

Unfallversicherungsrechtlich relevant ist ein Gesundheitsfolgeschaden nur dann, wenn er sicher feststeht, d.h. im Vollbeweis gesichert ist. Hierbei ist eine exakte Diagnose der Krankheit nach einem der international anerkannten Diagnosesysteme (ICD 10 oder DSM-IV – TR) zu stellen.

Diese setzen bei einer posttraumatischen Belastungsstörung insbesondere die Konfrontation mit einem extrem traumatischen Ereignis voraus.

Bei einer Dysthymia oder Anpassungsstörung spricht es gegen einen ursächlichen Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall, wenn zwischen dem Unfall und dem Beginn der erstmaligen psychologischen Behandlung bereits rund 4 Jahre vergangen sind.

§ 8 SGB VII, § 56 SGB VII und § 48 SGB X

Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 27.03.2014 – L 6 U 3992/13 –
Bestätigung des Urteils des SG Mannheim vom 07.08.2013 – S 4 U 4359/11 –

Streitig war die Feststellung (weiterer) **Unfallfolgen aus dem psychologischen Bereich** sowie die Gewährung einer höheren Versichertenrente.

Der Kläger war ab Mitte 2006 nach einer Zeit der Arbeitslosigkeit in einem befristeten Arbeitsverhältnis als Hausmeistergehilfe beschäftigt und **stürzte** im November 2006 während der Arbeit aus ca. 3 Meter Höhe **von einer Leiter**, wobei er sich eine **Schädelprellung** und schwere **Beinverletzungen** zuzog. Das Arbeitsverhältnis endete aus betrieblichen Gründen Mitte 2007.

Die Beklagte gewährte dem Kläger Versichertenrente nach einer MdE von 20 v.H. und lehnte 2009 eine Rentenerhöhung wegen **Verschlimmerung der Unfallfolgen** im psychologischen Bereich ab. Widerspruch und Klage blieben ohne Erfolg.

Das LSG hat die Berufung gegen das klageabweisende Urteil zurückgewiesen.

Der Kläger habe keinen Anspruch auf Feststellung einer Störung auf psychiatrischem Fachgebiet, z.B. einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) als weitere Unfallfolge und Gewährung einer höheren Rente. Insbesondere sei keine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen gemäß § 48 SGB X eingetreten (vgl. Rz. 33). Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme könne bei dem Kläger keine entsprechende Störung auf den Arbeitsunfall zurückgeführt werden. Unfallversicherungsrechtlich relevant sei ein **Gesundheitsfolgeschaden** nämlich nur dann, wenn er sicher feststehe, d.h. im **Vollbeweis** gesichert sei. Hierfür sei eine exakte Diagnose der Krankheit nach einem der **international anerkannten Diagnosesysteme** zu stellen (s. BSG-Urteil v. 15.05.2012 – B 2 U 31/11 R – [\[UVR15/2012 S. 993\]](#); vgl. Rz. 44). Nach ICD-10 F 43.1 entsteht eine PTBS als Reaktion auf ein belastendes Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, „*die bei fast jedem tiefe Verzweiflung hervorrufen würde*“. Nach DSM-IV-TR 309.81 sei das Hauptmerkmal dieser Erkrankung die Entwicklung charakteristischer Symptome nach einem **extrem traumatischen Ereignis** wie einer Situation, die mit dem Tod, der Androhung des Todes oder einer schweren Verletzung einhergehe (Kriterium A1).

Der Arbeitsunfall sei nicht mit dem Erleben einer **vergleichbaren Situation** verbunden gewesen, so dass es schon an den jeweils ersten Voraussetzungen für eine PTBS gemäß den Diagnosesystemen gefehlt habe (vgl. Rz. 46). Im Übrigen seien auch die weiteren Voraussetzungen/Kriterien nicht erfüllt (vgl. Rz. 47). Nach Überzeugung des Senats sei bei dem Kläger auch **nicht in Folge des Arbeitsunfalles** eine depressive Symptomatik bzw. **Dysthymia** eingetreten (vgl. Rz. 51). Gegen einen ursächlichen Zusammenhang spreche schon die fehlende zeitliche Verbindung zwischen dem Arbeitsunfall im Jahr 2006 und der erstmals im Jahr 2010 begonnenen psychologischen Behandlung. Hieraus folge „*das nicht die eigentlichen Unfallfolgen, sondern verschiedene Lebensumstände*“ - vor allem aus dem beruflichen Bereich, wie die Erfahrung der Arbeitslosigkeit - vom Kläger als **psychisch belastend** empfunden würden (vgl. Rz. 57).

Das Landessozialgericht Baden-Württemberg hat mit Urteil vom 27.03.2014 – L 6 U 3992/13 – wie folgt entschieden:

Tatbestand

1

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung weiterer Unfallfolgen sowie die Gewährung einer höheren Verletztenrente streitig.

2

Der am ... 1964 geborene Kläger absolvierte eine Ausbildung zum Metzger. Danach war er vom 25.06.1984 bis zu seiner Eigenkündigung aufgrund Differenzen mit dem Junior-Chef am 31.08.2005 bei einer Firma im Gerüst- und Trockenbau tätig. Nach einer Zeit der Arbeitslosigkeit war der Kläger sodann ab dem 17.07.2006 in einem befristeten Arbeitsverhältnis als Hausmeistergehilfe beschäftigt.

3

Am 15.11.2006 stürzte er während der Arbeit beim Streichen einer Wand aus ca. 3 m Höhe von einer Leiter auf Betonboden, war hinterher wach, ansprechbar und orientiert. Ausweislich des Durchgangsarztberichts vom 16.11.2006 erlitt er dabei eine Schädelprellung mit 0,5 cm großer zentraler Platzwunde mit Prellmarke und Schwellung an der Stirn, eine distale Radiustrümmerfraktur links, eine Os Quadratum-Luxation links, eine laterale Tibiakopfschrägfraktur rechts und eine Platzwunde präpatellar rechts. Er wurde deswegen vom 15.11.2006 bis 05.12.2006 stationär im Kreiskrankenhaus M. behandelt. Dort wurde eine laterale artikuläre Tibiakopffraktur rechts und eine wesentliche Dislokation, eine distale Radiustrümmerfraktur links mit Einstauchung der Gelenke bei stark kontaminierter Haut, eine Schädelprellung mit Kopfplatzwunde und eine Patellalängsfraktur rechts diagnostiziert. Am 15.11.2006 wurde eine geschlossene Reposition und Fixateur externe der distalen Radiustrümmerfraktur links durchgeführt sowie am 22.11.2006 die offene Reposition, Schraubenosteosynthese und Endobonunterfütterung des Knochendefekts. Ebenfalls am 11.11.2006 wurde die arthroskopisch assistierte osteosynthetische Versorgung der lateralen Tibiakopffraktur mittels winkelstabiler Abstützplatte veranlasst. Der Kläger befand sich vom 12.04.2007 bis 16.05.2007 in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. zur erneuten stationären Rehabilitationsbehandlung. Nach einer therapiereduzierten Phase wurde er dort erneut vom 04.06.2007 bis 04.07.2007 behandelt. Ab dem 18.07.2007 führte der Kläger eine Arbeits- und Belastungserprobung bei seinem Arbeitgeber mit 4 Stunden arbeitstäglich durch, ab Mitte August mit 6 Stunden arbeitstäglich. Nachdem der Arbeitgeber des Klägers jedoch mit Kündigungsschreiben vom 16.07.2007 wegen reduziertem Arbeitsanfall das Arbeitsverhältnis zum 31.08.2007 beendete, endete die Arbeits- und Belastungserprobung (Bl. 317 V-Akte, Auskunft des Arbeitgebers vom 09.07.2008, Bl. 322 V-Akte).

4

Dr. J. stellte in einem ersten Rentengutachten vom 08.10.2007 als wesentliche Unfallfolgen eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit des linken Handgelenkes, deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der Unterarmdrehung, Muskelminderung im Bereich des linken Oberarmes, herabgesetzter Knochenkalksalzgehalt im distalen Handgelenk, beginnende Arthrose deformans des Radiocarpalgelenkes, geringe eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Kniegelenkes und Muskelminderung im Bereich des rechten Oberschenkels fest.

Dr. J. schätzte die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch die Verletzungsfolge ab dem 01.09.2007 in Höhe von 20 v. H. (Bl. 234 ff. V-Akte).

