall nicht bestanden hÃ¤tten, sei mit hoher Wahrscheinlichkeit die Verursachung der Symptomatik in dem Unfall von 2017 zu sehen.

Da ein eindeutiger Bezug der Ãngste zum Brand bestehe, sollten diese nicht als spezifische Phobie unabhÃ¤ngig vom Brand eingeordnet werden, sondern mÃ¼ssten im Rahmen des B-Kriteriums als mÃ¶gliche TraumafolgestÃ¶rung gesehen werden. Dies werde auch von den Behandlern in der Klinik bzw. ambulant so beschrieben. AuÃerdem wÃ¼rden AlptrÃ¤umen mit Inhalten dazu benannt.

Im weiteren Verlauf seien deutliche VerÃ¤nderungen in den Einstellungen und Bewertungen festzustellen, mit dem GefÃ¼hl, dass die Welt vÃ¶llig unsicher sei, stÃ¤ndig wieder etwas passieren kÃ¶nne, insbesondere auf BrÃ¤nde ausgerichtet. Dadurch bestehe ein sehr starkes KontrollbedÃ¼rfnis, solche Situationen und BrÃ¤nde zu verhindern, indem stÃ¤ndig das Umfeld auf mÃ¶gliche GerÃ¼che oder Zeichen kontrolliert werde. Dies fÃ¼hre sogar dazu, dass die KlÃ¤gerin nachts aufstehe, um mÃ¶gliche Brandursachen auszuschlieÃen.

Da eine AnpassungsstÃ¶rung zeitlich befristet sei, die Ãngste sehr stark ausgeprÃ¤gt seien, zu erheblichem Vermeiden und RÃ¼ckzugsverhalten und hohem Kontrollverlust gefÃ¼hrt hÃ¤tten, sei die Bezeichnung einer vom Unfall unabhÃ¤ngigen speziellen Phobie oder Agoraphobie mit PanikstÃ¶rung auch im Sinne einer AnpassungsstÃ¶rung, mit Angst und Depressionen gemischt, nicht ausreichend. Wenn das Eingangskriterium einer PTBS nicht erfÃ¼llt sei, kÃ¶nne eine andere Reaktion auf eine schwere Belastung befundet werden. Diese Diagnose sei zu wÃ¤hlen, ein Zeitkriterium sei insoweit nicht erforderlich.

Sie stimme S1 zu, dass in der Regel nach einmaligen kurzen Ereignissen die Symptomatik innerhalb einiger Monate abklinge. Wenn dies nicht der Fall sei, mÃ¼ssten mÃ¶gliche GrÃ¼nde dafÃ¼r geprÃ¼ft werden. Die nach dem Unfall durch die psychische Symptomatik und die eingeschrÃ¤nkte BelastungsfÃ¤higkeit eingetretene Leistungsinsuffizienz, die sich durch Reduzierung der Arbeitsstunden und finanziellen Einnahmen bemerkbar gemacht habe, habe dazu gefÃ¼hrt, dass die bisherige BestÃ¤tigung und der Leistungswille nicht hÃ¤tten aufrechterhalten werden kÃ¶nnen, war wiederum zu einer AuslÃ¶sung und Verschlechterung einer depressiven Symptomatik gefÃ¼hrt habe. Da diese Neigung zur Ãberforderung und bei Ã¤uÃerer Belastungen depressiv zu reagieren aber im Vorfeld des Unfalls bereits bestanden habe, hÃ¤tte diese Verschlechterung der Symptomatik auch durch andere Ereignisse ausgelÃ¶st werden kÃ¶nnen. Deshalb kÃ¶nne in diesem Punkt der Unfall nicht als Ursache fÃ¼r die Verschlechterung der depressiven Symptomatik angesehen werden. Wohl aber habe diese AuslÃ¶sung der zusÃ¤tzlichen Verschlimmerung der depressiven Symptomatik das gesamte KompensationsvermÃ¶gen der KlÃ¤gerin zusÃ¤tzlich eingeschrÃ¤nkt, sodass sie im weiteren Verlauf nicht in der Lage gewesen sei, die entwickelte posttraumatische Symptomatik bzw. die Ãngste, Phobien und Panikattacken und ihre verÃ¤nderten Einstellungen zu korrigieren, sich diese mit der Zeit sogar ausweiteten. So hÃ¤tten die depressiven Symptome und die benannten Angst- und traumatischen Symptome nebeneinander gestanden, sich gegenseitig beeinflusst und dazu gefÃ¼hrt, dass sich die Symptomatik im Verlauf nicht verbessert, sondern verschlechtert habe, da keine umfangreiche und ausreichende Behandlung aller Symptome und StÃ¶rungsbilder stattgefunden habe. Es sei lÃ¤ngere Zeit auch klinisch nur ein Schwerpunkt auf die Behandlung der depressiven Symptome gelegt

worden, sodass sich die Angstsymptome weiter chronifiziert hÃ¤tten. ZusÃ¤tzlich habe eine Belastung durch die stattgefundenen Streitereien und Prozesse um mÃ¶gliche EntschÃ¤digungsansprÃ¼che mit der Feuerwehr, den Versicherungen und dem weiterhin nicht verarbeiteten GefÃ¼hl, von den Kollegen und der Feuerwehr schutzlos zurÃ¼ckgelassen worden zu sein, mit stÃ¤ndig unterdrÃ¼ckten Ãrgergefühlen, was zur Aufrechterhaltung der Symptomatik zusÃ¤tzlich beigetragen, diese aber nicht ausgelÃ¶st habe. Eine Verschiebung der Wesensgrundlage liege deshalb nicht vor, die benannten Ã¤uÃeren Belastungen hÃ¤tten die Symptomatik aufrecht erhalten, eine BewÃ¤ltigung verhindert, die entsprechenden Symptome seien aber bereits im Vorfeld vorhanden.

Nach den Tabellen werde fÃ¼r ein stark ausgeprÃ¤gtes StÃ¶rungsbild im Sinne einer AnpassungsstÃ¶rung, im vorliegenden Fall eine andere Reaktion auf eine schwere Belastung, mit erheblichen agoraphobischen und spezifischen phobischen Symptomen, verbunden mit Vermeidungsverhalten und stÃ¤rkeren EinschrÃ¤nkungen und BeeintrÃ¤chtigungen in der LeistungsfÃ¤higkeit, durch die Stressreaktion darauf auch somatoforme Symptome wie Magen- und Darmbeschwerden eine MdE von 30 v. H. vorgesehen. FÃ¼r die nicht schÃ¤digungsbedingte depressive Episode mit mindestens mittelgradiger Symptomatik werde eine MdE unfallunabhÃ¤ngig von ebenfalls 30 v. H. begrÃ¼ndet.

Bei der KlÃ¤gerin liege eine rezidivierende depressive Episode, derzeit mittelgradig, vor. Insoweit gebe es keinen wesentlichen Unterschied zur ICD-11. AuÃerdem bestehe eine Reaktion auf eine schwere Belastung nach ICD-10 F43.8. Diese umfasse auch die mehrfach benannte phobische Symptomatik, spezielle phobische Symptomatik, die Panikattacken aufgrund der damit verbundenen Stressreaktion, die somatischen Symptome wie Magen- und Darmbeschwerden sowie Ãbelkeit und DurchfÃ¤lle.

Vor dem streitigen Ereignis habe eine Disposition fÃ¼r eine psychische Erkrankung bestanden, wie sie von der Therapeutin M5 beschrieben und von der KlÃ¤gerin selbst bestÃ¤tigt worden sei. Eine AngststÃ¶rung oder andere Reaktion auf eine schwere Belastung habe vor dem Ereignis nicht vorgelegen, die depressive StÃ¶rung sei zu diesem Zeitpunkt weitgehend kompensiert gewesen.

Die rezidivierende depressive StÃ¶rung sei mit hoher Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis nicht verursacht, sei im Vorfeld auch immer wieder im Kontext mit anderen Lebensbelastungen aufgetreten, sodass das erneute Aufkeimen nicht ursÃ¤chlich rein auf den Unfallvorgang zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden kÃ¶nne. Die andere Reaktion auf eine schwere Belastung zeige sowohl inhaltlich als auch in der Entwicklung zeitlich einen deutlichen Zusammenhang zu dem Ereignis vom 18. September 2017. Vor dem Ereignis seien keinerlei Ã¤hnliche Symptome feststellbar gewesen, es hÃ¤tten sich auch keinerlei Hinweise auf eine Neigung zu phobischen Symptomen gezeigt. Die Art der ReizauslÃ¶sung, die damit verbundene Assoziationskette zum Unfallereignis, das bestehende KontrollbedÃ¼rfnis wiesen jeweils einen Bezug zum Unfallereignis auf. Dass im Verlauf eine gewisse Ausweitung auf andere nicht kontrollierbare Situationen eintrete, sei bei solchen

StÃ¶rungsentwicklungen hÃ¤ufig, auch dass bereits eine Erwartungsangst im Verlauf eintrete, dass wiederum eine Angstattacke oder Panikattacke entstehen kÃ¶nne, sodass die Personen immer wieder verunsichert wÃ¼rden und ihr KontrollbedÃ¼rfnis weiter steige, sie immer mehr Konfrontationen vermieden.

