

Kein Vorliegen einer PTBS mangels objektiven Nachweises der entsprechenden DSM-IV Kriterien.

§§ 8 Abs. 1 S. 1; 56 SGB VII

Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 29.08.2019 – L 16 U 129/16 –
Bestätigung des Urteils des SG Braunschweig vom 02.06.2016 – S 14 U 75/12 –
Vom Ausgang des Revisionsverfahrens beim BSG – B 2 U 9/20 R - wird berichtet

Die Parteien streiten um die Gewährung einer Versichertenrente als Folge eines Arbeitsunfalls vom 18.10.2009. An diesem Tag erlitt der Kläger einen Unfall, zu dessen genauem Hergang er unterschiedliche Darstellungen abgab. Laut D-Arztbericht vom selben Tage war er in die Stranggießanlage geklettert, um dort etwas zu inspizieren. Dabei sei er seitlich von zwei Maschinenteilen eingequetscht worden, die sich eigenständig nach einigen Sekunden gelöst hätten, so dass er sich selbst habe aus der Anlage befreien können. Nach späterer Darstellung sei er bei der Inspektion von einem Gerät getroffen worden, umgefallen und habe von da an eine Erinnerungslücke. Der **D-Arzt stellte als Diagnose eine Fraktur der zwölften Rippe und ein stumpfes Bauchtrauma fest.** Es erfolgte eine **stationäre Behandlung vom 18.-27.10.2009.** Augenärztlich und neurologisch ergaben sich keine behandlungsrelevanten Befunde. Im weiteren Verlauf des Jahres wurde der Kläger psychiatrisch behandelt. Der behandelnde Arzt stellte u. a. eine mittelschwere depressive Entwicklung im Rahmen einer akuten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) fest, welche er als eindeutig im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 18.10.2009 stehend bewertete. Es wurden weitere Behandlungs- und Rehamassnahmen durchgeführt. Auch **weitere Begutachtungen wurden vorgenommen, die zu verschiedensten Ergebnissen kamen.**

Am 02.07.2011 wurde der Kläger in seinem Unfallbetrieb auf eine Tätigkeit als Steuermann in der Produktion umgesetzt und arbeitete seitdem wieder vollschichtig.

Mit Bescheid vom 18.11.2011 lehnte die Beklagte einen Anspruch auf Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 18.10.2009 ab. Als Unfallfolgen wurden eine spezifische Phobie vor der Unfallmaschine und damit einhergehende Ängste vor Enge, dies in schwerer Ausprägung, sowie eine leichte Anpassungsstörung und eine längere depressive Reaktion in leichter Ausprägung, des Weiteren verheilte Knochenbrüche der 7. bis 10. Rippe rechts sowie der 10. Rippe links festgestellt. Die daraus **resultierende MdE betrage 10 v.H.**

Hiergegen erhob J. Widerspruch, später Klage. Nach **Einholung mehrerer Gutachten im Verfahren** wies das SG die Klage ab.

Auf die Berufung bestätigte das LSG die Entscheidung des SG.

Die vom Kläger als Unfallfolge anzuerkennende **posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)** sei **nicht im Vollbeweis nachgewiesen.** Keines der erforderlichen Kriterien nach DSM-IV habe objektiviert werden können. Zwar hätten die Gutachter Dr. U. im Gutachten vom 24.11.2010 und Z. im Gutachten vom 23.10.2013 eine unfallbedingte PTBS bei dem Kläger als vorliegend festgestellt. Deren Gutachten seien aber aus Sicht des LSG nicht stimmig (wird ausgeführt; S 333).

Auch die **somatoforme Schmerzstörung**, die bei B festgestellt worden sei, stünde in keinem Zusammenhang mit dem fraglichen Unfallereignis, da sie nach den Befundberichten bereits deutlich vor dem Arbeitsunfall vorlag.

Letztlich seien die Unfallfolgen vollständig und korrekt vom beklagten Unfallversicherungsträger im Bescheid festgestellt worden. Diese begründeten keine rentenberechtigende MdE.

Hinweis: Siehe in diesem Zusammenhang auch das Urteil des BSG vom 06.10.2020 – B 2 U 10/19 R – [\[UVR 03/2021, S. 110\]](#) in dem das Gericht die Kriterien für den Nachweis einer wesentlichen Änderung bei einer PTBS beschreibt. (D.K.)