5

Mit Bescheid vom 26.10.2007 wurde dem Kläger gestützt hierauf eine Verletztenrente als vorläufige Entschädigung nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 v. H. beginnend am 20.09.2007 gewährt (Bl. 253 V-Akte).

6

Am 28.11.2007 erfolgte im Kreiskrankenhaus M. die Metallentfernung der winkelstabilen Platte proximale Tibia rechts (Bl. 268 V-Akte).

7

Mit Bescheid der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg vom 16.04.2008 wurde ein Antrag des Klägers vom 19.03.2008 auf Rente wegen Erwerbsminderung abgelehnt, da weder eine teilweise noch eine volle Erwerbsminderung vorliege (Bl. 312 f. V-Akte).

8

Am 04.03.2009 erstattete Dr. J. ein zweites Rentengutachten. Dabei gab er an noch bestehenden Unfallfolgen eine eingeschränkte Beweglichkeit des linken Handgelenks, eine eingeschränkte Unterarmdrehfähigkeit, beginnende Arthrose des Radiocarpalgelenkes sowie beginnende arthrotische Veränderung im Bereich des rechten Kniegelenkes an. Er erachtete weiterhin eine MdE in Höhe von 20 v. H. als gerechtfertigt (Bl. 342 ff. V-Akte).

9

Der Beratungsarzt der Beklagten Dr. S. stimmte in seiner Stellungnahme hinsichtlich der Höhe der MdE mit Dr. J. überein, so dass die Beklagte mit Bescheid vom 15.04.2009 anstelle der vorläufigen Entschädigung eine Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 20 v.H. bewilligte. Die Beklagte stellte als Unfallfolgen eine endgradige Bewegungseinschränkung bei der Unterarmdrehung links, eine Bewegungseinschränkung im linken Handgelenk, einen eingeschränkten Faustschluss links, eine Minderung der groben Kraft in der linken Hand und Muskelminderung im Bereich des linken Oberarmes nach Speichenmehrfachbruch links mit Einstauchung der Gelenkfläche sowie eine endgradige Bewegungseinschränkung im rechten Kniegelenk und Muskelminderung im Bereich des rechten Oberschenkels nach Schienbeinkopf- und Kniescheibenbruch rechts fest (Bl. 358 V-Akte).

10

Der hiergegen am 21.04.2009 eingelegte Widerspruch mit dem Ziel einer Verletztenrente nach einer Gesamt-MdE von 30 v. H., wurde mit Widerspruchsbescheid vom 27.05.2009 zurückgewiesen. Die Unterarmdrehfähigkeit sei nur um 10 Grad eingeschränkt, auch unter Berücksichtigung der arthrotischen Veränderungen im rechten Knie ergäbe sich aus den vollständig erfassten Unfallfolgen keine höhere MdE (Bl. 369 f. V-Akte).

11

Hiergegen wurde am 10.06.2009 beim Sozialgericht Mannheim (SG) Klage erhobene (Az.: S 14 U 1882/99) mit dem Begehren der Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von wenigstens 30 v.H. und der Feststellung der Arthrose des Radiocarpalgelenkes sowie der arthrotischen Veränderung des rechten Kniegelenkes als Folgen des Unfalls vom 15.11.2006 erhoben. Von Amts wegen wurde seitens des SG beim Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. B. ein Gutachten eingeholt. Dieser gab als unfallabhängige Diagnosen einen Zustand nach osteosynthetisch versorgter Mehrfragmentfraktur des linken

distalen Radius mit Beteiligung der Radiusgelenkfläche, einen Zustand nach osteosynthetisch versorgter Tibiakopffraktur rechts sowie einen knöchern konsolidierten Kniescheibenbruch rechts an. Die MdE betrage 20 v.H.. Der Kläger berichtete erstmals, dass ihm die Arbeitslosigkeit aufs Gemüt schlage, er habe sich seit dem Unfall sehr verändert.

12

Mit Urteil ohne mündliche Verhandlung vom 10.06.2010 wurde festgestellt, dass eine beginnende Arthrose des Radiocarpalgelenks links sowie beginnende arthrotische Veränderungen im rechten Kniegelenk Folgen des Arbeitsunfalls vom 15.11.2006 sind. Im Übrigen wurde die Klage abgewiesen.

13

Hiergegen wurde vom Kläger am 30.08.2010 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg Berufung eingelegt (L 8 U 4091/10). Zur Begründung wurde unter anderem ausgeführt, es sei erst jetzt ersichtlich geworden, dass der Arbeitsunfall vom 15.11.2006 für den Kläger auch eine posttraumatische Beeinträchtigung der Gesundheit zur Folge habe. Vorgelegt wurde ein Schreiben der Dipl.-Psych. H.-W. vom 11.12.2010, wonach der Kläger am 22.09.2010 eine verhaltenstherapeutische Behandlung mit bislang vier probatorischen Einzelsitzungen begonnen habe. Es habe sich im Rahmen der Verhaltensanalyse ein Zusammenhang zwischen dem Unfallgeschehen und der derzeitigen depressiven Erkrankung ergeben, die sich als rezidivierende depressive Störung mit mittleren und schweren Episoden im Rahmen einer Anpassungsstörung diagnostizieren lasse. Das Unfallgeschehen und die damit verbundenen gravierenden Veränderungen auch durch Behandlungssituationen und das Ausmaß an dauerhaften Behinderungen hätten die Alltags- und Lebensgestaltung insgesamt nachhaltig verändert. Bislang sei es dem Kläger nicht gelungen, die Unfallsituation und daraus resultierende Veränderungen angemessen zu bearbeiten, vielmehr habe er depressiv-resignative „Bewältigungsstrategien“ entwickelt, die dringend psychotherapeutisch behandelt werden müssten. Die körperlichen und psychischen Veränderungen, die nach der Unfallsituation entstanden seien, wirkten sich auch nachteilig auf die gesamte Beziehung und Interaktionsgestaltung aus. Auf Vorschlag des Gerichts wurde sodann am 18.01.2011 ein Vergleich dahingehend geschlossen, dass der Kläger die Berufung zurücknimmt, die Beklagte das Schreiben des Klägers vom 17.12.2010 über das Hinzutreten einer posttraumatischen Beeinträchtigung als Unfallfolge als einen Antrag auf Neufeststellung wegen Verschlimmerung wertet und über die Frage der Anerkennung einer posttraumatischen Beeinträchtigung als weitere Unfallfolge sowie die Höhe der unfallbedingten MdE für die Zeit ab 17.12.2010 einen rechtsmittelfähigen Bescheid erteilt.

14

Die Beklagte forderte daraufhin bei der AOK, der Krankenkasse des Klägers, einen Auszug aus dem Leistungsverzeichnis an (Bl. 517 ff. V-Akte). Danach war er vom 10.01.2005 bis 21.01.2005 wegen einer Neurasthenie arbeitsunfähig. Weiter holte die Beklagte einen Befundbericht der behandelnden Dipl.-Psych. H.-W. ein. Diese gab an vorläufigen Diagnosen eine Traumafolgestörung nach Arbeitsunfall mit rezidivierenden depressiven Episoden und Suizidgedanken (kontrolliert) an. Der Kläger sei leicht aggressiv und verfüge nur über eine geringe Frustrationstoleranz (Bl. 545 ff. V-Akte).

15

Die Beklagte beauftragte sodann Dr. S. mit der Erstattung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens. Dieser diagnostizierte aufgrund der ambulanten Untersuchung am 25.08.2011 auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet Probleme in Verbindung mit der Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit in Verbindung mit der sozialen Umge-