Die AusprÃ¤gung und Zunahme der Symptomatik sei erklÃ¤rbar, weil bei entsprechender VorschÃ¤digung und zusÃ¤tzlich depressiver Symptomatik das KompensationsvermÃ¶gen bereits beeintrÃ¤chtigt sei und deshalb eine BewÃ¤ltigung des Ereignisses und der damit verknÃ¼pften Ãngste im Verlauf nicht habe erfolgen kÃ¶nnen. Die Ãngste hÃ¤tten von Anbeginn des Unfalls an bestanden, seien nicht erst mit den dann entsprechenden Streitereien um die EntschÃ¤digung entstanden. Auch habe die KlÃ¤gerin Ã¼ber einen sehr langen Zeitraum versucht, ihre ArbeitsfÃ¤higkeit aufrecht zu erhalten, was ihr letztlich nur mit erheblichem Kraftaufwand fÃ¼r eine gewisse Zeit gelungen sei, aber zu erheblichen EinschrÃ¤nkungen im sozialen Bereich gefÃ¼hrt habe. Dabei sei ebenfalls im Verlauf eine Ãbersteigerung der KompensationsfÃ¤higkeit zustande gekommen, sodass letztlich beim Einbruch nach der Reaktivierung 2018 dann die Ãngste wiederum zugenommen hÃ¤tten. Ein entsprechender Krankheitsvorteil sei nicht sichtbar, da die KlÃ¤gerin nach den Klinikberichten immer sehr motiviert gewesen sei, eine Gesundung herbeizufÃ¼hren, stÃ¤ndig nach entsprechenden Therapien suche, diese zum Teil selbst finanziere und ihre ArbeitsfÃ¤higkeit unbedingt wieder habe herstellen wollen, da sie darÃ¼ber einen GroÃteil ihres Lebensinhaltes gesehen habe.

Aufgrund der Unfallfolgen habe ArbeitsunfÃ¤higkeit einmal direkt nach dem Unfallereignis bestanden, danach eine EinschrÃ¤nkung ihrer ArbeitsfÃ¤higkeit Ã¼ber ein Jahr bis zu dem Vorfall im November 2018. Die erste ArbeitsunfÃ¤higkeit sei dann 2018 bestÃ¤tigt worden, die EinbuÃen finanzieller Art ergÃ¤ben sich aus den Gehaltsabrechnungen. Die ArbeitsunfÃ¤higkeit sei aber nur teilweise auf die Unfallfolgen zurÃ¼ckzufÃ¼hren, ein anderer Teil bestehe aufgrund der rezidivierenden unfallunabhÃ¤ngigen depressiven Entwicklungen.

Beide StÃ¶rungsbilder fÃ¼hrten dazu, dass rÃ¼ckwirkend eine volle ArbeitsunfÃ¤higkeit durch die Rentenstelle bescheinigt worden sei, die aber nicht allein nur aufgrund der unfallabhÃ¤ngigen andauernden Reaktion auf eine schwere Belastung bestehe. Deshalb sei die MdE hierfÃ¼r mit 30 v. H. anzusetzen, die fÃ¼r die unfallunabhÃ¤ngige EinschrÃ¤nkung ebenfalls mit 30 v. H..

ErgÃ¤nzend hat sie weitere von der KlÃ¤gerin Ã¼bergebene Unterlagen vorgelegt, darunter die Behandlungsdokumentation der A4 Klinik 1.

Die Beklagte ist dem SachverstÃ¤ndigengutachten entgegengetreten und hat darauf hingewiesen, dass die Diagnose einer sonstigen Reaktion auf schwere Belastung unspezifisch sei und es in der ICD-10 keine Hinweise gebe, bei welchen konkreten Sachverhalten diese zu vergeben sei. Es handele sich um eine Hilfsdiagnose, wenn die Voraussetzungen der Ã¼brigen Diagnosen nicht erfÃ¼llt seien. Im Ãbrigen fÃ¼hre die ICD-11 die sonstige Reaktion auf schwere Belastung nicht mehr auf, sondern die AnpassungsstÃ¶rung werde als vollwertige Diagnose

gefÃ¼hrt. Eine AnpassungsstÃ¶rung sei weiterhin eine zeitlich begrenzte StÃ¶rung, eine anhaltende AnpassungsstÃ¶rung setze ein anhaltendes kritisches Lebensereignis voraus. Die Voraussetzungen einer anhaltenden AnpassungsstÃ¶rung seien aber auch deshalb nicht erfÃ¼llt, weil das Unfallereignis nachweislich zu keiner kÃ¶rperlichen SchÃ¤digungsfolge gefÃ¼hrt habe, die als Ursache fÃ¼r eine Ã¼ber einen so langen Zeitraum anhaltende AnpassungsstÃ¶rung in Betracht kommen kÃ¶nne.

Kennzeichnend fÃ¼r eine unfallbedingte psychische GesundheitsstÃ¶rung sei ein Verlauf mit zunÃ¤chst deutlichen Beschwerden zeitnah zum Unfallereignis, die im weiteren Verlauf zurÃ¼ckgingen und sich im Regelfall nach entsprechender Behandlung vollstÃ¤ndig zurÃ¼ckbildeten. Bei der KlÃ¤gerin liege ein gegensÃ¤tzlicher Verlauf vor, die ArbeitsunfÃ¤higkeit ab 23. November 2018 sei wegen einer rezidivierenden depressiven StÃ¶rung und damit einer unfallunabhÃ¤ngigen Erkrankung bescheinigt worden.

Letztlich habe die KlÃ¤gerin bei den vorangegangenen Untersuchungen spontane Flash-Backs und motivische AlptrÃ¤ume verneint, wÃ¤hrend sie nunmehr â□□ sechs Jahre nach dem Ereignis â□□ solche angebe, zumal die Schilderungen mit dem Unfallereignis nicht in Ã□bereinstimmung zu bringen seien.

Die KlÃ¤gerin hat eine von ihr veranlasste Stellungnahme der SachverstÃ¤ndigen E1 vom 17. April 2024 vorgelegt. Diese hat dargelegt, dass die Diagnose einer anderen Reaktion auf schwere Belastung gestellt worden, nachdem eine PTBS nicht zu diagnostizieren gewesen sei. Die Diagnose sei in der ICD-11 weiter enthalten (6B4Y). Zum regelhaften Verlauf von unfallbedingten GesundheitsstÃ¶rungen habe sie bereits ausreichend Stellung genommen. In den Krankschreibungen seien fehlerhaft offensichtlich nicht alle Diagnosen benannt worden. Zu den AusfÃ¼hrungen von S1 habe sie ebenfalls bereits ausfÃ¼hrlich Stellung genommen. N1 weise nach einem Testergebnis auf die Frage einer nicht authentischen Beschwerdeschilderung hin, ordne aber alle festgestellten GesundheitsstÃ¶rungen als unfallbedingt ein. Bei ihrer Untersuchung habe lediglich eine gewisse Verdeutlichung festgestellt werden kÃ¶nnen, aber keine Anzeichen fÃ¼r Simulation. Auf die AusfÃ¼hrungen des N1 gehe die Beklagte nicht ein, weil dieser zu einer anderen Beurteilung komme als L1 und S1. Die AusfÃ¼hrungen der Beklagten seien nicht geeignet, die bisherige Beurteilung zu revidieren.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungs- und Gerichtsakte Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die form- und fristgerecht (Â§ 151 SGG) eingelegte Berufung der KlÃ¤gerin ist statthaft (Â§Â§ 143, 144 SGG) und auch im Ã□brigen zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist der Gerichtsbescheid des SG vom 9. Februar 2023, mit dem die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (Â§ 54 Abs. 1 und 4 SGG) auf GewÃ¤hrung von Verletztengeld, Verletztenrente und

Heilbehandlung unter AbÃ¤nderung des Bescheides vom 4. Dezember 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides (Â§ 95 SGG) vom 28. Mai 2020 abgewiesen worden ist. MaÃgebender Zeitpunkt fÃ¼r die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei dieser Klageart grundsÃ¤tzlich der Zeitpunkt der letzten mÃ¼ndlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. BSG, Urteil vom 2. September 2009 â€Â BÂ 6Â KAÂ 34/08Â â€, juris, Rz. 26; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, Kommentar zum SGG, 14. Aufl. 2023, Â§ 54 Rz. 34).

Die UnbegrÃ¼ndetheit der Berufung folgt aus der UnbegrÃ¼ndetheit der Klage. Der Bescheid vom 4. Dezember 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Mai 2020 ist rechtmÃ¤Ãig und verletzt die KlÃ¤gerin nicht in ihren Rechten (Â§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG). Auch zur Ãberzeugung des Senats hat die Beklagte die Unfallfolgen zutreffend festgestellt und einen weiteren Leistungsanspruch der KlÃ¤gerin abgelehnt. Das SachverstÃ¤ndigengutachten E1 Ã¼berzeugt aus tatsÃ¤chlichen und rechtlichen GrÃ¼nden nicht und fÃ¼hrt deshalb zu keiner anderen Beurteilung. Das SG hat die Klage daher zu Recht abgewiesen.

Anspruchsgrundlage fÃ¼r die GewÃ¤hrung einer Verletztenrente ist Â§ 56 Abs. 1 Satz 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach haben Versicherte, deren ErwerbsfÃ¤higkeit infolge eines Versicherungsfalls (Â§Â§ 8, 9 SGB VII) Ã¼ber die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf Rente. Ist die ErwerbsfÃ¤higkeit infolge mehrerer VersicherungsfÃ¤lle gemindert und erreichen die VomhundertsÃ¤tze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht fÃ¼r jeden, auch fÃ¼r einen frÃ¼heren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente (Â§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nur zu berÃ¼cksichtigen, wenn sie die ErwerbsfÃ¤higkeit um wenigstens 10 v. H. mindern (Â§Â 56Â Abs.Â 1Â Satz 3 SGB VII).