Das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen hat mit Urteil vom 29.08.2019 – L 16 U 129/16 – wie folgt entschieden:



Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen



Im Namen des Volkes

Urteil

L 16 U 129/16
S 14 U 75/12 Sozialgericht Braunschweig

Verkündet am: 29. August 2019

A., Justizangestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

In dem Rechtsstreit

B.

– Kläger und Berufungskläger –

Prozessbevollmächtigte:
C.

gegen

Berufsgenossenschaft Holz und Metall, D.

– Beklagte und Berufungsbeklagte –

hat der 16. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen auf die mündliche Verhandlung vom 29. August 2019 in Celle durch die Vorsitzende Richterin am Landessozialgericht E., die Richterin am Landessozialgericht F. und den Richter am Landessozialgericht G. sowie die ehrenamtlichen Richter H. und I. für Recht erkannt:

Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Braunschweig vom 02. Juni 2016 wird zurückgewiesen.

Die Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Gewährung einer Verletztenrente in Folge des Unfallereignisses vom 18. Oktober 2009.

Der im Jahre J. geborene Kläger war im Jahre 2009 bei der K. AG als Schlosser im Bereich einer Stranggießanlage des Stahlwerks tätig. Dort ist er auch nach dem Unfall wieder vollschichtig tätig, jedoch nach durchgeführtem Arbeitsplatzwechsel als Steuermann in der Produktion.

Am 18. Oktober 2009 erlitt der Kläger einen Arbeitsunfall, zu dessen genauen Hergang divergierende Darstellungen vorliegen. Nach dem Durchgangsarztbericht des Prof Dr L. vom 18. Oktober 2009 war der Kläger in die Stranggießanlage geklettert, um dort etwas zu inspizieren. Dabei sei er seitlich von zwei Maschinenteilen eingequetscht worden, die sich eigenständig nach einigen Sekunden gelöst hätten, sodass der Kläger sich dann aus der Anlage selbst habe befreien können. Es bestanden lokale und diffuse Druckschmerzen in Brust und Wirbelsäule, keine neurologischen Defizite. Als Diagnosen wurden eine Fraktur der zwölften Rippe rechts und ein stumpfes Bauchtrauma festgehalten. Im Klinikum M. erfolgte vom 18. bis zum 27. Oktober 2009 eine stationäre Behandlung. Diagnostiziert wurden ein Thoraxtrauma mit Fraktur der 12. Rippe rechts, eine Mediastinalverbreiterung, eine Einblutung im linken Auge, Kribbelparästhesien der Extremitäten. Augenärztlich und neurologisch ergaben sich keine behandlungsrelevanten Befunde. Die Entlassung erfolgte bei subjektiver Beschwerdebesserung.

In dem Bericht des Durchgangsarztes Dr N. vom 30. Oktober 2009 wird ausgeführt, der Kläger habe eine deutliche Erinnerungslücke und wisse nicht, wie er sich aus der Einklemmung befreit habe.

Ab dem 23. November 2009 erfolgte eine Behandlung bei dem Psychiater, Psychotherapeuten und Psychotraumatologen O.. Nach dessen Befundbericht vom 30. November 2009 habe er während der Arbeit eine Anlage kontrollieren sollen und dabei gesehen, dass ein Kübel voll mit Wasser war. Er habe von oben die Anlage kontrolliert, sei dann heruntergegangen und habe den Wasserhahn zuge dreht, damit kein weiteres Wasser in den Kübel hineinfließen solle. Plötzlich sei er von einem Gerät getroffen worden, umgefallen und habe sich von da an nichts mehr erinnern können. Er habe davor nur ein Knacken gehört, habe sein Gerät genommen und eine Meldung machen wollen. Er sei zu sich gekommen und habe gemerkt, dass er keine Luft bekomme. Sein Brustkorb sei von der Maschine gedrückt worden. Wie er den Anlagenort verlassen habe, wisse er nicht. Seine Kollegen seien ihm zur Hilfe geeilt. Geklagt würden starke Schmerzen im Brustbereich, Schlafstörungen, Ängste und sozialer Rückzug. Diagnostiziert

wurde eine mittelschwere depressive Entwicklung im Rahmen einer akuten posttraumatischen Belastungsstörung. Der direkte Zusammenhang zum Unfallereignis sei eindeutig im Sinne einer Kausalität.