bung, akzentuierte ängstliche Persönlichkeitszüge, Verdacht auf Alpträumstörung sowie eine angegebene Spritzenphobie bzw. Spritzenangst. Den Schweregrad der Störungen erachtete Dr. S. dabei als geringgradig. Es hätten sich kein Anhalt für eine unfallbedingte originäre psychiatrische Erkrankung im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer Anpassungsstörung ergeben. Der Kläger habe selbst einen Verlauf der psychischen Symptomatik entsprechend einem Crescendo-Charakter beschrieben. Als Ursache habe er im Wesentlichen die körperlichen Erkrankungen und auch die soziale Situation angegeben. Es sei von einer erhöhten psychischen Vulnerabilität beim Kläger auszugehen. Hierfür spreche z.B. die Entwicklung einer Spritzenangst, auch habe er auf den Tod des Vaters mit einem Tinnitusleiden reagiert. Es lägen ängstlich-abhängige Persönlichkeitszüge vor. Eine Schadensanlage werde angenommen. Auch würden sich deutliche Hinweise für potentiell wirksame Einflüsse nach dem Unfall ergeben, die dem allgemeinen Lebensrisiko zuzurechnen seien. Der Kläger projiziere seine schwierige soziale Situation auf den Unfall. Er gehe jetzt keiner Arbeitstätigkeit mehr nach. Die Ehefrau habe nach dem Unfall eine Arbeitstätigkeit aufgenommen und sei jetzt Ernährerin der Familie. Der Kläger sei unfallbedingt in seiner körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt. Soziale Folgen eines Unfalls oder einer berufsbedingten Erkrankung, wie der Verlust des Arbeitsplatzes seien nicht entschädigungspflichtig. Ein inhaltlicher Zusammenhang der jetzigen psychischen Symptomatik zu dem Unfallereignis an sich liege nicht vor. Es seien insbesondere nicht die Diagnosekriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt. Hier sei primär bereits das Traumakriterium nicht erfüllt. Vielmehr habe es sich um ein nicht ungewöhnliches Unfallereignis mit Aussicht auf vollständige Wiederherstellung der Gesundheit gehandelt. Auch fehle es am Vermeiden, der Kläger steige weiterhin auf Leitern. Auch sei anzuführen, dass Therapiebemühungen erst praktisch 3 Jahre nach dem Unfallereignis getroffen worden seien. Aus rein neurologisch-psychiatrischer Sicht bestehe weder eine Arbeitsunfähigkeit noch eine Behandlungsbedürftigkeit. Die MdE auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet liege entsprechend bei null (Bl. 570 ff. V-Akte).

16

Mit Bescheid vom 26.09.2011 wurde eine Rentenerhöhung abgelehnt. Die Verhältnisse hätten sich nicht wesentlich geändert. Unfallbedingte psychiatrische Gesundheitsbeeinträchtigungen hätten nicht nachgewiesen werden können (Bl. 600 V-Akte).

17

Der hiergegen am 04.10.2011 eingelegte Widerspruch wurde im Wesentlichen damit begründet, dass bei dem Kläger unter Berücksichtigung der Ausführungen der behandelnden Psychologin eine posttraumatische Belastungsstörung vorliege, obwohl das Unfallereignis in der vorliegenden Form wohl keinen typischen Auslöser darstelle. Unter Berücksichtigung von Ausführungen in der S3-Leitlinie zeige der Kläger, wie sich auch aus den Feststellungen des Dr. S. herleiten lasse, das syndromale Störungsbild einer posttraumatischen Belastungsstörung. Er habe die sich aufdrängenden belastenden Gedanken und Erinnerungen an das Trauma geschildert, sowie Erregungssymptome, Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit. Es sei unverändert davon auszugehen, dass die beim Kläger vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen auf psychologischem Fachgebiet unfallabhängig seien und sich damit hinsichtlich der Verletztenrente erhöhend auswirkten.

18

Mit Widerspruchsbescheid vom 13.12.2011 wurde der Widerspruch zurückgewiesen. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, Dr. S. habe gutachtlich schlüssig nachweisen können, dass keine psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen unfallbedingt vorliegen würden. Es fehlten jegliche Brückensymptome seit dem Unfall bis zur erstmaligen verhaltenstherapeutischen Sitzung am 22.09.2010, die erklären könnten, dass es unfallbedingt zu einem posttraumatischen Belastungssyndrom oder zu einer psychischen Anpassungsstörung gekommen sei. Bei einer posttraumatischen Belastungsstörung würden entsprechende Beschwerden wie Alpträume usw. zeitnah nach dem Unfall auftreten. Bis zum Verfahren vor dem Landessozialgericht Baden-Württemberg habe der Kläger nie gegenüber Ärzten und auch nicht im Klageverfahren von psychischen Beeinträchtigungen berichtet. Es sei bis zum 22.09.2010 auch keine psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen worden. Bezogen auf die posttraumatische Belastungsstörung fehle es auch an einem geeigneten Unfallereignis, das so gravierend gewesen sei, eine posttraumatische Belastungsstörung zu verursachen. Dr. S. habe schlüssig herausarbeiten können, dass die psychischen Beeinträchtigungen in Verbindung stünden mit Problemen mit der Berufstätigkeit und der Arbeitslosigkeit, der sozialen Umgebung und im Zusammenhang mit einer vorbestehenden akzentuierten ängstlichen Persönlichkeitsstruktur.

19

Hiergegen hat der Kläger am 21.12.2011 erneut beim Sozialgericht Mannheim (SG) Klage erhoben und zur Begründung auf die Widerspruchsbegründung Bezug genommen. Auf Antrag des Klägers ist Dr. L. nach § 109 SGG mit der Erstellung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens, mit zusätzlicher psychologischer Testung durch Dipl.-Psych. F., beauftragt worden. Zusammenfassend hat Dipl.-Psych. F. ausgeführt, in sämtlichen durchgeführten Tests zur Abklärung, ob eine posttraumatische Belastungsstörung vorliege, habe der Kläger hohe Ausprägungswerte erreicht. Zudem habe er im explorativen Gespräch deutliche depressive Symptome gezeigt, wobei zu beachten sei, dass komorbide Störungen bei der posttraumatischen Belastungsstörung häufig aufträten. Dr. L. hat unter Berücksichtigung dieser Zusatzbegutachtung bei dem Kläger eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine Dysthymia mit rezidivierenden depressiven Episoden (zum Zeitpunkt der psychologischen Untersuchung mittelgradig ausgeprägt: Depressiv mit Müdigkeit und Energieminderung, Interessenverlust, negativen Gedanken, Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen) diagnostiziert. Die Einschätzung, die Ereignisse als so ausgeprägt anzusehen, dass sie als Auslöser einer posttraumatischen Belastungsstörung dienen könnten, setze einen „individuellen Faktor“ voraus. Bei dem Kläger sei diese individuell erhöhte Empfindlichkeit anzunehmen. Die festgestellten Gesundheitsstörungen wären nicht ohne den Unfall vom 15.11.2006 eingetreten. Hierfür spreche, dass die insbesondere testpsychologisch festgestellte Symptomatik als Traumafolge eingetreten und hinsichtlich der depressiven Störung eine solche für die Zeit vor dem Unfallereignis nicht berichtet worden sei. Der bislang verzögerte Behandlungsverlauf sei auch Folge der eingeschränkten Bewältigungsmechanismen des Klägers. Für den Unfallzeitpunkt könnten keine zusätzlichen Belastungspunkte abgegrenzt werden, so dass davon auszugehen sei, dass er zum Zeitpunkt des Unfalls nicht so vulnerabel für die Entwicklung einer psychischen Störung gewesen sei, dass ein alltäglich vorkommendes Ereignis die jetzt nach dem Unfallereignis bestehenden Erscheinungen in etwa derselben Zeit verursacht hätte. Dr. L. erachte eine MdE von 30 hierfür für angemessen. Es sei zu berücksichtigen, dass die depressive Symptomatik wechselnd ausprägt sei und immer wieder einen mittelgradigen Schweregrad erreiche. Die Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung sei mäßig aus-

geprägt. Im Zusammenwirken beider Störungsanteile sei die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit insgesamt aber deutlich eingeschränkt, besonders hinsichtlich der sozial-kommunikativen Möglichkeiten. Insbesondere die depressive Symptomatik sei immer wieder wechselnd. Eine Staffelung nach Zeiträumen sei nicht wirklich möglich. Der von der Persönlichkeit getragene Anteil an der Entwicklung der psychischen Symptomatik und der verzögerten Bewältigung der Problematik sei mit ca. 50 v. H. anzusetzen. Der Kläger versorge überwiegend den 3-Personen-Haushalt, kümmere sich täglich um seine Mutter und betreibe eine Hasenzucht. Er sei freundlich zugewandt in ausgeglichener Stimmung bei lebhaftem Antrieb, guter Konzentrationsfähigkeit und regelrechter Auffassungsgabe gewesen.