Die Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit (MdE) richtet sich nach dem Umfang der sich aus der BeeintrÃ¤chtigung des kÃ¶rperlichen und geistigen LeistungsvermÃ¶gens ergebenden verminderten ArbeitsmÃ¶glichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (Â§Â 56Â Abs.Â 2Â Satz 1 SGB VII). Um das Vorliegen der MdE beurteilen zu kÃ¶nnen, ist zunÃ¤chst zu fragen, ob das aktuelle kÃ¶rperliche oder geistige LeistungsvermÃ¶gen beeintrÃ¤chtigt ist. In einem zweiten Schritt ist zu prÃ¼fen, ob und in welchem Umfang dadurch die ArbeitsmÃ¶glichkeiten der versicherten Person auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens vermindert werden. Entscheidend ist, in welchem AusmaÃ Versicherte durch die Folgen des Versicherungsfalls in ihrer FÃ¤higkeit gehindert sind, zuvor offenstehende ArbeitsmÃ¶glichkeiten zu ergreifen (SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 123). Die Bemessung des Grades der MdE erfolgt als Tatsachenfeststellung des Gerichts, die dieses gemÃ¤Ã Â§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Ãberzeugung trifft (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 â€ B 2 U 5/10 R â€, SozR 4-2700 Â§ 200 Nr. 3, Rz. 16 m. w. N.). Die zur Bemessung der MdE in Rechtsprechung und Schrifttum herausgearbeiteten ErfahrungssÃ¤tze sind dabei zu beachten. Sie sind zwar nicht fÃ¼r die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage fÃ¼r eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen ParallelfÃ¤llen der tÃ¤glichen Praxis und unterliegen stÃ¤ndigem

Wandel (BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 â□□Â BÂ 2Â UÂ 14/03Â RÂ â□□, juris, Rz. 12).

Die EinschÃ¤tzung der MdE setzt voraus, dass der jeweilige Versicherungsfall eine BeeintrÃ¤chtigung des LeistungsvermÃ¶gens hervorgerufen hat, entweder durch einen unfallbedingten Gesundheitserst- oder einen damit im Ursachenzusammenhang stehenden Gesundheitsfolgeschaden.

Die unfallversicherungsrechtliche Zurechnung setzt erstens voraus, dass die Verrichtung der versicherten TÃ¤tigkeit den Schaden, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, objektiv (mit-)verursacht hat. FÃ¼r EinbuÃ□en der Verletzten, fÃ¼r welche die versicherte TÃ¤tigkeit keine (Wirk-)Ursache war, besteht schlechthin kein Versicherungsschutz und haben die TrÃ¤gerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht einzustehen. (Wirk-)Ursachen sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemÃ¤Ã□ die in Frage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeifÃ¼hren. Insoweit ist Ausgangspunkt der Zurechnung die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolges gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (â□□conditio sine qua nonâ□□). Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung muss eine versicherte Verrichtung, die im Sinne der â□□Conditio-Formelâ□□ eine erforderliche Bedingung des Erfolges war, darÃ¼ber hinaus in seiner besonderen tatsÃ¤chlichen und rechtlichen Beziehung zu diesem Erfolg stehen. Sie muss (Wirk-)Ursache des Erfolges gewesen sein, muss ihn tatsÃ¤chlich mitbewirkt haben und darf nicht nur eine im Einzelfall nicht wegdenkbare zufÃ¤llige Randbedingung gewesen sein.

Ob die versicherte Verrichtung eine (Wirk-)Ursache fÃ¼r die festgestellte Einwirkung und die Einwirkung eine (Wirk-)Ursache fÃ¼r den Gesundheitserstschaden (oder den Tod) war, ist eine rein tatsÃ¤chliche Frage. Sie muss aus der nachtrÃ¤glichen Sicht (â□□ex postâ□□) nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens Ã¼ber Kausalbeziehungen, gegebenenfalls unter Einholung von SachverstÃ¤ndigengutachten, beantwortet werden (vgl. dazu BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 â□□ B 2 U 9/11 R -, SozR 4-2700 Â§ 8 Nr. 44, Rz. 61 ff.).

Eine Verrichtung ist jedes konkrete Handeln von Verletzten, das objektiv seiner Art nach von Dritten beobachtbar und subjektiv, also jedenfalls in laienhafter Sicht, zumindest auch auf die ErfÃ¼llung des Tatbestandes der jeweiligen versicherten TÃ¤tigkeit ausgerichtet ist. Als objektives Handeln der Verletzten kann es erste Ursache einer objektiven Verursachungskette sein. Diese kann Ã¼ber die Einwirkung auf den KÃ¶rper, Ã¼ber GesundheitserstschÃ¤den oder den Tod hinaus bis zu unmittelbaren oder im Sinne von Â§ 11 SGB VII, der fÃ¼r die zweite PrÃ¼fungsstufe andere ZurechnungsgrÃ¼nde als die Wesentlichkeit regelt, mittelbaren Unfallfolgen sowie auch zur MdE reichen, derentwegen das SGB VII mit der Rente ein Leistungsrecht vorsieht (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 31).

Erst wenn die Verrichtung, die mÃ¶glicherweise dadurch verursachte Einwirkung und der mÃ¶glicherweise dadurch verursachte Erstschaden festgestellt sind, kann

und darf auf der ersten PrÃ¼fungsstufe der Zurechnung, also der objektiven Verursachung, Ã¼ber die tatsÃ¤chliche KausalitÃ¤tsbeziehung zwischen der Verrichtung und der Einwirkung mit dem richterlichen Ãberzeugungsgrad mindestens der Wahrscheinlichkeit entschieden werden. Es geht hierbei ausschlieÃlich um die rein tatsÃ¤chliche Frage, ob und gegebenenfalls mit welchem Mitwirkungsanteil die versicherte Verrichtung, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, eine (Wirk-)Ursache der von auÃen kommenden, zeitlich begrenzten Einwirkung auf den KÃ¶rper von Versicherten war (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 32).

Zweitens muss der letztlich durch die versicherte Verrichtung mitbewirkte Schaden rechtlich auch unter WÃ¼rdigung unversicherter Mitursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich der begrÃ¼ndeten Versicherung fallenden Gefahr, eines dort versicherten Risikos, zu bewerten sein. Denn der Versicherungsschutz greift nur ein, wenn sich ein Risiko verwirklicht hat, gegen das die jeweils begrÃ¼ndete Versicherung Schutz gewÃ¤hren soll (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 33).

Wird auf der ersten Stufe die objektive (Mit-)Verursachung bejaht, indiziert dies in keiner Weise die auf der zweiten Stufe der Zurechnung rechtlich zu gebende Antwort auf die Rechtsfrage, ob die Mitverursachung der Einwirkung durch die versicherte Verrichtung unfall-versicherungsrechtlich rechtserheblich, also wesentlich, war. Denn die unfallversicherungs-rechtliche Wesentlichkeit der (Wirk-)UrsÃ¤chlichkeit der versicherten Verrichtung fÃ¼r die Einwirkung muss eigenstÃ¤ndig rechtlich nach MaÃgabe des Schutzzweckes der jeweils begrÃ¼ndeten Versicherung beurteilt werden (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 34). Sie setzt rechtlich voraus, dass der Schutzbereich und der Schutzzweck der jeweiligen durch die versicherte Verrichtung begrÃ¼ndeten Versicherung durch juristische Auslegung des Versicherungstat-bestandes nach den anerkannten Auslegungsmethoden erkannt werden. Insbesondere ist festzuhalten, ob und wie weit der Versicherungstatbestand gegen Gefahren aus von ihm versicherten TÃ¤tigkeiten schÃ¼tzen soll (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 âÂ BÂ 2Â UÂ 16/11Â RÂ â, SozR 4-2700 Â§ 2 Nr. 21, Rz. 21 ff.). Nur wenn beide Zurechnungskriterien bejaht sind, erweist sich die versicherte Verrichtung als wesentliche Ursache (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 â B 2 U 9/11 R â, SozR 4-2700 Â§ 8 Nr. 44, Rz. 37).

Hinsichtlich des BeweismaÃstabes gilt fÃ¼r die BeweiswÃ¼rdigung bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, die solche GesundheitsschÃ¤den erfÃ¼llen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, fÃ¼r das Gericht feststehen mÃ¼ssen. DemgegenÃ¼ber genÃ¼gt fÃ¼r den Nachweis der naturphilosophischen UrsachenzusammenhÃ¤nge zwischen der versicherten Einwirkung und einem Gesundheitserstschaden sowie zwischen einem Gesundheitserst- und einem Gesundheitsfolgeschaden der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloÃe MÃ¶glichkeit (vgl. BSG, Urteile vom 2. April 2009 â B 2 U 9/07 R â, juris, Rz. 16 und vom 31.Â Januar 2012 â B 2 U 2/11 R â, SozR 4-2700 Â§ 8 Nr 43, Rz. 17).

Das Bestehen einer BeeintrÃ¤chtigung des kÃ¶rperlichen und geistigen LeistungsvermÃ¶gens muss ausgehend von konkreten FunktionseinbuÃen beurteilt werden. Soweit die MdE sich nicht ausnahmsweise unmittelbar aus den Unfallfolgen erschlieÃt, bilden festgestellte und eindeutig nach gÃ¤ngigen Diagnosesystemen (z. B. ICD-10, DSM-IV) konkret zu bezeichnende Krankheiten (vgl. BSG, Urteile vom 9. Mai 2006 â B 2 U 1/05 R â, BSGE 96, 196 und vom 15. Mai 2012 â B 2 U 31/11 R â, juris, Rz. 18; Urteile des Senats vom 26. November 2015 â L 6 U 50/15 â, juris, Rz. 48 m. w. N. und vom 17. MÃ¤rz 2016 â L 6 U 4796/13 â, juris, Rz.Â 37), wobei von einem normativ-funktionalen Krankheitsbegriff auszugehen ist (vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 2017 â B 2 U 17/15 R â, juris, Rz. 22 m. w. N.), die Tatsachengrundlage, von der ausgehend die BeeintrÃ¤chtigung des kÃ¶rperlichen oder seelischen LeistungsvermÃ¶gens auf dem Gebiet des gesamten Erwerbslebens zu beurteilen ist (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 âÂ BÂ 2Â UÂ 5/10 R â, SozR 4-2700 Â§ 200 Nr 3, Rz. 17 m. w. N.).