Mit weiterem Durchgangsarztbericht vom 18. Januar 2010 schilderte Dr N. fortbestehende Beschwerden im Brustkorbbereich jedes Mal mit unterschiedlicher Lokalisation, die nach seiner Einschätzung eine Somatisierung darstellen würden. Nachdem der Kläger auch gegenüber Dr P. im Q. stift über weitere Brustkorbbeschwerden klagte, wurde am 27. Januar 2010 eine Computertomografie des Thorax durchgeführt. In dem Bericht vom 27. Januar 2010 werden alte, bereits konsolidierte Rippenfrakturen der 7. bis 9. Rippe rechts sowie eine Querfortsatzfraktur der 10. Rippe links beschrieben, daneben degenerative Veränderungen der Brustwirbelsäule. In einem weiteren Rehasprechstundenbericht vom 01. Februar 2010 wird ausgeführt, dass ausgeprägte degenerative Brustwirbelsäulenveränderungen mit schwerster, zum Teil weit ausladender Spondylosis deformans und Arthrose der kleinen Wirbelgelenke bestünden.

In der Zeit vom 23. Februar bis zum 20. April 2010 fand eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik R. in S. statt. Im Aufnahmebericht vom 23. Februar 2010 wird diagnostisch zunächst noch von einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Arbeitsunfall ausgegangen. Demgegenüber wird in dem ausführlichen Entlassungsbericht vom 15. Juni 2010 eine abklingende Anpassungsstörung und ein Zustand nach Rippenserienfraktur der 7. bis 10. Rippe rechts und Querfortsatzfraktur der 10. Rippe links diagnostiziert. Unfallunabhängig seien ua Somatisierungstendenzen und ein rechtsseitiger Tinitus. Zum somatischen Behandlungsverlauf wird ausgeführt, dass der gesamte Aufenthalt des Klägers durch eine Abwahrungshaltung geprägt gewesen sei. Der Kläger habe über ständige Schmerzen in Brust und Brustbeinbereich geklagt, die durch keine Therapie hätten beeinflusst werden können. Auch die passiven Therapien hätten jeweils zur Verstärkung der Schmerzäußerungen geführt. Ein organisches Korrelat habe sich nicht gefunden. Nach dem klinisch-psychologischen Abschlussbericht bestehe eine posttraumatische Symptomatik und eine Anpassungssymptomatik verbunden mit starkem Kränkungsleben und einer deutlichen Somatisierungstendenz vor dem Hintergrund einer erheblichen histrionischen und narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung.

Ab dem 15. Juni 2010 erfolgte eine Wiedereingliederungsmaßnahme, zunächst im zeitlichen Umfang von 4 Stunden pro Werktag.

Aufgrund weiterhin geklagter Beschwerden fand am 30. September 2010 eine weitere Computertomographie des Thorax in der Radiologie T. statt. Nach dem Bericht vom 04. Oktober 2010 bestanden weiterhin Hinweise auf alte knöcherne Verletzungen und mäßige degenerative Veränderungen. Ansonsten ergab sich ein unauffälliger Befund.

Im Auftrag der Beklagten erstattete Dr U. ein psychosomatisches Gutachten. Unter dem 24. November 2010 führte sie aus, dass in der Vorgeschichte ua im Jahre 2000 erstmals ein Fibromyalgie-Syndrom diagnostiziert worden sei. Die seelische Verfassung vor dem Unfall sei sehr gut gewesen. Bei der detaillierten Besprechung des Unfallherganges gab der Kläger an, an den Vorgang des Einquetschens durch die Maschinenteile selbst keine Erinnerungen mehr zu haben. Bei der Symptomschilderung wurden Flashbacks genannt, wobei die entsprechende Symptomatik aber nicht näher ausgeführt wurde. Die Gutachterin diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig ausgeprägt und eine posttraumatische Belastungsstörung.

Für die Beklagte war das Gutachten von Dr U. nicht nachvollziehbar. Nach dem Inhalt der neurologisch-psychiatrischen Stellungnahme des Beratungsarztes Dr V. vom 29. Dezember 2010 habe die Gutachterin keine testpsychologischen Verfahren zur Unterstützung des erhobenen psychischen Befundes eingesetzt. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei nicht nachvollziehbar und die notwendigen Kriterien dafür seien nicht erfüllt. Ferner sei ein Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der somatoformen Schmerzstörung nicht gegeben, denn schon vor dem Unfall hätten körperliche Beschwerden bestanden, die nicht ausreichend organisch begründbar waren, wie etwa das Weichteilrheuma. Insgesamt empfahl Dr V. eine erneute Begutachtung.