20

Seitens der Beklagten ist gegen das Gutachten von Dr. L. vorgebracht worden, es fehle eine überzeugende wissenschaftliche Begründung, weshalb trotz jeglicher fehlender Brückensymptome seit dem Unfall bis zur erstmaligen verhaltenstherapeutischen Sitzung am 22.09.2010 jetzt im Nachhinein von einer posttraumatischen Belastungsstörung mit entsprechenden Anpassungsstörungen auszugehen sei. Wenn Dr. L. argumentiere, dass durch die körperlichen Unfallfolgen zunächst psychische Beeinträchtigungen überlagert worden seien, so sei das nicht nachvollziehbar. Bei einer posttraumatischen Belastungsstörung handele es sich um ein derart gravierendes Krankheitsbild, das so auffällige gesundheitliche Reaktionen zeige, dass dies den behandelnden Ärzten nach dem Unfall hätte auffallen müssen. Auch sei, wenn eine derartige psychische Belastung nach dem Unfall eingetreten wäre, eine entsprechende Behandlung notwendig. Insgesamt bestehe nach wie vor die Auffassung, dass durch den Unfall keine psychischen Beeinträchtigungen ausgelöst worden seien, die sich bei der MdE erhöhend auswirkten. Die festgestellte MdE von 20 v.H. werde nach wie vor für zutreffend gehalten.

21

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts hat das SG bei Prof. Dr. D. von Amts wegen ein psychiatrisches Gutachten eingeholt. Aufgrund der ambulanten Untersuchung am 28.03.2013 hat Prof. Dr. D. angegeben, eine depressive Verstimmung oder eine Affektlabilität seien im Querschnitt nicht ersichtlich gewesen, im Längsschnitt seien jedoch eigenanamnestisch Stimmungsschwankungen mit erhöhter Reizbarkeit berichtet worden. Der Antrieb erscheine auch in Berücksichtigung des Tagesablaufs regelrecht, werde aber vom Kläger als gemindert wahrgenommen. Im Gesamteindruck hätten sich Hinweise auf eine rigide, leicht zwanghafte Persönlichkeitsstruktur ergeben. Aufgrund des bisherigen biographischen Werdegangs seien die Kriterien einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung bei uneingeschränkt erhaltener Schwingungsfähigkeit, ausgeglichener und munterer Stimmungslage und sehr lebhafter Mimik und Gestik, auch der linken Hand, aber nicht erfüllt. Aufgrund des klinischen Eindrucks sei eine Aggravationsneigung zu diskutieren. Bei dem psychologischen Testverfahren hätten die Werte des strukturierten Fragebogens simulierter Symptome einen Hinweis auf Aggravation psychischer Beschwerden in sämtlichen psychopathologischen Bereichen außer psychotischen Störungen in Übereinstimmung mit dem klinischen Eindruck ergeben. Beim Test auf Memory Malinger (TOMM-Test) sprächen die Ergebnisse für eine Aggravation der geklagten Gedächtnisdefizite. Zusammenfassend habe der psychische Untersuchungsbefund keine schweren Auffälligkeiten ergeben bei Hinweisen auf Durchschlafstörungen und Grübelneigung über die aktuelle Lebenslage und eine rigide zwanghafte Persönlichkeitsstruktur ohne Krankheitswert. Eine angstbezogene Symptomatik habe nicht bestanden. Auf psychiatrischen Gebiet bestehe gegenwärtig keine Diagnose, insbesondere keine posttraumatische Belastungsstörung

oder eine affektive Erkrankung. Es sei bereits das A-Kriterium nicht erfüllt. Da die obligaten Traumakriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung fehlten, erübrige sich die Diskussion der weiteren Symptome, da diese alle völlig unspezifisch seien und hinsichtlich ihrer Validität kaum zu überprüfen. Die erhebliche zeitliche Latenz zum Unfall sei für eine posttraumatische Belastungsstörung ein ausgesprochen untypischer Verlauf. Aufgrund der berichteten Schlafstörung und der Reizbarkeit könne trotzdem von einer erhöhten psychischen Sensibilität und Erregung ausgegangen werden, wobei es sich um völlig unspezifische Symptome handele. Das gleichzeitige Vorhandensein der B, C und D-Kriterien innerhalb der ersten 6 Monate nach dem Arbeitsunfall sowie später könne sicher verneint werden. Es befänden sich in den Akten mehr als 15 Arztberichte bis 2010, in denen gar keine Beschwerden im psychischen Bereich festgehalten worden seien. Bei der aktuellen Untersuchung habe bei dem Kläger keine depressive Verstimmung festgestellt werden können. Das Antriebsniveau erscheine in Berücksichtigung des Tagesablaufs regelrecht, keinesfalls gemindert. Hinweise auf eine gesteigerte Ermüdbarkeit hätten sich weder in den eigenanamnestischen Angaben noch während der mehrstündigen Untersuchung ergeben. Aggravationstendenzen müssten in der Gesamtbewertung in Betracht gezogen werden.

22

Mit Urteil vom 07.08.2013 hat das SG die Klage mit der Begründung abgewiesen, derzeit sei beim Kläger keine psychische Beeinträchtigung von Krankheitswert festzustellen. Dies ergebe sich aus den Gutachten von Prof. Dr. D. sowie von Dr. S.. Der entgegenstehenden Beurteilung des Gutachters Dr. L. mit dem Zusatzgutachten von Dipl.-Psych. F. könne sich die Kammer nicht anschließen, da diese die Angaben und Schilderungen des Klägers unkritisch und ohne sie zu verifizieren übernommen hätten. Demgegenüber habe Prof. Dr. D. nachvollziehbar und schlüssig geschildert, dass beim Kläger eine erhebliche Aggravationsneigung festzustellen gewesen sei. Vor diesem Hintergrund komme Prof. Dr. D. schließlich zum Ergebnis, dass die Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung allesamt nicht erfüllt seien. Selbst wenn man annehme, dass der Arbeitsunfall vom 15.11.2006 mit außergewöhnlicher Bedrohung einhergegangen sei oder katastrophentypigen Ausmaßes gewesen sei, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (sogenanntes A1-Kriterium), was nach Auffassung des Gerichts schon äußerst zweifelhaft sei, lägen zumindest die Kriterien A2 bis E beim Kläger nicht vor. Prof. Dr. D. habe nachvollziehbar ausgeführt, dass auch die gegenwärtig gezeigten Symptome völlig unspezifisch und aufgrund des anzunehmenden Aggravationsverhaltens kaum zu überprüfen seien. Die Beschwerden seien nicht innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis aufgetreten. Der Kläger habe sich wegen psychischer Beeinträchtigungen erstmals im September 2010 behandeln lassen. Für die Zeit vorher fehlten jegliche Brückensymptome. Die Schilderungen des Klägers entsprächen einer real vorliegenden Intrusion oder Flashback in keiner Weise. Auch das Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen über das traumatische Ereignis sowie Aktivitäten, Situationen oder Personen, die die Erinnerung daran wachriefen habe nicht verifiziert werden können. Dem Gutachten von Dr. L. könnte nicht gefolgt werden. Er habe nicht die Möglichkeit beachtet, dass Aggravationsverhalten vorgelegen haben könne. Darüber hinaus bestehe eine Diskrepanz zwischen den erstellten psychopathologischen Befunden und den gestellten Diagnosen. Auch lasse dieser außer Betracht, dass auch bei der Annahme eines individuellen Faktors die weiteren Kriterien für die Anerkennung einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht objektivierbar seien. Er habe sich nicht mit den einzelnen Kriterien auseinandergesetzt.

23

Gegen das am 30.08.2013 zugestellte Urteil hat der Kläger am 12.09.2013 beim Landesozialgericht Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Zu deren Begründung hat er darauf verwiesen, dass die Einschätzung von Prof. Dr. D., bei dem Kläger lägen auf psychiatrischem Fachgebiet keine Gesundheitsstörungen vor, voll umfänglich allen bisherigen eingeholten medizinischen Stellungnahmen und Gutachten widerspreche. Es fehle somit an einer substantiierten Auseinandersetzung von Prof. Dr. D. mit der Fragestellung, ob beim Kläger eine depressive Erkrankung, die sich als rezidivierende depressive Störung mit mittleren und schweren Episoden im Rahmen einer Anpassungsstörung darstelle, vorliege sowie ob diese auf das Unfallgeschehen zurückzuführen sei. Soweit Prof. Dr. D. die aufgezeigte psychische Problematik als „Verbitterungs-Syndrom“ verstehe, sei nicht ersichtlich, weshalb dieses nicht unfallbedingt mit eigenem Krankheitswert bestehen solle. Nachdem sich das erstinstanzliche Urteil vollumfänglich auf das psychiatrische Gutachten des Prof. Dr. D. stütze, dieses jedoch nicht überzeugen könne, sei es erforderlich, ein Zweitgutachten von Amts wegen einzuholen.