Die Beklagte hat mit dem Bescheid vom 4. Dezember 2019 â fÃ¼r den Senat bindend (Â§Â 77Â SGG) â das Ereignis vom 18. September 2017, das Verlassen des BÃ¼rogebÃ¤udes wegen der Verrauchung, als Arbeitsunfall und Teilelemente einer PTBS im Sinne einer Ã¤ngstlichen phobischen Reaktion auf das GerÃ¤usch des Martinshorns und Rauch als Teilsymptome einer PTBS bei fehlendem Vollbild einer PTBS mit vorÃ¼bergehender BehandlungsbedÃ¼rftigkeit bei vorbestehender rezidivierender depressiver StÃ¶rung sowie eine folgenlos ausgeheilte Inhalation von Rauchgas als Unfallfolge anerkannt. Als Unfallfolge abgelehnt worden ist eine rezidivierende depressive StÃ¶rung sowie eine Angst und Depression gemischt.

Die Beklagte hat damit zur Ãberzeugung des Senats die Unfallfolgen zutreffend festgestellt und die GewÃ¤hrung einer Verletztenrente mangels rentenberechtigender MdE abgelehnt. Anhaltspunkte fÃ¼r einen StÃ¼tzrententatbestand (Â§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII) sind weder geltend gemacht, noch sonst ersichtlich.

Der SachverstÃ¤ndige S1 hat auch fÃ¼r den erkennenden Senat Ã¼berzeugend dargelegt, dass bereits nicht erwiesen ist, dass es sich um authentische Schilderungen der KlÃ¤gerin zu ihren Beschwerden handelt. Er verweist hierzu auf die Ergebnisse der Testverfahren bei dem Gutachten des N1, die er als hoch auffÃ¤llig und selbst fÃ¼r eine Gutachtensituation als ungewÃ¶hnlich beschreibt. In Rechnung zu stellen ist dabei insbesondere, dass die KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber S1 durchaus das Bestehen sozialer Kontakte eingerÃ¤umt und M2 in ihrem Verlaufsbericht dargelegt hat, dass Sport und bestehende Interessen als tagesstrukturierende Elemente eine positive Wirkung auf den Genesungsprozess zeigten, was ebenfalls gegen die behauptete InaktivitÃ¤t spricht. Die SachverstÃ¤ndige E1 hat in ihrer ergÃ¤nzenden Stellungnahme im Ãbrigen auch einrÃ¤umen mÃ¼ssen, dass sich bei ihrer Untersuchung Anhaltspunkte fÃ¼r Verdeutlichungen ergeben haben, was sich nicht dadurch relativieren lÃ¤sst, dass sie die Grenze fÃ¼r eine Simulation als nicht Ã¼berschritten bezeichnet.

Dies wird durch die klinischen Befunde des S1 untermauert. Er hat aufgezeigt, dass die Konzentration bei geklagten KonzentrationsstÃ¶rungen auffallend wechselhaft

gewesen ist, die zu objektivieren EinschrÃ¤nkungen aber als persÃ¶nlichkeitseigener Stil und nicht als eigentliche KonzentrationsstÃ¶rungen zu werten sind. Die Auffassung war gut, eine ErschÃ¶pfung wÃ¤hrend des GesprÃ¤chs nicht festzustellen. Ebenso hat er eine wechselhafte Psychomotorik befundet, die sich darin Ã¤uÃerte, dass die KlÃ¤gerin themenbezogen durchaus in der Lage war, sich mit fester Stimme, Entschlossenheit, klaren SÃ¤tzen und lebhafter Gestik zu Ã¤uÃern. Weder Weinen noch Gereiztheit im GesprÃ¤chsverlauf waren zu beobachten. Die Angaben zu extremer ErschÃ¶pfung und Antriebslosigkeit konnten wÃ¤hrend der Untersuchung ebenfalls nicht objektiviert werden. Schwankungen zeigten sich themenbezogen auch im formalen Gedankengang. S1 hat somit deutliche Diskrepanzen zwischen dem Beschwerdevorbringen und dem tatsÃ¤chlichen Befund gesichert. Solche zeigten sich auch bei den demonstrierten GleichgewichtsstÃ¶rungen, fÃ¼r die eine neurologische Ursache nicht erkennbar gewesen ist.

Zum Verlauf nach dem Unfallereignis hat L1, dessen Gutachten im Verwaltungsverfahren der Senat im Wege des Urkundsbeweises verwertet (Â§ 118 Abs. 1 SGG i.Â V.Â m. Â§Â§ 415 ff. Zivilprozessordnung [ZPO]), Ã¼berzeugend herausgearbeitet, dass bei beschriebener Verschlechterung ab November 2018 nur Diagnosen im Zusammenhang mit der depressiven StÃ¶rung beschrieben worden sind, die â so der Gutachter â vorbestehend war. Insbesondere hat er hinsichtlich der stationÃ¤ren Behandlung in S3 2019 nicht nur auf die gestellten Diagnosen â die keinen Traumabezug aufweisen â verwiesen, sondern aus fachlicher Sicht ausgewertet, dass die dokumentierten Befunde denen einer Depression entsprechen und nicht als Traumafolge zu werten sind.

Die Ã¼berzeugende Schlussfolgerung des L1, dass unfallunabhÃ¤ngige Faktoren in der Gesamtproblematik im Vordergrund stehen und die Unfallfolgen fÃ¼r die Bemessung der MdE deshalb nicht ins Gewicht fallen, sind von S1 schlÃ¼ssig damit untermauert worden, dass er auf eine Verschiebung der Wesensgrundlage hingewiesen und damit die rechtliche Wesentlichkeit des Unfallereignisses fÃ¼r die gesundheitlichen EinschrÃ¤nkungen verneint hat. Er hat ausfÃ¼hrlich beschrieben, dass AngststÃ¶rungen nach UnfÃ¤llen gehÃ¤uft auftreten, ohne dass eine direkte oder ausschlieÃliche Verursachung zu belegen ist. Weiter zeigt er auf, dass dies in hÃ¶herem MaÃe bei vorbestehenden psychischen AuffÃ¤lligkeiten, wie sie sich bei der KlÃ¤gerin finden, gilt und neben dem MissverhÃ¤ltnis zwischen der einwirkenden SchÃ¤digung und der IntensitÃ¤t sowie der Dauer der psychischen Symptomatik auch ein crescendoartiger Verlauf gegen einen Zusammenhang spricht. Reaktive psychische StÃ¶rungen pflegen nÃ¤mlich, so S4 weiter, in der Regel tendenziell abzuklingen, am hÃ¤ufigsten sogar auszuheilen.

Bei der KlÃ¤gerin verweist der SachverstÃ¤ndige indessen darauf, dass nach einer unstrittigen PrimÃ¤rreaktion ein vorÃ¼bergehendes Abklingen festzustellen war und es dann zu einer crescendoartigen Zunahme mit verÃ¤nderter symptomatischer Akzentuierung gekommen ist, was er als deutliches Zeichen fÃ¼r eine Verschiebung der Wesensgrundlage wertet. Eine MdE von wenigstens 10Â v. H. Ã¼ber die 26. Woche nach dem Unfallereignis hinaus sieht der SachverstÃ¤ndige nicht, eine solche ist von L1 ebenfalls nicht angenommen worden.

Dies wird gestÃ¼tzt von den Darlegungen des L1, dass die von der KlÃ¤gerin aufgrund ihrer eigenen medizinischen Beurteilung â□□ fÃ¼r die ihr die Sachkunde fehlt â□□ angenommene â□□Re-Traumatisierungâ□□, mit Zunahme einer posttraumatischen Symptomatik aus einem Gelegenheitsanlass heraus, aus fachlicher Sicht unplausibel ist.

Die Schlussfolgerungen des N1 Ã¼berzeugen indessen nicht. S1 hat nachvollziehbar dargelegt, dass dieser die von ihm erhobenen Befunde nicht kritisch gewÃ¼rdigt hat (zu diesen vgl. oben) und deshalb schon von nicht erwiesenen AnknÃ¼pfungstatsachen ausgegangen ist, sodass seine Beurteilung auf keiner tragfÃ¤higen Grundlage basiert. M3 hat beratungsÃ¤rztlich damit zu Recht ausgefÃ¼hrt, dass die Beschwerden nur teilweise als authentisch betrachtet werden kÃ¶nnen, zumal N1 den klinischen Verlauf mit verzÃ¶gerten Symptomen nicht beachtet hat.

Nichts anderes ergibt sich daraus, dass die KlÃ¤gerin der nachhaltigen Auffassung ist, unter einer unfallbedingten PTBS zu leiden. Auch zur Ã□berzeugung des Senats, wie aller gehÃ¶rten Gutachter und SachverstÃ¤ndiger, liegt eine solche nicht vor.

Die Beurteilung der Frage, ob eine PTBS vorliegt, hat sich nach der Rechtsprechung des BSG und dem folgend des Senats (vgl. Senatsurteile vom 27. August 2015 â□□ L 6 VS 4569/14 â□□, juris, Rz. 34 und vom 23. Juni 2016 â□□Â LÂ 6Â VHÂ 4633/14Â â□□, juris, Rz. 58 ff.) an den gÃ¤ngigen Diagnosesystemen entsprechend der Nomenklatur der ICD-10 und der DSM-5 zu orientieren. Denn die konkret zu bezeichnenden Krankheiten bilden die Tatsachengrundlage, von der ausgehend die BeeintrÃ¤chtigung des kÃ¶rperlichen oder seelischen LeistungsvermÃ¶gens zu beurteilen ist (vgl. BSG, Urteil vom 9.Â Mai 2006 â□□Â BÂ 2Â UÂ 1/05 R â□□ SozR 4-2700 Â§Â 8 Nr.Â 17; BSG SozR 4-2700 Â§Â 200 Nr.Â 3).