Die Beklagte holte das Vorerkrankungsverzeichnis der BKK K. ein. Hieraus ergaben sich Behandlungen im Jahre 1999 wegen eines LWS-Syndroms und rheumatischer Beschwerden, im Jahre 1989 und 1999 wegen eines BWS-Syndroms, im Jahre 2000 und 2001 wegen Rheumatismus und Lumbago, im Jahre 2001 wegen somatoformer Störungen sowie in den Jahren 2001 und 2006 wegen Gelenkschmerzen und schließlich im Jahre 2004 wegen eines idiopathischen Hörsturzes.

Mit einem weiteren Therapiebericht vom 15. April 2011 führt der Psychiater O. aus, dass die Brustschmerzen des Klägers keine organische Ursache hätten. Die Symptomatik habe in den letzten Wochen erheblich zugenommen. Ein Arbeitsplatzwechsel werde empfohlen.

Es erfolgte sodann eine erneute Begutachtung durch die Interdisziplinäre Neuropsychologische Ambulanz in S.. Hierzu erstattete die Diplom-Psychologin W. zunächst am 09. Mai 2011 ein psychologisches Zusatzgutachten mit Exposition am Arbeitsplatz. Bei der Konfrontation mit dem Unfallort habe der Kläger eine Panikattacke erlitten, die physiologisch habe objektiviert werden können. Für das Betriebsgelände selbst und auch für die anderen Anlagen der Eisen gießerei bestehe keine Angstsymptomatik. Die Hauptgutachterin Dr X. führte am 24. Mai 2011

aus, dass als unfallabhängige Diagnose eine spezifische Phobie vor der Unfallmaschine mit einhergehenden Ängsten vor Enge sowie eine leichte Anpassungsstörung, eine längere depressive Episode leichter Ausprägung vorliege. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätze sie mit 10 vH ein. Unfallunabhängig bestünden eine mittelgradig ausgeprägte anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Eine posttraumatische Belastungsstörung liege nicht vor, da die typische Beschwerdesymptomatik nicht bestehe. Ein Arbeitsplatzwechsel wurde empfohlen.

Am 02. Juli 2011 wurde der Kläger auf eine Tätigkeit als Steuermann in der Produktion umgesetzt. Seither arbeitet er wieder vollschichtig.

Mit Bescheid vom 18. November 2011 führte die Beklagte aus, dass wegen der Folgen des Arbeitsunfalles kein Anspruch auf Rente bestehe. Die Erwerbsfähigkeit sei nicht um wenigstens 20 vH gemindert. Der Arbeitsunfall habe zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt in Form einer spezifischen Phobie vor der Unfallmaschine mit damit einhergehenden Ängsten vor Enge, dies in schwere Ausprägung sowie eine leichte Anpassungsstörung und längere depressive Reaktion, leichte Ausprägung, ferner ohne wesentliche Folgen knöchern verheilte Brüche der 7. bis 10. Rippe rechts sowie der 10. Rippe links. Der MdE betrage 10 vH. Hierzu stützte sie sich auf das Gutachten von Dr Y..

Der Kläger erhob ohne weiterführende Begründung Widerspruch, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 07. Mai 2012 als unbegründet zurückwies. Es seien keine neuen Tatsachen vorgetragen oder Unterlagen beigebracht, die eine günstigere Beurteilung zulassen würden. Es bedürfe auch keiner weiteren Einholung eines Gutachtens.

Hiergegen hat der Kläger Klage vor dem Sozialgericht (SG) Braunschweig erhoben. Zur Begründung hat er sich auf die medizinische Einschätzung des behandelnden Psychiaters O. gestützt. Zeitnah zum Unfall habe er eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt, die sich ua in starken Schlafstörungen, Alpträumen, Aufdrängen der Bilder des Unfalls, aggressivem Verhalten, sozialem Rückzug und Depressionen äußerte. Er habe die während des Unfalles erlittenen und tatsächlich gespürten Schmerzen weit weg dissoziiert, weshalb er keinen Zugang mehr dazu habe. Weiterhin sei auf seinen soziokulturellen Hintergrund hinzuweisen, der es ihm nicht erlaube, Schwäche zu zeigen. Er sei verärgert darüber, dass ihm im letzten Gutachten wohl nicht geglaubt würde und die verschiedenen ärztlichen Untersuchungen widersprüchliche Ergebnisse erbracht hätten. Auch die Gutachterin Dr U. habe die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt.