24

Der Kläger beantragt (teilweise sinngemäß),

25

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 7. August 2013 und den Bescheid der Beklagten vom 26. September 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Dezember 2011 aufzuheben, eine Störung auf psychiatrischem Fachgebiet als Folge des Arbeitsunfalls vom 15. November 2006 festzustellen und die Beklagte zu verurteilen, eine Verletztenrente nach einer höheren MdE zu gewähren.

26

Die Beklagte beantragt,

27

die Berufung zurückzuweisen.

28

Sie hat zur Begründung geltend gemacht, eine posttraumatische Belastungsstörung sei im Vollbeweis nicht bewiesen. Im Vergleich zu dem Gutachten des Dr. L. seien die Gutachten von Dr. S. und Prof. Dr. D. als überzeugender zu werten. Nach den Beweisgrundsätzen in der gesetzlichen Unfallversicherung sei auch eine Anpassungsstörung unter anderem im Sinne einer Depression unfallbedingt nicht nachgewiesen. Es fehlten auch hier die Brückensymptome, um schlüssig einen Unfallzusammenhang bejahen zu können.

29

Die frühere Berichterstatterin hat die Sach- und Rechtslage mit den Beteiligten am 17.12.2013 erörtert. Der Kläger hat dabei insbesondere mitgeteilt, er sei seit dem 22.09.2010 bei Frau H.-W. in Behandlung und gehe dort alle 14 Tage hin. Die Behandlung dauere noch an, Medikamente nehme er keine. Er habe sich dort in Behandlung begeben, da er gemerkt habe, dass er immer ruhiger geworden sei, keine Freunde mehr habe und sich immer weiter zurückziehe. Er gehe davon aus, dass dies mit dem Unfall zusammenhänge, da er früher viel fröhlicher gewesen und auch auf Feste gegangen sei. Nach dem Unfall habe er sich immer weiter verkrochen, beschäftige sich nun mit der Hasenzucht und Rätselraten.

30

Die Beteiligten haben in dem Erörterungstermin einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

31

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die vorgelegten Behördenakten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die Gerichtsakte des Sozialgerichts Mannheim S 14 U 1882/09 verwiesen.

Entscheidungsgründe

32

Die nach den §§ 143 und 144 SGG statthafte und nach § 151 Abs. 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden hat (§ 124 Abs. 2 SGG), ist zulässig, aber unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 07.08.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.12.2011 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

33

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung einer Störung auf psychiatrischem Fachgebiet, insbesondere einer posttraumatischen Belastungsstörung, als weitere Folge des Arbeitsunfalls vom 15.11.2006 sowie auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von über 20 v. H..

34

Die Abänderung von Verwaltungsakten wegen einer Gesundheitsverschlechterung richtet sich nach § 48 Abs. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt (§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X). Die Feststellung einer wesentlichen Änderung setzt einen Vergleich der Sach- und Rechtslage bei Erlass des aufzuhebenden Verwaltungsaktes und im Zeitpunkt der Überprüfung voraus. Diese Vorschrift wird für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung durch § 73 Abs. 3 SGB VII spezifisch ergänzt. Danach ist eine Änderung i. S. des § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X hinsichtlich der Feststellung der Höhe der MdE nur wesentlich, wenn sie mehr als 5 v. H. beträgt.

35

Bezogen auf den Bescheid der Beklagten vom 15.04.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.05.2009 liegt weder eine wesentliche rechtliche Änderung noch eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen vor. Insbesondere sind keine weiteren Unfallfolgen festzustellen und eine Verschlechterung unfallbedingter Gesundheitsstörungen ist nicht eingetreten.

36

Rechtsgrundlagen für die Feststellung weiterer Unfallfolgen sowie die Gewährung von Verletztenrente sind die §§ 7, 8 und 56 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII).

37

Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (§ 7 Abs. 1 SGB VII). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer

den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen (§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente (§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII), das heißt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

38

Nach § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII haben die Versicherten gegen den zuständigen Unfallversicherungsträger einen Anspruch auf Feststellung einer Unfallfolge, wenn ein Gesundheitsschaden durch den Gesundheitserstschaden eines Versicherungsfalles oder infolge der Erfüllung eines Tatbestandes des § 11 SGB VII rechtlich wesentlich verursacht wird (BSG, Urteil vom 15.05.2012 - B 2 U 31/11 R -, NZS 2012, 909).

39

Für die Feststellung eines Arbeitsunfalls und von Unfallfolgen ist erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer beziehungsweise sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem Unfallereignis als einem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkendem Ereignis geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität). Erforderlich ist für die Gewährung einer Verletztenrente, dass länger andauernde Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens entstanden sind (haftungsausfüllende Kausalität) und eine hierdurch bedingte MdE um mindestens 20 v. H. erreicht wird (vgl. BSG, Urteil vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 17; BSG, Urteil vom 17.02.2009 - B 2 U 18/07 R -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 31). Erforderlich für die Gewährung einer höheren Verletztenrente ist, dass eine unfallbedingte Gesundheitsverschlechterung vorliegt.

40

Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Art und das Ausmaß des Unfallereignisses, der Gesundheitserstschaden und die hierdurch verursachten länger andauernden Unfallfolgen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit (Vollbeweis) nachgewiesen werden. Lässt sich ein Nachweis nicht führen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten.

41

Für die haftungsbegründende Kausalität, welche nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen sind, ist grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht, so dass auf diesen Grad der Wahrscheinlichkeit vernünftiger Weise die Entscheidung gestützt werden kann und ernste Zweifel ausscheiden. Dabei ist auf einer ersten Prüfungsstufe zu fragen, ob der Versicherungsfall eine naturwissenschaftlich-philosophische Bedingung für den Eintritt der Gesundheitsstörung ist. Dabei ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nach den einschlägigen Erfahrungssätzen nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel. Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall

hat anhand des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen. Die Kausalitätsbeurteilung hat dabei auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Dies schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen (BSG, Urteil vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R -, a.a.O.). Wenn festzustellen ist, dass der Versicherungsfall in diesem Sinne eine (von möglicherweise vielen) Bedingungen für den Erfolg ist, ist auf der ersten Prüfungsstufe weiter zu fragen, ob es für den Eintritt des Erfolgs noch andere Ursachen im Sinne der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie gibt; das können Bedingungen aus dem nicht versicherten Lebensbereich wie z.B. Vorerkrankungen, Anlagen, nicht versicherte Betätigungen oder Verhaltensweisen sein. Erst wenn sowohl der Versicherungsfall als auch andere Umstände als Ursache des Gesundheitsschadens feststehen, ist auf einer zweiten Prüfungsstufe rechtlich wertend zu entscheiden, welche der positiv festzustellenden adäquaten Ursachen für die Gesundheitsstörung die rechtlich „Wesentliche“ ist (BSG, Urteil vom 15.05.2012 - B 2 U 31/11 R -, a.a.O.).

42

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung gegebenenfalls in einem oder mehreren Schritten zu prüfende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Dies wird häufig bei einem klar erkennbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, vor allem wenn es keine feststellbare konkurrierende Ursache gibt, kein Problem sein. Aber es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache das angeschuldigte Ereignis eine Ursache ist oder die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellte versicherte Ursache im naturwissenschaftlichen Sinn automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde (BSG, Urteil vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R -, a.a.O.).

43

Unter Zugrundelegung dieser Grundsätze hat der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung einer Störung auf psychiatrischem Fachgebiet als Unfallfolge und auch nicht auf Gewährung einer höheren Verletztenrente.

44

Nach Auswertung der medizinischen Unterlagen, insbesondere des Gutachtens von Dr. S., welches im Wege des Urkundenbeweises verwertet wird, sowie der Gutachten von Prof. Dr. D. und von Dr. L. kann zur Überzeugung des Senats bei dem Kläger keine Störung auf psychiatrischem Fachgebiet, insbesondere keine posttraumatische Belastungsstörung oder Dysthymia oder depressive Episode oder Anpassungsstörung wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückgeführt werden. Unfallversicherungsrechtlich relevant ist ein Gesundheitsfolgeschaden nämlich nur dann, wenn er sicher feststeht, d.h. im Vollbeweis gesichert ist. Hierbei ist eine exakte Diagnose der Krankheit nach einem der international anerkannten Diagnosesysteme zu stellen (BSG, Urteil vom 15.05.2012 - B 2 U 31/11 R -, a.a.O.). Der Senat berücksichtigt die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - 10. Revision - (ICD 10) und das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen - Textrevision - (DSM-IV-TR).