Beide Diagnosesysteme setzen ein sogenanntes Eingangskriterium voraus, also ob das vorgegebene Ereignis nach wissenschaftlichem Erkenntnisstand geeignet ist, eine PTBS hervorzurufen, ferner syndromale Kriterien wie Vermeidungsverhalten (vgl. dazu Widder, Die neuen Diagnosekriterien nach DSM-5 und ICD-11 bei der Begutachtung psychischer SchÃ¤digungsfolgen, MedSach 2020, S. 102, 103 f.).

Nach ICD-10 F43.1 entsteht eine PTBS als eine verzÃ¶gerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kÃ¼rzerer oder lÃ¤ngerer Dauer mit auÃ□ergewÃ¶hnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem AusmaÃ□, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen wÃ¼rde. PrÃ¤disponierende Faktoren wie bestimmte, z. B. zwanghafte oder asthenische PersÃ¶nlichkeitszÃ¼ge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte kÃ¶nnen die Schwelle fÃ¼r die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der StÃ¶rung zu erklÃ¤ren. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrÃ¤ngenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), TrÃ¤umen oder AlptrÃ¤umen, die vor dem Hintergrund eines andauernden GefÃ¼hls von BetÃ¤ubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden

sich GleichgÃ¼ltigkeit gegenÃ¼ber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenÃ¼ber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von AktivitÃ¤ten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen kÃ¶nnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Ãbererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer Ã¼bermÃ¤Ãigen Schreckhaftigkeit und SchlafstÃ¶rung auf. Angst und Depression sind hÃ¤ufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis zu sechs Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der FÃ¤lle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen FÃ¤llen nimmt die StÃ¶rung Ã¼ber viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde PersÃ¶nlichkeitsÃ¤nderung Ã¼ber.

Das neue ab 1. Januar 2022 in Kraft getretene, aber in Deutschland noch nicht zur vertragsÃ¤rztlichen Behandlung freigegebene Diagnosesystem ICD-11 hat die PTBS bei inhaltlich unverÃ¤nderter Beschreibung insofern konkreter gefasst, als das Traumakriterium nun extrem bedrohlicher oder entsetzlicher Art sein muss. Das Symptommuster umfasst das Wiedererleben in der Gegenwart (Ereignisse werden sinnlich als noch einmal im Hier und Jetzt geschehend erfahren) durch AlbtrÃ¤ume, die Vermeidung (ErinnerungsanlÃ¤sse, die wahrscheinlich zu einem Wiedererleben der traumatischen Ereignisse fÃ¼hren) und die Ãberregung (erhÃ¶hte Wachsamkeit oder gesteigerte Schreckreaktion durch die subjektive Wahrnehmung einer anhaltenden Bedrohung). Somit sind unspezifische Symptome wie SchlafstÃ¶rungen etc. nicht mehr typische Symptome einer PTBS. Die Verursachung erheblicher BeeintrÃ¤chtigungen wird in persÃ¶nlichen, familiÃ¤ren, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen gefordert (ICD-11 6B40).

Nach DSM-5 gelten folgende GrundsÃ¤tze: Das Hauptmerkmal der PTBS ist die Entwicklung charakteristischer Symptome nach der Konfrontation mit einem extrem traumatischen Ereignis. Das traumatische Ereignis besteht in erster Linie in dem direkten persÃ¶nlichen Erleben einer Situation, die mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der kÃ¶rperlichen Unversehrtheit auch sexueller Art zu tun hat (Kriterium A1). Daneben wird aber auch der Augenzeuge, weiter das indirekte erfahren, dass ein naher Verwandter oder ein Freund einem traumatischen Ereignis ausgesetzt war oder die Konfrontation mit Details von traumatischen Ereignissen (z. B. als Ersthelfer, Polizist), eventuell auch als Konfrontation durch elektronische Medien fÃ¼r ausreichend erachtet (Kriterium A2 bis 4). Die Reaktion der Person auf das Ereignis muss ein Wiedererleben sein (Kriterium B1), dass sich entweder/und in wiederkehrenden Erinnerungen, traumatischen AlbtrÃ¤umen, dissoziativen Reaktionen (z. B. Flashbacks), intensivem oder langanhaltendem Stress wie markante physiologischen Reaktionen Ã¤uÃert. Charakteristische Symptome (Kriterium C1) sind die andauernde Vermeidung von traumaassoziierten Reizen, Gedanken oder GefÃ¼hle, aber auch externer Art (z. B. Menschen, Orte, Unterhaltungen, TÃ¤tigkeiten, Objekte oder Situationen). Daneben besteht eine negative VerÃ¤nderung von Gedanken und Stimmung (Kriterium D1 bis 7). Der Betroffene ist entweder/und unfÃ¤hig, sich an wichtige Merkmale des traumatischen Erlebnisses zu erinnern (dissoziative Amnesie) leidet an Schuld-,

Scham-, Angst-und WutgefÃ¼hlen, vermindertem Interesse an wichtigen TÃ¤tigkeiten, dem GefÃ¼hl, anderen fremd zu sein, wie der UnfÃ¤higkeit, positive Emotionen zu empfinden. Weiter muss eine VerÃ¤nderung des Erregungsniveaus und der ReaktivitÃ¤t (Hyperarousal) vorliegen (Kriterium E1 bis 6). Das StÃ¶rungsbild, das nicht Folge von Medikamenten, Substanzeinnahme oder anderen Krankheiten sein darf (Ausschlusskriterium G), muss lÃ¤nger als einen Monat anhalten (Kriterium F) und die StÃ¶rung muss in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder BeeintrÃ¤chtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen (Kriterium G).

Hinsichtlich Beginn und Dauer der Symptome wird unterschieden zwischen der akuten PTBS (wenn die Dauer der Symptome weniger als drei Monate betrÃ¤gt), der chronischen PTBS (wenn die Symptome drei Monate oder lÃ¤nger andauern) und der PTBS mit verzÃ¶gertem Beginn (wenn mindestens sechs Monate zwischen dem traumatischen Ereignis und dem Beginn der Symptome vergangen sind). Die Symptome, wie beispielsweise verminderte affektive SchwingungsfÃ¤higkeit, dissoziative Symptome, somatische Beschwerden, GefÃ¼hle der Insuffizienz in Form von Hoffnungslosigkeit, sozialer RÃ¼ckzug, stÃ¤ndiges GefÃ¼hl des Bedrohtseins oder beeintrÃ¤chtigte Beziehung zu anderen oder VerÃ¤nderung der PersÃ¶nlichkeit im Vergleich zu frÃ¼her beginnen normalerweise innerhalb der ersten drei Monate nach dem Trauma, obwohl sich die Ausbildung der Symptome aber auch um Monate oder sogar Jahre verzÃ¶gern kann. Die Schwere, Dauer und NÃ¤he der Person bei Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis sind die wichtigsten Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit bestimmen, mit der die StÃ¶rung sich entwickelt. Es gibt Hinweise, dass soziale UnterstÃ¼tzung, Familienanamnese, Kindheitserfahrungen, PersÃ¶nlichkeitsvariablen und vorbestehende psychische StÃ¶rungen die Ausbildung einer PTBS beeinflussen kÃ¶nnen. Die StÃ¶rung kann sich auch bei Personen entwickeln, bei denen zuvor keine besondere AuffÃ¤lligkeit vorhanden war, besonders dann, wenn es sich um eine besonders extreme Belastung handelt.

Die nach den beiden Klassifikationssystemen notwendigen Kriterien bzw. dafÃ¼r erforderlichen Unterkriterien mÃ¼ssen im Vollbeweis feststehen, um die Diagnose einer PTBS stellen zu kÃ¶nnen. Hinsichtlich der medizinischen Voraussetzungen (Kriterien B bis D, ggfs. E und F) bezieht sich diese Anforderung auf den aktuellen Gesundheitszustand des GeschÃ¤digten.

Insbesondere, wenn die gesundheitlichen BeeintrÃ¤chtigungen nicht bereits unmittelbar nach dem Ende der Traumatisierung auftreten oder seitdem ununterbrochen bestehen, es also an BrÃ¼ckensymptomen fehlt, muss die Zusammenhangfrage besonders sorgfÃ¤ltig geprÃ¼ft werden und ist nur anhand eindeutiger objektiver Befunde zu bejahen, was sich auch aus Anforderungen der frÃ¼heren Anhaltspunkte (AHP) ergibt. Die Frage nach dem ursÃ¤chlichen Zusammenhang ist erst dann zu stellen, wenn die Diagnose positiv feststeht (vgl. BSG, Beschluss vom 2. Dezember 2010 â□□Â BÂ 9Â VHÂ 3/09 B â□□, Rz. 14, juris; Beschluss vom 16.Â Februar 2012 â□□ B 9 V 17/11 B â□□, Rz.Â 16, juris).