Das SG hat den medizinischen Sachverhalt dezidiert aufgeklärt. Es hat zunächst das Gutachten des Neurologen und Psychiaters Z. vom 23. Oktober 2013 eingeholt. Darin gelangt dieser zu dem Ergebnis, dass unfallabhängig eine posttraumatische Belastungsstörung und eine anhaltende depressive Episode, zurzeit leicht ausgeprägt, vorliegen würden. Nach seiner Würdigung rechtfertige sich eine MdE von 30 vH. Unfallunabhängig bestünden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein HWS- und LWS-Syndrom bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, chronische Spannungskopfschmerzen und der Verdacht auf eine Polyneuropathie unklarer Genese.

Die Beklagte ist dem mit beratungsärztlichen Stellungnahmen des Prof Dr AA. vom 27. November 2013 und vom 17. März 2014 entgegengetreten. Hiernach sei der Gutachter Z. unkritisch den Beschwerden des Klägers gefolgt, ohne deren Glaubwürdigkeit zu überprüfen. Die Diagnosen basierten ausschließlich auf den ungeprüften Behauptungen und nicht auf objektiven Befundtatsachen. Sie seien nicht im Vollbeweis gesichert. Auch seien keine objektiven Funktionseinschränkungen nachgewiesen, die eine MdE begründen könnten. Wahrscheinlich sei auch in der Vergangenheit eine Beschwerdeübertreibung festzustellen. Es würden keine krankhaften Befunde nachgeliefert, um Diagnosen und MdE zu begründen. Eine unfallbedingte psychische Störung liege insgesamt nicht vor und eine MdE sei nicht anzugeben.

Das SG hat die ergänzenden gutachterlichen Stellungnahmen des Neurologen und Psychiaters Z. vom 10. Februar 2014, vom 13. Mai 2014 und vom 11. Juni 2014 eingeholt. Darin bekräftigt der Sachverständige die gefundenen Ergebnisse.

Abschließend hat das SG das Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr AB. vom 05. Januar 2016 nebst Zusatzgutachten des Neuropsychologen Dr AC. vom 01. November 2015 eingeholt. Dieses ist nach Durchführung eines Ortstermins am ehemaligen Arbeitsplatz des Klägers erstattet worden. Die Gutachter gelangen zu dem Ergebnis, dass durch den Unfall eine spezifische Phobie ausgelöst worden sei. Diese sei mit einer MdE von 10 vH zu bewerten. Unfallunabhängig bestünden demgegenüber eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine leichte rezidivierende depressive Störung.

Mit Urteil vom 02. Juni 2016 hat das SG die Klage abgewiesen. Unter eingehender Auseinandersetzung mit den vorliegenden Gutachten hat es ausgeführt, dass weder eine posttraumatische Belastungsstörung noch die vorgetragene Beschwerden im Brustkorbbereich als Unfallfolge anzuerkennen seien. Die bestehenden Unfallfolgen einer spezifischen Phobie vor der Unfallmaschine und damit einhergehenden Ängsten rechtfertigten keine MdE von wenigstens 20 vH. Inhaltlich ist das SG insbesondere dem Gutachten des Dr AB. gefolgt.

Gegen das am 28. Juni 2016 zugestellte Urteil hat der Kläger am 15. Juli 2016 Berufung bei dem Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen eingelegt. Zur Begründung vertieft er sein bisheriges Vorbringen. Die Entscheidung des SG hält er für nicht überzeugend. Selbst wenn eine posttraumatische Belastungsstörung nicht gegeben sei, so müsse zumindest für generalisierte Ängste vor Enge, dies in schwere Ausprägung, eine MdE von mindestens 20 vH vergeben werden. Er befinde sich seit dem Unfall immer wieder in rehabilitativer und ambulanter psychiatrischer Behandlung. Die bestehenden Beschwerden hielten unvermindert an. Weitere Behandler würden von einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgehen. Selbst wenn man die Schmerzstörung sowie den Zustand nach Thoraxquetschung mit Rippenfrakturen weglassen würde, so sei gleichwohl eine massive Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Dies habe auch erhebliche Auswirkungen auf das Erwerbsleben. Tatsächlich könne der Kläger nach seiner Umsetzung leidlich vollschichtig erwerbstätig seien, dies allerdings nur verbunden mit massiven Belastungen, die aus dem Unfall herrührten. Auch die rezidivierende depressive Störung würde sein Leistungsvermögen im Erwerbsleben erheblich beeinträchtigen. Nur unter größten Anstrengungen und Anspannungen könne er seine Erwerbstätigkeit aufrechterhalten. Es sei für ihn nicht nachvollziehbar, warum er sich über viele Jahre in psychiatrischen Therapien befinde, das SG seine Krankheit aber nicht anerkenne.