45

Entgegen der Beurteilung durch Dr. L. sind auch zur Überzeugung des Senats bereits die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung nicht erfüllt. Bei der posttraumatischen Belastungsstörung handelt es sich um eine Gesundheitsstörung nach ICD-10 F 43.1 beziehungsweise DSM-IV-TR 309.81.

46

Nach ICD-10 F 43.1 entsteht die posttraumatische Belastungsstörung als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, zum Beispiel zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung über.

47

Nach DSM-IV-TR 309.81 gelten folgende Grundsätze: Das Hauptmerkmal der posttraumatischen Belastungsstörung ist die Entwicklung charakteristischer Symptome nach der Konfrontation mit einem extrem traumatischen Ereignis. Das traumatische Ereignis beinhaltet unter anderem das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat (Kriterium A1). Die Reaktion der Person auf das Ereignis muss intensive Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen umfassen (Kriterium A2). Charakteristische Symptome, die aus der Konfrontation mit der extrem traumatischen Situation resultieren, sind das anhaltende Wiedererleben des traumatischen Ereignisses in Form von wiederholten und aufdringlichen Erinnerungen an das Ereignis (Kriterium B1), von wiederkehrenden, quälenden Träumen, in denen das Erlebnis nachgespielt wird oder in anderer Form auftritt (Kriterium B2), von Erleben von oft als „flashbacks“ bezeichneten dissoziativen Zuständen, während derer einzelne Bestandteile des Ereignisses wieder erlebt werden (Kriterium B3) oder, wenn die Person mit Ereignissen konfrontiert wird, die sie an Aspekte des traumatischen Ereignisses erinnern oder die diese symbolisieren, in Form von intensiver psychischer Belastung (Kriterium B4) oder physiologischer Reaktionen (Kriterium B5). Charakteristische Symptome sind auch die andauernde Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma assoziiert sind, und eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität in der Form, dass die Person im Allgemeinen versucht, Gedanken, Gefühle oder Gespräche über das traumatische Ereignis (Kriterium C1) und Aktivitäten, Situationen oder Personen,

die die Erinnerung an das Ereignis wachrufen (Kriterium C2) absichtlich zu vermeiden, wobei die Vermeidung des Erinnerns die Unfähigkeit mit einschließen kann, sich an einen wichtigen Aspekt des traumatischen Ereignisses zu erinnern (Kriterium C3), oder in Form von verminderter Reaktionsbereitschaft auf die Umwelt, welche üblicherweise sehr bald nach dem traumatischen Erlebnis eintritt (Kriterium C4), eines Gefühls der Isolierung und Entfremdung von Anderen (Kriterium C5) oder einer deutlich reduzierten Fähigkeit, Gefühle zu empfinden (Kriterium C6) oder in der Form, dass betroffene Personen das Gefühl einer eingeschränkten Zukunft haben (Kriterium C7). Charakteristische Symptome sind auch anhaltende Symptome erhöhten Arousal in Form von Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten, die durch wiederholte Alpträume, in denen das traumatische Erlebnis wieder erlebt wird, hervorgerufen werden können (Kriterium D1), Hypervigilanz (Kriterium D4) und übertriebener Schreckreaktion (Kriterium D5), wobei manche Personen über Reizbarkeit oder Wutausbrüche (Kriterium D2) oder Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder Aufgaben zu vollenden (Kriterium D3), berichten. Das vollständige Symptombild muss länger als einen Monat anhalten (Kriterium E) und die Störung muss in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen (Kriterium F). Traumatische Erfahrungen, die direkt erlebt wurden, umfassen insbesondere kriegerische Auseinandersetzungen, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Autounfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit. Hinsichtlich Beginn und Dauer der Symptome wird unterschieden zwischen der akuten posttraumatischen Belastungsstörung (wenn die Dauer der Symptome weniger als drei Monate beträgt), der chronischen posttraumatischen Belastungsstörung (wenn die Symptome drei Monate oder länger andauern) und der posttraumatischen Belastungsstörung mit verzögertem Beginn (wenn mindestens sechs Monate zwischen dem traumatischen Ereignis und dem Beginn der Symptome vergangen sind). Die Symptome, wie beispielsweise verminderte affektive Schwingungsfähigkeit, dissoziative Symptome, somatische Beschwerden, Gefühle der Insuffizienz in Form von Hoffnungslosigkeit, sozialer Rückzug, ständiges Gefühl des Bedrohtseins oder beeinträchtigte Beziehung zu anderen oder Veränderung der Persönlichkeit im Vergleich zu früher beginnen normalerweise innerhalb der ersten drei Monate nach dem Trauma, obwohl sich die Ausbildung der Symptome aber auch um Monate oder sogar Jahre verzögern kann. Die Schwere, Dauer und Nähe der Person bei Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis sind die wichtigsten Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit bestimmen, mit der die Störung sich entwickelt. Es gibt Hinweise, dass soziale Unterstützung, Familienanamnese, Kindheitserfahrungen, Persönlichkeitsvariablen und vorbestehende psychische Störungen die Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung beeinflussen können. Die Störung kann sich auch bei Personen entwickeln, bei denen zuvor keine besondere Auffälligkeit vorhanden war, besonders, wenn es sich um eine besonders extreme Belastung handelt.

48

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze sowie der umfangreichen medizinischen Unterlagen ist der Senat insbesondere in Auswertung der Gutachten von Dr. S. und Prof. Dr. D. nicht davon überzeugt, dass beim Kläger infolge des Arbeitsunfalls eine posttraumatische Belastungsstörung vorliegt und hat sich daher der abweichenden Beurteilung von Dr. L. nicht angeschlossen.

49

Zwar zog der Arbeitsunfall mit der distalen Radiustrümmerfraktur links und der lateralen artikulären Tibiakopffraktur rechts eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit des Klägers nach sich. Es handelte sich dabei aber nicht um das Erleben einer Situation, die mit der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit vergleichbar ist, so dass das Kriterium A1 zur Überzeugung des Senats bereits nicht erfüllt ist. Hierfür genügt nicht jede erlebte Körperverletzung, vielmehr muss es sich dabei um ein Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß handeln, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Darüber hinaus verlangt ein Trauma eine Situation, in der ein Mensch anhaltend, d. h. nicht nur für einige Sekunden, eine schwere Form von Ohnmacht und Hilflosigkeit bei gleichzeitigem Überwältigtwerden von einer anhaltenden schweren Gefahr oder/und Gewalteinwirkung erlebt. Vorliegend handelte es sich hingegen um ein sehr kurzzeitiges Unfallereignis von nur wenigen Sekunden und nicht um eine solche länger andauernde Bedrohungssituation, worauf Prof. Dr. D. zu Recht hingewiesen hat, zumal mit Dr. S. davon auszugehen ist, dass Aussicht auf vollständige Wiederherstellung bestand. Ferner konnte sich der Senat nicht davon überzeugen, dass der Kläger auf dieses Erlebnis mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen reagiert hat, so dass auch das Kriterium A 2 nicht gegeben ist. Es fehlt an jeglichen Hinweisen darauf, dass der Kläger im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis unter psychischen Beschwerden gelitten hat, geschweige denn wegen unfallbedingter psychischer Beschwerden in Form von Angstzuständen, Panikattacken und Depressionen etc. Behandlungen in Anspruch genommen hätte. Wie bereits Prof. Dr. D. in seinem Gutachten ausgeführt hat, befinden sich in den Akten vielzählige Arztberichte, in denen bis ins Jahr 2010 keinerlei Beschwerden im psychischen Bereich festgehalten worden sind. Dabei ist insbesondere beachtenswert, dass auch bei den stationären Aufenthalten des Klägers vom 12.04.2007 bis 16.05.2007 und vom 04.06.2007 bis 05.07.2007 keine Auffälligkeiten des psychischen Befundes geschildert wurden und der Kläger im Anschluss bis zum 31.08.2007 erfolgreich die stufenweise Arbeits- und Belastungserprobung beim Arbeitgeber, bei dem er den Arbeitsunfall erlitten hat, bis zu einer täglichen Arbeitszeit von 6 Stunden durchgeführt hat, ohne dass vom Kläger psychische Einschränkungen geschildert worden sind. Der Kläger hat sich somit der Belastung aussetzen können, wieder am alten Arbeitsplatz tätig sein zu können, was eindrucksvoll unterstreicht, dass es an jeglichem Vermeidungsverhalten fehlt.