Ausgehend von diesen MaÃstÃ¤ben hat der SachverstÃ¤ndige S1 Ã¼berzeugend

herausgearbeitet, dass das Eingangskriterium bei der KlÃ¤gerin nicht erfÃ¼llt ist. Der Entstehungsmechanismus der Erkrankung ist, so der SachverstÃ¤ndige, durch einen Zustand eines hilflosen Ausgeliefertseins gekennzeichnet, in dem die angeborenen Kampf- und Fluchtmechanismen nicht zum Einsatz kommen kÃ¶nnen. Dies fÃ¼hrt zu einer Deregulation von Kreislaufmechanismus und psychischen DissoziationszustÃ¤nden. Ein Zustand des hilflosen Ausgeliefertseins hat S1 in Anbetracht des tatsÃ¤chlichen Geschehensablaufs schlÃ¼ssig verneint, da die KlÃ¤gerin in einem sehr aktiv bewÃ¤ltigenden Fluchtmodus, also keinesfalls der Situation ausgeliefert war. Sie selbst hat dem SachverstÃ¤ndigen nÃ¤mlich beschrieben, dass sie, nachdem sie den Rauch entdeckt hatte, klar und fokussiert gewesen ist. Das wird rein tatsÃ¤chlich eindrucksvoll dadurch dokumentiert, dass sie in der Lage war, noch ihre Sachen zusammenzupacken, erst danach das GebÃ¤ude Ã¼ber den verbleibenden Fluchtweg verlassen hat. Sie hat also keinesfalls panisch, sondern planvoll agiert. Dies korrespondiert mit der Feststellung in der Ermittlungsakte, dass fÃ¼r die KlÃ¤gerin objektiv zu keinem Zeitpunkt Lebensgefahr bestanden hat.

Weiter hat S1 aus medizinischer Sicht dargelegt, dass weder aktuell noch frÃ¼her typische Symptome einer PTBS geschildert wurden. Deutlich herausgestellt hat er dabei zum zeitlichen Verlauf nochmals, dass sich erst nach dem Verlassen des GebÃ¤udes pathologische Befunde bei der KlÃ¤gerin gezeigt haben, die folgerichtig im Sinne einer akuten Belastungsreaktion gewertet worden sind. Die medizinischen Voraussetzungen fÃ¼r eine PTBS sind von L1 und N1 ebenfalls mangels beschriebener Symptomatik verneint worden.

Die diagnostischen AusfÃ¼hrungen der Rehabilitationsklinik A2 Â ehen daher fehl. Bereits M3 hat beratungsÃ¤rztlich zu Recht bemÃ¤ngelt, dass es am Eingangskriterium fehlt und weder diagnostische Befunde noch testpsychologische Befunde mitgeteilt werden, die die Diagnose stÃ¼tzen. Die von der KlÃ¤gerin veranlasste ergÃ¤nzende Stellungnahme der Klinik fÃ¼hrt zu keiner anderen Beurteilung, da auf das entscheidende Eingangskriterium nicht eingegangen, sondern stattdessen postuliert wird, dass das diagnostische Interview das Mittel der Wahl bleibe und aufgrund ausreichender Hinweise keine weitere Diagnostik notwendig gewesen sei. Die ergÃ¤nzenden AusfÃ¼hrungen tragen somit nichts zur Plausibilisierung der Diagnose bei, sondern belegen lediglich, dass die Klinik der â irrigen â Auffassung ist, sich allein auf subjektive Angaben der KlÃ¤gerin stÃ¼tzen zu kÃ¶nnen, ohne das Eingangskriterium anhand objektivierter Tatsachen bewerten zu mÃ¼ssen. Dass die Angaben hinterfragt oder auf ihre AuthentizitÃ¤t geprÃ¼ft worden wÃ¤ren â wozu nach den Darlegungen des S1 Veranlassung bestand (vgl. oben) â lÃ¤sst sich ebenfalls nicht erkennen. Zwar mag es, wie S1 darlegt, dem therapeutischen Prozess dienlich sein, die Behandlung anhand einer Arbeitsdiagnose durchzufÃ¼hren, die ein zielgerichtetes Arbeiten mit dem Patienten ermÃ¶glicht, jedoch ist dies mit Sinn und Zweck der Klassifikation von Krankheiten nach einem Diagnosesystem in keiner Weise vereinbar.

Eine PTBS hat zuletzt die SachverstÃ¤ndige E1 nicht bestÃ¤tigen kÃ¶nnen und sich damit den Vorgutachten angeschlossen. Dass die Diagnosestellung der A4 Klinik 1 schon deshalb verfehlt ist, weil eine Auseinandersetzung mit dem strittigen Ereignis

gÃ¤nzlich unterbleibt, hat sie â korrespondierend zu den Vorgutachten â ebenfalls bestÃ¤tigt.

Im Ãbrigen vermochte das SachverstÃ¤ndigengutachten E1 nicht zu Ã¼berzeugen, sodass sich der Senat diesem nicht anschlieÃt. Die SachverstÃ¤ndige differenziert bereits nicht zwischen der Wiedergabe der Aktenlage, den medizinischen AnknÃ¼pfungsbefunden, den subjektiven Schilderungen der KlÃ¤gerin und den von ihr selbst erhobenen Befunden.

Mit den tragenden AusfÃ¼hrungen des SachverstÃ¤ndigen S1, dass von einem authentischen Beschwerdevorbringen der KlÃ¤gerin nicht ausgegangen werden kann, was er sowohl mit dem Ergebnis der Testverfahren bei dem Gutachter N1 und mit seinem fachkundig erhobenen klinischen Befund begrÃ¼ndet (vgl. oben), setzt sich die SachverstÃ¤ndige nicht auseinander. Stattdessen werden sÃ¤mtliche Beschwerdeangaben unkritisch Ã¼bernommen, allein hieraus medizinische Schlussfolgerungen gezogen und damit die tatsÃ¤chlichen medizinischen Befundunterlagen in Frage gestellt, was nicht Ã¼berzeugen kann. Dass sie selbst Hinweise fÃ¼r Verdeutlichungen erhoben hat, wie sie in ihrer ergÃ¤nzenden Stellungnahme einrÃ¤umt, wÃ¼rdigt sie nicht, sondern meint den Ergebnissen deshalb keine Bedeutung beimessen zu mÃ¼ssen, weil die Grenze zur Simulation nicht Ã¼berschritten sei (vgl. bereits oben). Es wird somit deutlich, dass die SachverstÃ¤ndige sich nicht, wie S1, von den Darlegungen der KlÃ¤gerin â insbesondere ihrer eigenen Beantwortung der an S1 gerichteten Beweisfragen â hat hinreichend abgrenzen kÃ¶nnen, sondern ihre Beurteilung vielmehr ausschlieÃlich hierauf stÃ¼tzt.

Dass die Angaben der KlÃ¤gerin kritisch zu hinterfragen gewesen wÃ¤ren, wird daran deutlich, dass sie gegenÃ¼ber der SachverstÃ¤ndigen behauptet hat, Angst gehabt zu haben, weiter Auto zu fahren, aus Angst, dass etwas passiere. Die Tatsache, dass die KlÃ¤gerin indessen dem Gutachter N1 davon berichtet hat, dass die letzte lÃ¤ngere Strecke, die sie gefahren ist, die Fahrt in die Klinik S3 gewesen sei, wÃ¼rdigt die SachverstÃ¤ndige nicht, verkennt also die tatsÃ¤chlichen Gegebenheiten und zieht demzufolge die falschen SchlÃ¼sse. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Symptomatik einerseits so ausgeprÃ¤gt gewesen sein soll, dass das Autofahren nicht mehr mÃ¶glich gewesen ist, aber gerade die Fahrt zur stationÃ¤ren psychiatrischen Behandlung erfolgreich mit dem Auto zurÃ¼ckgelegt wird. Entsprechendes gilt dafÃ¼r, dass die KlÃ¤gerin mehrfach behauptet hat, ihr Auto oft nicht mehr zu finden, nicht mehr zu wissen, weshalb sie die Fahrt habe unternehmen wollen oder sich zu verfahren. Dieses Vorbringen lÃ¤sst sich mit der behaupteten faktischen UnmÃ¶glichkeit der Nutzung des Autos nicht vereinbaren.

Mit dem Umstand, dass die KlÃ¤gerin mehrfach auf eine Verschlechterung des Asthmas verweist, eine solche aber lungenfachÃ¤rztlich nicht bestÃ¤tigt wurde, setzt sich die SachverstÃ¤ndige ebenfalls nicht auseinander. Bereits dem Befundbericht des K2 vom Unfalltag ist nÃ¤mlich in aller Deutlichkeit zu entnehmen, dass sich lungenfunktionell sogar ein Normalbefund zeigte, der sich in den nachfolgenden Untersuchungen bestÃ¤tigt hat. Entsprechendes gilt dafÃ¼r, dass es bei angegebenen schwerwiegenden Magen-Darm-Problemen nicht

nachvollziehbar ist, dass mehrfach, zuletzt durch S1 ein unauffÃ¤lliger KrÃ¤fte- und ErnÃ¤hrungszustand befundet worden ist. Dass die KlÃ¤gerin Ã¼ber bis zu zwei Wochen faktisch nichts esse, wie sie der SachverstÃ¤ndigen berichtet hat, ist vor diesem Hintergrund schlicht unplausibel. Gleiches gilt fÃ¼r die Behauptung der VernachlÃ¤ssigung der KÃ¶rperpflege, sie wird im Gegenteil als sehr gepflegt geschildert. Angesicht der gezeigten KonzentrationsfÃ¤higkeit bei der mehrstÃ¼ndigen Exploration ist auch die Behauptung von regelmÃ¤Ãigen Schlafproblemen nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, all das hÃ¤tte von der SachverstÃ¤ndigen kritisch hinterfragt werden mÃ¼ssen.