Der Kläger hat den Bericht der AD. -Klinik vom 20. April 2016 vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Braunschweig vom 02. Juni 2016 sowie den Bescheid der Beklagten vom 18. November 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07. Mai 2012 aufzuheben und

die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger aufgrund des Arbeitsunfalles vom 18. Oktober 2009 eine Verletztenrente nach einer MdE von wenigstens 20 vH zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und schließt sich den dort genannten Gründen an. Eine posttraumatische Belastungsstörung als Unfallfolge liege eben nicht vor. Darüber hinaus lasse sich den medizinischen Unterlagen entnehmen, dass der Kläger seine beruflichen Anforderungen noch gut erfüllen könne. Qualitative Einschränkungen bestünden nicht.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Prozessakte und den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, die der Entscheidung zugrunde gelegen haben.

Entscheidungsgründe

Die Berufung ist form- und fristgemäß erhoben worden und auch im Übrigen zulässig.

Sie ist jedoch nicht begründet. Das Urteil des SG Braunschweig vom 02. Juni 2016 sowie der Bescheid der Beklagten vom 18. November 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07. Mai 2012 sind rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente in Folge des Unfallereignisses vom 18. Oktober 2009.

Nach § 56 Abs 1 S. 1 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vH gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs 2 Satz 1 SGB VII). Die Bemessung des Grades der MdE ist eine tatsächliche Feststellung, die das Gericht gemäß § 128 Abs 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (*st. Rspr. des BSG - etwa Urteil vom 27. Juni 2000 - B 2 U 14/99 R*). Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung; sie sind aber eine wichtige Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch Unfallfolgen beeinträchtigt sind (*vgl. BSG SozR 2200 § 581 Nr. 22 u. 23 mwN*). Auch sind dabei die vom versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten allgemeinen Erfahrungssätze zu beachten (*z.B. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl., 2017, S. 126f*), die die Grundlage für eine gleiche und gerechte Beurteilung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis bilden (*BSG, Urteile vom 5. September 2006 - B 2 U 25/05 R - und 18. Januar 2011 - B 2 U 5/10 R mwN*).

Dabei sind nur die Verletzungsfolgen, die sich ursächlich aus dem Arbeitsunfall ergeben, zu berücksichtigen. Die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die

schädigende Einwirkung und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung, müssen erwiesen sein, dh bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. ua BSG, Urteil vom 30. April 1985, 2 RU 43/84 in SozR 2200 § 555a Nr. 1). Die geltend gemachte Gesundheitsstörung muss demgemäß im Vollbeweis, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen (BSG, Urteil vom 7. September 2004, B 2 U 25/03 R; BSGE 103, 99, 104; Keller, Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl. 2017, § 128 Rdn3b). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006, B 2 U 1/05 R in SozR 4-2700 § 8 Nr. 17). Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gilt wie allgemein im Sozialrecht für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden die Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 12. April 2005, B 2 U 27/04 R in SozR 4-2700 § 8 Nr. 15). Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden schon aus diesem Grund nicht ursächlich. Kann dagegen das Unfallereignis nicht hinweggedacht werden, ohne dass der Gesundheitsschaden entfielen (conditio sine qua non), ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob das versicherte Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006, B 2 U 1/05 R in SozR 4-2700 § 8 Nr. 17).

Ausgehend von diesen Voraussetzungen liegen bei dem Kläger aufgrund des Ereignisses vom 18. Oktober 2009 keine Unfallfolgen vor, die eine MdE in rentenberechtigtem Umfang von wenigstens 20 vH begründen könnten.