50

Der Kläger leidet auch nicht nachvollziehbar an Intrusionen und Flashbacks, so dass auch das B-Kriterium nicht erfüllt ist. In der Gutachtenssituation bei Dr. S. fand sich kein Anhalt für Intrusionen oder ein Wiedererleben des Unfallhergangs. Der Kläger berichtete zwar über belastende Träume bzw. Alpträume, es zeigte sich aber kein Anhalt für Flashbacks im Sinne von Nachhallerlebnissen. Zu Recht hat Prof. Dr. D. darauf verwiesen, dass die vom Kläger geschilderten Symptome alle völlig unspezifisch sind und sich insbesondere bei der Schilderung des Unfallhergangs keine auffallenden physiologischen Reaktionen im Sinne eines vermehrten Schwitzens, eines Zitterns, einer Zunahme der Atemfrequenz, einer Minderung des Sprachtempos oder einer entsprechenden ängstlichen Mimik zeigten, die aber als einzige Symptome einer objektiven Überprüfung zugänglich sind. Ebenso ergab sich kein Anhalt für eine (Teil-)Amnesie hinsichtlich des Unfallgeschehens und der nachfolgenden Versorgung. Eine Interessenverminderung war ebenso wenig wie ein Entfremdungsgefühl oder ein eingeschränkter Affektspielraum erhebbar. Der Kläger war auch

bei seinem Arbeitgeber wieder im Rahmen der Arbeits- und Belastungserprobung tätig und fährt jetzt noch fast täglich am Krankenhaus M. vorbei. Während des TOMM-Tests bei Prof. Dr. D. wurden dem Kläger unter anderem Bilder von einer Leiter und von einem Pinsel mit Farbe vorgelegt. Auch dabei wurden keinerlei Anzeichen von Anspannung, Angst oder Erregung beobachtet. Der Kläger steigt auch weiterhin auf Leitern, z.B. zur Obsternete. Somit fehlt es am Vermeidungsverhalten und ist auch das C-Kriterium nicht erfüllt. Berichtet worden sind Durchschlafschwierigkeiten. Diese sind aber seitens des Klägers selbst in Zusammenhang mit dem Tinnitus und den Schmerzen gesehen worden. Der Kläger hat zwar eine erhöhte Reizbarkeit berichtet. Allerdings ist er mit seiner gegenwärtigen (sozialen) Situation insgesamt unzufrieden, was auch eine erhöhte Reizbarkeit verursachen kann. Im Übrigen lag keine übermäßige Wachsamkeit oder Hypervigilanz vor, ebenso zeigten sich für originäre Konzentrationsschwierigkeiten bei z.B. intrusiven Erinnerungsschüben bei den Begutachtungen durch Dr. S. und Prof. Dr. D. sowie auch bei Dr. L. keine Anhaltspunkte. Der Kläger konnte den Unfallhergang und die weitere Versorgung chronologisch einwandfrei, angemessen und durchaus auch anschaulich schildern. Er arbeitete bei den mehrstündigen Begutachtungen gut und konzentriert mit und zeigte keine Verhaltensauffälligkeiten. Beim TOMM-Test sprachen die Ergebnisse für eine Aggravation der geklagten Gedächtnisdefizite. Daher ist die Testung der Konzentrationsfähigkeit durch Dipl.-Psych. F., die ein geringes Arbeitstempo ergab, nicht verwertbar. Damit ist auch das D-Kriterium nicht erfüllt. Nachdem kein vollständiges Symptombild der posttraumatischen Belastungsstörung gegeben ist, sind auch das E- und F-Kriterium nicht erfüllt. Es ergibt sich aus sämtlichen vorliegenden medizinischen Unterlagen ebenfalls nicht, dass dieses zu irgendeiner Zeit vorgelegen hätte. Auch Dr. L. beschreibt in seinem Gutachten nicht das Vorliegen der Kriterien bei der Begutachtung, sondern gab vielmehr an, der Kläger sei eher lebhaft gewesen, habe fließend und offen zur Vorgeschichte berichtet, immer wieder Vorgänge, bei ausgeglichener Stimmung, guter Konzentrationsfähigkeit und Auffassungsgabe demonstriert. Seine Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung vermag daher auch den Senat nicht zu überzeugen. Diese Diagnose stützt sich im Wesentlichen nicht auf die Ergebnisse seiner Begutachtung, sondern auf die der testpsychologischen Untersuchung durch Dipl.-Psych. F., die ohne zu hinterfragen und auf ihre Aussagekraft zu überprüfen übernommen wurden. Nachdem die Ergebnisse mit dem klinischen Eindruck bei sämtlichen Begutachtungen nicht übereinstimmen und die Werte des strukturierten Fragebogens simulierter Symptome bei der Begutachtung durch Prof. Dr. D. Hinweise auf Aggravation psychischer Beschwerden in sämtlichen pathologischen Bereichen außer psychotischen Störungen ergeben haben, sind die Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchung bei Dipl.-Psych. F. nicht einer Bewertung zugrunde zu legen.

51

Unter Auswertung der umfangreichen medizinischen Unterlagen, insbesondere der Gutachten, ist der Senat ebenfalls nicht davon überzeugt, dass beim Kläger infolge des Arbeitsunfalls eine depressive Symptomatik bzw. Dysthymia vorliegt.

52

Bei der Dysthymia handelt es sich nach der ICD-10-F34.1 um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen.

53

Bei der depressiven Episode leidet der Betroffene nach ICD-10-F32 unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

54

Dr. L. hat in seinem Gutachten bei dem Kläger zwar das Vorliegen einer Dysthymia diagnostiziert. Allerdings ist seine Diagnosestellung bereits in sich widersprüchlich, als eine Dysthymia mit rezidivierenden depressiven Episoden (zum Zeitpunkt der psychologischen Untersuchung mittelgradig ausgeprägt: Depressiv mit Müdigkeit und Energieminderung, Interessenverlust, negative Gedanken, Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen) angegeben wurde. Zum einen ist nach ICD-10-F34.1 eine Dysthymia zu diagnostizieren, wenn auch einzelne Episoden nicht schwer genug sind, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen, so dass eine Dysthymia mit mittelgradigen rezidivierenden depressiven Störungen nach dem Diagnoseschlüssel nicht vorliegen kann. Auch stehen die Angaben zur mittelgradigen rezidivierenden depressiven Episode im Widerspruch zu den Angaben zu dem Kläger in der Anamnese durch Dr. L.. Bei der Untersuchung durch Dr. L. am 13.06.2012 war der Kläger freundlich und zugewandt, wach, bewusstseinsklar, allseits voll orientiert. Mimik und Gestik wirkten natürlich, eher lebhaft, er sprach ausreichend moduliert, berichtete fließend und offen zur Vorgeschichte, immer wieder demonstrierte er Vorgänge. Die Stimmung wirkte ausgeglichen. Er wirkte jedoch bei schwierigen Themen betroffen, war affektiv aber gut aufzulockern. Der Antrieb war lebhaft, die Konzentrationsfähigkeit gut, die Auffassungsgabe war regelrecht. Die Aufmerksamkeit war durchgehend gut. Es ergab sich kein Hinweis für eine produktiv-psychotische Symptomatik oder Ich-Störungen. Er berichtete selbst Kontrollzwänge, zwanghaftes Verhalten war während der Untersuchung nicht abgrenzbar. Das Denken war geordnet, etwas am Konkreten orientiert und einfach strukturiert. Intellektuelle Einbußen zeigten sich nicht. Es ergaben sich keine weiterführenden Hinweise für mnestische Einbußen. Fremdgefährdungen zeigten sich nicht, Selbstverletzungstendenzen waren aktuell nicht anzunehmen. Er berichtete im Zusammenhang mit seiner Lebenssituation auch Lebensüberdruß, aktuell war aber keine erhöhte Suizidalität anzunehmen. Bei der Untersuchung am 12.10.2012 war der Untersuchungsbefund im Vergleich zur ersten Untersuchung im Hinblick auf den psychischen Befund unverändert. Auch bei der ambulanten Untersuchung durch Dr. S. am 25.08.2011 war die Gestik und Mimik sehr lebhaft. Der Kläger war in der Untersuchungssituation auskunftsbereit und kooperativ, es ergab sich kein Anhalt für eine manifeste Simulation oder Dissimulation, im interaktionellen Verhalten war der Kläger freundlich zugewandt und höflich. Es lagen keine Störungen des Bewusstseins, der Orientierung, der Auffassung und der Konzentration vor. Ebenso ließen sich in der Begutachtungssituation keine Gedächtnisstörungen nachweisen. Für eine hirnorganische Symptomatik ergab sich kein Anhalt. Sein Antrieb war angemessen, eine signifikante