Lediglich ergÃ¤nzend ist darauf hinzuweisen, dass die Schilderungen der KlÃ¤gerin zu dem Verhalten der Feuerwehr mit den polizeilichen Ermittlungsergebnissen nicht korrelieren. So ist den Angaben des Feuerwehrmannes, der die BÃ¼rorÃ¤ume kontrolliert hat, zu entnehmen, dass er das GebÃ¤ude ohne Atemschutz betreten konnte, sodass eine Verrauchung der GÃ¤nge â die die KlÃ¤gerin beschreibt â zu dem Zeitpunkt der Kontrolle nicht plausibel ist. Die Ermittlungen sind somit nicht im Sand verlaufen, wie die KlÃ¤gerin behauptet, sondern ein strafrechtliches relevantes Fehlverhalten des Feuerwehrmannes war schlicht nicht zu beweisen. Abgesehen davon bestehen keine Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass die KlÃ¤gerin Ã¼berhaupt einen Feuerwehrmann auf den GÃ¤ngen im GebÃ¤ude gesehen hat, weil ihre TÃ¼r entweder geschlossen oder angelehnt war â insoweit differieren die Angaben â und sie nur das GerÃ¤usch eines Funk-GesprÃ¤chs vernommen haben will, wÃ¤hrend sie aber selbst telefoniert hat. Dass sie das FunkgesprÃ¤ch eines Feuerwehrmannes mitbekommen hat, stellt letztlich nur eine MutmaÃung von ihr dar.

Mit den eingehenden AusfÃ¼hrungen des L1 zu dem Entlassungsbericht der Klinik S3 setzt sich die SachverstÃ¤ndige E1 nicht auseinander. Dieser hat sich nÃ¤mlich (vgl. oben) nicht nur mit den Diagnosen befasst, sondern aus medizinischer Sicht Ã¼berzeugend dargelegt, weshalb die beschriebene Symptomatik einer Depression entspricht und eben nicht mit einem Trauma in Verbindung steht. Hierauf hat S1, wie zuvor schon der Beratungsarzt M3, ebenfalls hingewiesen. Dies meint die SachverstÃ¤ndige E1 zu Unrecht deshalb Ã¼bergehen zu kÃ¶nnen, weil die KlÃ¤gerin eine andere Symptomatik beschreibe, die in der Untersuchung nochmals eruiert worden sei. Faktisch wird damit die medizinische Beurteilung der Klinik durch die subjektive Beschwerdeschilderung der KlÃ¤gerin ersetzt und deren medizinische Sichtweise â fÃ¼r die ihr die Sachkunde fehlt â von der SachverstÃ¤ndigen E1 als medizinischer AnknÃ¼pfungspunkt gewÃ¤hlt, was nicht Ã¼berzeugen kann. Dass die Klinik die Vorgeschichte durchaus gewÃ¼rdigt hat, folgt aus der Behandlungsempfehlung, Ã¤ndert aber nichts an den dokumentierten medizinischen Befunden, wie sie L1 ausgewertet hat.

Dass es seit der Untersuchung bei L1 zu einer deutlichen Ausweitung der Symptomschilderung durch die KlÃ¤gerin gekommen ist, wÃ¼rdigt die SachverstÃ¤ndige E1 ebenfalls nicht, sondern legt diese unkritisch ihrer Beurteilung zu Grunde. Weitergehend mutmaÃt sie, dass L1 einen unzureichenden Ã¤rztlichen Befund erhoben hat, nur weil M2 kurz darauf einen schwerwiegenderen Befund angegeben habe. UnabhÃ¤ngig davon ob Dipl.-Psych. Ã¼berhaupt Ã¤rztliche

Diagnosen stellen kÃ¶nnen, rÃ¤umt die SachverstÃ¤ndige E1 selbst ein, dass aus den Berichten von M2 keine traumabezogenen Diagnosen folgen, was den Schlussfolgerungen des L1 somit nicht entgegensteht. Dass diese in ihrem Erstbericht vermerkt hat, dass keine psychischen Vorerkrankungen bekannt seien, ihre EinschÃ¤tzungen also erkennbar auf einer unzureichenden Kenntnis der Vorbefunde beruhen, Ã¼bergeht die SachverstÃ¤ndige E1 vollstÃ¤ndig. Dass und warum den Bewertungen des N1 nicht zu folgen ist, ist oben bereits dargelegt worden. Mit den Einwendungen des S1 gegen das Gutachten setzt sich die SachverstÃ¤ndige E1, auch in ihrer ergÃ¤nzenden Stellungnahme, ebenfalls nicht auseinander. Anders als die SachverstÃ¤ndige glauben machen will, Ã¼bergeht die Beklagte das Gutachten des N1 nicht, sondern dessen umfangreiche Auswertung hat ergeben, weshalb diesem nicht gefolgt werden konnte. Zu einer Wiederholung der entsprechenden Darlegungen bestand keine Veranlassung.

Die SachverstÃ¤ndige geht weiter fehl in der Annahme, die nicht objektivierten medizinischen Befunde mit dem Hinweis Ã¼bergehen zu kÃ¶nnen, dass von den Behandlern ein falscher Behandlungsschwerpunkt gesetzt worden sei. Selbst wenn dies zutreffend wÃ¤re, Ã¤nderte es nichts an der fehlenden Objektivierung der medizinischen Befunde, derer es aber bedarf, um daraus forensische Schlussfolgerungen ziehen zu kÃ¶nnen. Entsprechendes gilt dafÃ¼r, dass sie in ihrer ergÃ¤nzenden Stellungnahme mutmaÃt, in den Krankschreibungen kÃ¶nnten fehlerhaft nicht alle Diagnose benannt worden sein. Wenn sie weiter meint, es sei deshalb zu einer Chronifizierung der nunmehr von der KlÃ¤gerin geschilderten Beschwerden gekommen, sind diese Darlegungen rein spekulativ.

Der Hinweis des Gutachters L1, dass die KlÃ¤gerin die TÃ¤tigkeit wieder aufgenommen und gut ein Jahr gearbeitet hat, steht erkennbar im Zusammenhang mit der AusprÃ¤gung der posttraumatischen Symptomatik â insbesondere der mÃ¶glichen RÃ¼ckkehr in das GebÃ¤ude und damit Konfrontation mit dem Ereignis â und entspricht den Angaben der KlÃ¤gerin. Dies wird in seiner Richtigkeit nicht dadurch in Frage gestellt, dass die SachverstÃ¤ndige E1 glauben machen will, die KlÃ¤gerin habe die TÃ¤tigkeit nicht wieder aufgenommen, weil sie Ã¼ber ein eingeschrÃ¤nktes LeistungsvermÃ¶gen von nur noch sechs Stunden berichtet habe. TatsÃ¤chlich ist eine weitere ArbeitsunfÃ¤higkeit nicht bescheinigt worden, mithin fehlt es an entsprechenden medizinischen Feststellungen zu einer solchen. Eine teilweise ArbeitsunfÃ¤higkeit gibt es gerade nicht. Soweit die KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber der SachverstÃ¤ndigen hÃ¤ufige Zeiten der ArbeitsunfÃ¤higkeit geltend gemacht hat, ergeben sich solche aus dem Vorerkrankungsverzeichnis, dass die Beklagte bereits eingeholt hatte und dass die KlÃ¤gerin der SachverstÃ¤ndigen nochmal vorgelegt hat, bis November 2018 gerade nicht, was sie aber nicht wÃ¼rdigt.

Nach der bekannten ArbeitsunfÃ¤higkeit bis 16. Oktober 2017 sind weitere vom 3. bis 12.Â Januar 2018, 23. bis 24. April 2018 und 8. bis 16. November 2018 dokumentiert. Von einer hÃ¤ufigen ArbeitsunfÃ¤higkeit kann damit keine Rede sein. Im Ãbrigen sind die Krankschreibungen wegen einer akuten Infektion der oberen Atemwege, einer nichtinfektÃ¶sen Gastroenteritis und sonstigen Enthesopathien erfolgt, also schon nicht aus psychischen GrÃ¼nden. Dies dokumentiert also im

Gegenteil die ArbeitsfÃ¤higkeit Ã¼ber einen lÃ¤ngeren Zeitraum.

Soweit die SachverstÃ¤ndige E1 der Meinung zu sein scheint, den von L1 und S4 anhand der Aktenlage Ã¼berzeugend herausgearbeiteten Crescendoverlauf deshalb Ã¼bergehen zu kÃ¶nnen, weil sich ein solcher aus den Schilderungen der KlÃ¤gerin nicht ergebe, stellt sie wiederum die subjektiven Angaben Ã¼ber die objektivierten Befunde und geht damit erneut von nicht erwiesenen AnknÃ¼pfungstatsachen aus. L1 und S1 haben nur auf die multifaktorielle Verursachung von Angst und Depressionen hingewiesen und darauf, dass diese hÃ¤ufig anlagebedingt sind. Dass AnpassungsstÃ¶rungen im Zusammenhang mit einem konkreten Ereignis stehen, legt S1 selbst dar.

Dies gilt in gleicher Weise dafÃ¼r, dass die SachverstÃ¤ndige E1 die Angaben der KlÃ¤gerin, wonach der â□□anschlieÃ□ende Streit mit der Unfallversicherungâ□□ das Ganze noch weiter aufrechterhalten habe, unkritisch Ã¼bernimmt und nicht mit der Aktenlage abgeglichen hat. Aus dieser folgt nÃ¤mlich, dass die Beklagte zwar unmittelbar nach dem Ereignis Ermittlungen durchgefÃ¼hrt hat, daran anschlieÃ□end aber keine Anhaltspunkte fÃ¼r Streitigkeiten bestehen. D4 hat vielmehr am 11. Oktober 2017 die beabsichtigte Wiederaufnahme der Arbeit mitgeteilt. Tatsache ist weiter, dass die Ermittlungen erst wieder aufgenommen worden sind, als die KlÃ¤gerin am 5. Februar 2019 (vgl. den Telefonvermerk) ihre erneute ArbeitsunfÃ¤higkeit seit November 2018 der Beklagten mitgeteilt hat. H4 hat in diesem Zusammenhang aber erneut nur Ã¼ber eine rezidivierende depressive StÃ¶rung berichtet.

Lediglich ergÃ¤nzend ist darauf hinzuweisen, dass die KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber der SachverstÃ¤ndigen selbst angegeben hat, sich eine finanzielle Absicherung zu wÃ¼nschen und den sozialen und finanziellen Abstieg beklagt hat, sodass es nach ihren eigenen Erhebungen nicht nachvollziehbar ist, wenn sie behauptet, ein Krankheitsvorteil sei nicht ersichtlich.

Abgesehen davon, dass AusfÃ¼hrungen der SachverstÃ¤ndigen E1 in tatsÃ¤chlicher Hinsicht nicht Ã¼berzeugen, verkennt sie den rechtlichen PrÃ¼fungsmaÃ□stab der gesetzlichen Unfallversicherung. Wie oben dargelegt, bedarf es einer zweistufigen PrÃ¼fung der KausalitÃ¤t und es reicht gerade nicht aus, dass das Unfallereignis nicht hinweggedacht werden kann, sondern dieses muss daneben die rechtlich wesentliche Ursache sein und bleiben. Diesen MaÃ□stab verkennt die SachverstÃ¤ndige, indem sie die zweite Stufe der KausalitÃ¤tsprÃ¼fung Ã¼bergeht und stattdessen immer wieder auf das Unfallereignis rekurriert. DemgegenÃ¼ber hat S1 den rechtlichen PrÃ¼fungsmaÃ□stab erkannt und auf der zweiten Stufe der KausalitÃ¤tsprÃ¼fung die rechtliche Wesentlichkeit untersucht und Ã¼berzeugend eine Verschiebung der Wesensgrundlage herausgearbeitet (vgl. oben). Wenn die SachverstÃ¤ndige E1 dem letztlich allein mit dem Hinweis entgegentritt, dass das Unfallereignis nicht hinweggedacht werden kÃ¶nne, setzt sie sich mit der zweiten PrÃ¼fungsstufe gerade nicht auseinander und verweist unzutreffend auf die erste, sodass sie letztlich zu einer monokausalen Betrachtungsweise gelangt, was den Vorgaben der gesetzlichen Unfallversicherung nicht entspricht. Dass sie darÃ¼ber hinaus von

nicht erwiesenen AnknÃ¼pfungstatsachen ausgeht, ist oben bereits dargelegt worden. Diese bezieht sie zusÃ¤tzlich in ihre KausalitÃ¤tsprÃ¼fung mit ein, was ebenfalls nicht Ã¼berzeugt.

Wenn sich die SachverstÃ¤ndige E1 mehrfach darauf stÃ¼tzt, dass die KlÃ¤gerin rÃ¼ckwirkend berentet worden sei, verkennt sie, dass es in der Rentenversicherung keiner kausalen, sondern einer finalen PrÃ¼fung bedarf. Es kommt also nur auf das eingeschrÃ¤nkte zeitliche LeistungsvermÃ¶gen an, nicht aber auf die Ursache dieser EinschrÃ¤nkungen. Abgesehen davon Ã¼bersieht sie, dass sie selbst dargelegt hat, weshalb die diagnostischen Schlussfolgerungen der Rehabilitationsklinik unzutreffend sind, sodass auch deren LeistungseinschÃ¤tzung zu hinterfragen wÃ¤re.

Vor dem Hintergrund der Verkennung der rechtlichen PrÃ¼fungsmaÃstÃ¤be kann die Auseinandersetzung der SachverstÃ¤ndigen E1 mit den Vorgutachten nicht Ã¼berzeugen, sodass diese nicht geeignet ist, diese inhaltlich in Frage zu stellen. Ausgehend von ihrem monokausalen VerstÃ¤ndnis greift die SachverstÃ¤ndige nur einzelne Aspekte aus den Vorgutachten heraus, die sie ohne BerÃ¼cksichtigung des Zusammenhangs und des jeweils argumentativen Gedankengangs des SachverstÃ¤ndigen in Zweifel ziehen mÃ¶chte.

So hat S1 (vgl. bereits oben) keineswegs die Bedeutung des Unfallereignisses angezweifelt, sondern auf der zweiten Stufe der KausalitÃ¤tsprÃ¼fung dessen (fortbestehende) rechtliche Wesentlichkeit verneint. Auch verkennt sie, dass der SachverstÃ¤ndige in keiner Weise die Vorerkrankungen in Frage gestellt hat, sondern die Aktenlage ausgewertet, die Vorbefunde gewÃ¼rdigt und lediglich darauf hingewiesen hat, dass er in seiner aktuellen Untersuchung keine depressive Symptomatik feststellen konnte. S1 ist somit seiner Aufgabe als SachverstÃ¤ndiger gerecht geworden, die Aktenlage und die Vorbefunde aus fachlicher Sicht zu bewerten und die so gewonnenen Erkenntnisse in Bezug zu den eigenen Untersuchungsergebnissen zu setzen.

Ebenso trifft es nicht zu, wenn die SachverstÃ¤ndige E1 behauptet, M3 verwechsele in seinen beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahmen Folgen und Ursachen der psychischen StÃ¶rungen. Vielmehr sind auch dessen AusfÃ¼hrungen an der zweistufigen KausalitÃ¤tsprÃ¼fung ausgerichtet und entsprechen den rechtlichen MaÃstÃ¤ben.

Nachdem dem SachverstÃ¤ndigengutachten aus tatsÃ¤chlichen und rechtlichen GrÃ¼nden somit nicht gefolgt werden kann, kommt es auf ihre diagnostische Einordnung ebenso wenig an, wie auf ihre rechtliche Beurteilung der MdE. Es kann deshalb dahinstehen, ob die von ihr gewÃ¤hlte Diagnose in der ICD-11 noch enthalten ist oder nicht, da die SachverstÃ¤ndige von unzutreffenden AnknÃ¼pfungstatsachen ausgeht. Die EinschÃ¤tzung der MdE kann aber auch deshalb nicht Ã¼berzeugen, weil das AusmaÃ der BeeintrÃ¤chtigungen der KlÃ¤gerin nicht verifiziert worden ist und aus der GewÃ¤hrung einer Rente wegen Erwerbsminderung keine RÃ¼ckschlÃ¼sse auf die MdE gezogen werden kÃ¶nnen.

Die Beklagte hat daher zu Recht einen Anspruch auf Verletztenrente verneint.

Aus Vorstehendem folgt gleichzeitig, dass die KlÃ¤gerin keinen Anspruch auf Verletztengeld nach Â§Â§ 44 ff. SGB VII hat, da eine weitergehende unfallbedingte ArbeitsunfÃ¤higkeit nicht bestanden hat. Diese ist vielmehr durch unfallabhÃ¤ngige Erkrankungen bedingt gewesen, wie sich zum einen aus den dokumentierten Befunden sowie aus den Ã¼berzeugenden AusfÃ¼hrungen des L1 ergibt, dass die verbliebenen Unfallfolgen einer beruflichen TÃ¤tigkeit nicht entgegenstehen. Diesen hat sich S1 ausdrÃ¼cklich angeschlossen.

Ebenso besteht kein weitergehender Anspruch auf Heilbehandlung (vgl. Â§Â§ 26 ff. SGB VII). Es kann daher dahinstehen, dass der Anspruch auf Heilbehandlung als Sachleistungsanspruch ausgestaltet und deshalb einem Grundurteil (vgl. Â§ 130 SGG) nicht zugÃ¤nglich ist. Einen Kostenerstattungsanspruch hat die KlÃ¤gerin nicht geltend gemacht, abgesehen davon, dass die Behandlungskosten nach dem eigenen Bekunden der KlÃ¤gerin wohl Ã¼berwiegend durch die Krankenkasse getragen worden sind. Inwieweit entsprechende AntrÃ¤ge bei der Beklagten Ã¼berhaupt gestellt worden sind bzw. fÃ¼r diese ein unfallbedingter Behandlungsbedarf erkennbar geworden ist, was Ã¼berhaupt erst einen Kostenerstattungsanspruch auslÃ¶sen vermag, kann somit dahinstehen.

Weiterer Ermittlungsbedarf hat nicht bestanden. Der Sachverhalt ist durch die durchgefÃ¼hrten Ermittlungen vollstÃ¤ndig aufgeklÃ¤rt. Einer ergÃ¤nzenden Befragung der SachverstÃ¤ndigen E1 bedurfte es nicht, den entsprechenden Antrag der KlÃ¤gerin hat der Senat abgelehnt. Die aufgeworfenen Fragen sind von der SachverstÃ¤ndigen bereits beantwortet worden, die von der Beklagten erhobenen EinwÃ¤nde sind eine Wiedergabe der Darlegungen des SachverstÃ¤ndigen S1, mit denen sich die SachverstÃ¤ndige E1 bereits auseinandergesetzt hat. Entsprechendes gilt fÃ¼r ihre diagnostischen Ãberlegungen, insoweit hat sie die Abweichungen ebenfalls bereits begrÃ¼ndet. Inwieweit dies inhaltlich Ã¼berzeugen kann, ist eine Frage der BeweiswÃ¼rdigung durch den Senat. Letztlich hat sie ihre EinschÃ¤tzung zur HÃ¶he der MdE bereits begrÃ¼ndet und diese Frage damit auch beantwortet. Hierauf kommt es aber deshalb nicht entscheidungserheblich an, weil es sich bei der EinschÃ¤tzung der MdE um eine rechtliche und nicht um eine medizinische Frage handelt, die dem Senat obliegt. Vorstehendes hat sich durch die von der KlÃ¤gerin selbst veranlasste ergÃ¤nzende Stellungnahme der SachverstÃ¤ndigen bestÃ¤tigt, die darin in erster Linie bekundet hat, zu den aufgeworfenen Fragen bereits ausfÃ¼hrlich Stellung genommen zu haben.

Die Berufung konnte daher keinen Erfolg haben und war zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde, die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben, da die Voraussetzungen des Â§ 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.

Â

Erstellt am: 07.05.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024