Antriebsminderung oder gar psychomotorische Hemmung lag nicht vor. In der Grundstimmung wirkte er ausgeglichen, eine depressive Stimmungslage konnte nicht erhoben werden. Die affektive Resonanzfähigkeit war nicht eingeschränkt. Eine Affektdurchlässigkeit oder -inkontinenz hat nicht vorgelegen. Es zeigte sich auch keine auffällige Affektlabilität. Ebenso ergab sich kein Anhalt für eine emotionale Stumpfheit oder eine Hypervigilanz. Das normale Denken war nicht verlangsamt und es war folgerichtig. Es lagen keine inhaltlichen Denkstörungen, keine Sinnestäuschung oder Ich-Störungen, keine dissoziativen oder somatischen Störungen, vor. Ebenso lag keine endogene zirkadiane Rhythmik der Stimmungslage vor. Auch bei der Begutachtung durch Prof. Dr. D. am 28.03.2013 war der Kläger wach, bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten orientiert, in der Untersuchungssituation kooperativ mit deutlicher Bemühtheit, seine Beschwerden und Situation zu schildern, überwiegend freundlich zugewandt. Er zeigte eine sehr lebhaft Mimik und Gestik und arbeitete bei der Anamneseerhebung sowie Untersuchung über mehr als dreieinhalb Stunden gut und konzentriert. Die Auffassungsfähigkeit war regelrecht, die Gedächtnisleistung in der Explorationssituation unauffällig. Es ergaben sich keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen oder Störungen des Ich-Erlebens. Affektiv war der Kläger zu Beginn der Untersuchung leicht nervös, im Verlauf überwiegend ausgeglichen und munter. Die Schwingungsfähigkeit war uneingeschränkt erhalten. Es ergab sich kein Anhalt für eine Hypervigilanz oder emotionale Taubheit. Eine depressive Verstimmung oder eine Affektlabilität waren im Querschnitt ebenfalls nicht ersichtlich, im Längsschnitt wurden jedoch eigenanamnestisch Stimmungsschwankungen mit erhöhter Reizbarkeit berichtet. Der Antrieb erschien auch in Berücksichtigung des Tagesablaufs regelrecht. Die Psychomotorik war lebhaft, eine erhöhte Anspannung oder Unruhe ließ sich nicht beobachten. Zirkadiane Besonderheiten in Bezug auf die Stimmung wurden nicht geschildert. Aktuelle Suizidideen oder Todeswünsche wurden klar und glaubhaft verneint. Hinweise auf aktuelle Eigen- oder Fremdgefährdung ergaben sich nicht. Im Gesamteindruck ergaben sich Hinweise auf eine rigide, leicht zwanghafte Persönlichkeitsstruktur. Aufgrund des bisherigen geographischen Werdegangs waren die Kriterien einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung aber nicht erfüllt.

55

Zur Überzeugung der Kammer folgt aus diesen übereinstimmenden Angaben der Gutachter nachdrücklich, dass weder das Vorliegen einer depressiven Episode noch einer Dysthymia beim Kläger nachgewiesen ist und keine Störung auf psychiatrischem Fachgebiet vorliegt, auch keine Anpassungsstörung. Soweit Dr. S. ausführt, es hätten sich Hinweise für ängstlich-abhängige Persönlichkeitszüge ergeben und Prof. Dr. D. angab, es hätte sich eine rigide, leicht zwanghafte Persönlichkeitsstruktur gezeigt, stellen diese Angaben (noch) nicht die Diagnose einer Krankheit dar. Prof. Dr. D. hat ausdrücklich angegeben, dass die Kriterien einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt sind. Dr. S. hat nur sogenannte „Z-Diagnosen“ angegeben (ICD-10-Z) die gerade keine Krankheit klassifizieren.

56

Soweit Dr. S. den Verdacht auf eine Alpträumstörung angegeben hat, hat Prof. Dr. D. nachvollziehbar ausgeführt, dass es für eine simulierte Symptomatik spricht, wenn ein immer wiederkehrender völlig gleichartiger Inhalt des Alpträum berichtet wird, wie es beim Kläger der Fall ist. Unter Anbetracht der sonstigen Hinweise auf Aggravation kann daher zur Überzeugung des Senats nicht eine Alpträumstörung als Unfallfolge als nachgewiesen angesehen werden. Insoweit der Kläger an Durchschlafstörungen leidet, kommt dem kein Krankheitswert zu. Im Übrigen hat der Kläger selbst die Durchschlafstörungen bei der Be-

gutachtung durch Dr. S. im Zusammenhang mit dem nicht unfallbedingten Tinnitusleiden und den Schmerzen gesehen. Unfallbedingte Schmerzen aufgrund der orthopädischen Gesundheitsstörungen sind aber bereits von der festgestellten MdE für die orthopädischen Leiden umfasst.

57

Insofern sich die allgemeine Unzufriedenheit des Klägers mit seiner Lebenssituation in seiner psychischen Befindlichkeit niederschlägt, ruft dies nach obigen überzeugenden Ausführungen der Gutachter Dr. S. und Prof. Dr. D. noch keine Gesundheitsstörung hervor. Selbst wenn vom Vorliegen einer Dysthymia oder einer Anpassungsstörung entsprechend der Beurteilung von Dr. L. bzw. Dipl.-Psych. H.-W. ausgegangen würde, wäre zur Überzeugung des Senats hierfür nicht der Arbeitsunfall die wesentliche Ursache. Gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht schon der fehlende zeitliche Zusammenhang zwischen dem sich am 15.11.2006 ereigneten Arbeitsunfall und der erstmals im September 2010 begonnenen Behandlung bei Dipl.-Psych. H.-W.. Während der dazwischen liegenden fast vier Jahre sind zur Überzeugung des Senats auch die wesentlichen Faktoren für die Befindlichkeit des Klägers erst entstanden. Denn seit dem September 2007 ist der Kläger arbeitslos, seine Ehefrau hat hingegen wieder eine Arbeit aufgenommen. Der Lebensentwurf des Klägers als Alleinverdiener bzw. Ernährer der Familie ist in Frage gestellt, wenngleich ihn der Rollentausch nach eigenen Angaben nicht stört. Dies führt für den Kläger auch mit seiner erwachsenen Tochter zu Konflikten, die als Krankenschwester von dem Kläger als beruflich erfolgreich bewertet wird. Der Kläger hat weiter als Grund für seinen sozialen Rückzug angegeben, dass er von seinen Freunden nach dem Unfall sehr enttäuscht gewesen sei. Hieraus folgt, dass nicht die eigentlichen Unfallfolgen, sondern verschiedene Lebensumstände vom Kläger als psychisch belastend empfunden werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass der Kläger bereits im Jahr 2005 auf einen Arbeitsplatzkonflikt dergestalt reagiert hat, dass bei ihm eine Neurasthenie diagnostiziert wurde. Unberücksichtigt bleiben darf ebenfalls nicht, dass diese Situation dazu geführt hatte, dass der Kläger aufgrund Eigenkündigung sein über 20 Jahre bestehendes Arbeitsverhältnis beendet hat und sich hieran bereits eine Zeit der Arbeitslosigkeit angeschlossen hatte und der Kläger zum Zeitpunkt des Arbeitsunfalles nur in einem befristeten Arbeitsverhältnis als Hausmeistergehilfe gestanden hat. Bereits zum Zeitpunkt des Arbeitsunfalles war daher der weitere berufliche Werdegang als sehr offen zu bezeichnen. Soweit der Kläger nunmehr sämtliche derzeitigen - insbesondere sozialen - Probleme als Folge des Unfalles ansieht, entspricht dies nicht der bereits zum Zeitpunkt des Unfalles bestehenden beruflichen Situation.

58

Nachdem somit beim Kläger keine weiteren Unfallfolgen festzustellen sind und auch im Übrigen keine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes vorgetragen wurde, hat der Kläger auch keinen Anspruch auf Gewährung einer höheren Verletztenrente nach § 56 SGB VII.

59

Daher hat die Beklagte mit dem Bescheid vom 26.09.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.12.2011 zu Recht die Feststellung einer Störung auf dem psychiatrischen Fachgebiet als weitere Unfallfolge und die Gewährung höherer Verletztenrente abgelehnt. Die Berufung des Klägers gegen das seine Klage abweisende Urteil des SG war daher zurückzuweisen.

60

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 SGG.

61

Die Revision war nicht zuzulassen, die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.