Als Folge des Arbeitsunfalles bestehen bei dem Kläger eine spezifische Phobie vor der Unfallmaschine, damit einhergehenden Ängsten vor Enge, dies in schwerer Ausprägung, eine leichte Anpassungsstörung, eine längere depressive Episode leichter Ausprägung und ohne wesentliche Folgen knöchern verheilte Brüche der 7. bis 10. Rippe rechts sowie der 10. Rippe links.

Demgegenüber ist das Vorliegen der Gesundheitsstörung posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) schon nicht im Vollbeweis, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen. Zu diesem Ergebnis gelangt der Senat durch das Gutachten des Neurologen und

Psychiaters Dr AB. vom 05. Januar 2015 sowie das Zusatzgutachten des Neuropsychologen Dr AC. vom 01. November 2015.

Keines der erforderlichen diagnostischen Kriterien nach DSM-IV konnte danach objektiviert werden. Eine Reaktion mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen wurde zeitnah zum Unfall nicht festgestellt. Jedenfalls finden sich dafür keine Hinweise in der sofortigen stationären Behandlung, die 10 Tage andauerte (Bericht vom 4. November 2009). Auch war das B-Kriterium (beharrliches Wiedererleben des Ereignisses) nicht vorhanden, ein Handeln oder Fühlen, als ob das Ereignis wiederkehre, ist nicht festgestellt. Symptome, wie wiederkehrende belastende Erinnerungen oder Träume, lagen nicht in der vorausgesetzten Intensität vor und waren eher als Ausdruck von inneren Konflikten, Scham- und Schuldgefühlen und eine jahrelange Fixierung auf die Diagnose anzunehmen. Schließlich führt Dr AC. aus, dass auch ein C-Kriterium, ein anhaltendes Vermeidungsverhalten bzgl. traumaassoziierter Reize oder Abflachung der allgemeinen Reagibilität, nicht verifiziert sei. Der psychische Befund und der bisherige Verlauf sprächen dagegen. Ferner führt er aus, dass die leichte Veränderung in der subjektiven Reagibilität umfassend auf psychosoziale Belastungen im Umfeld des Klägers zurückzuführen ist und nicht auf das Trauma selbst. Diese Bewertung stützt sich nachvollziehbar auf den festgestellten psychischen Befund. Danach war der Kläger weitgehend auf den Unfall und die dazu geäußerten Beschwerden fixiert, ein rascher Wechsel der Affektlage war möglich, das Denken war formal und inhaltlich ungestört, aber mit starker Fixierung auf eine bislang unveränderte Leidens- und Opferrolle, die Stimmung wirkte leicht bedrückt mit negativ-pessimistischer Grundhaltung, die Schwingungsfähigkeit war nicht wesentlich eingeschränkt. Es zeigten sich keine Einschränkung der Belastungsfähigkeit, keine Erschöpfungserscheinungen. Zudem führt Dr AC. an, dass es nach wie vor offene Fragen zum Unfallhergang gibt. Nach seinen Angaben aufgrund der durchgeführten Ortsbegehung des Unfallortes soll der Unfall, nach den Aussagen des Klägers, in einem Bereich der Anlage passiert sein, der sich hinter einer etwa 1,20 Meter hohen Absperrung befindet und in dem sich der Kläger nicht hätte bewegen dürfen. Gründe, aus denen der Kläger sich in diesem Bereich bewegte, sind nicht ersichtlich, ein Auftrag dazu wurde nach den Angaben des Vorarbeiters nicht erteilt. Zu der Angabe des Klägers, sich nicht erinnern zu können, welche Motive dem Betreten des lebensgefährlichen Bereiches zugrunde lagen, führt Dr AC. aus, dass dies auch unter gedächtnispsychologischen Gesichtspunkten nicht nachvollziehbar ist. Diese selektive „Amnesie“ erscheint nach Dr AC. insofern dissonant, als dass das Abdrehen des Wasserhahns erinnert wird, aber nicht mehr, wie der Kläger in die Anlage kam und welche Intention dazu vorlag. Aus diesen Gründen ist auch bereits das Kriterium A 1, eine Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis, fraglich, da möglicherweise ein objektiv aktives Handeln des Klägers vorgelegen hat.

In Übereinstimmung mit diesen Ausführungen führt auch Dr AB. aus, dass eine PTBS nicht vorliegt. Zwar klagt der Kläger über ein Symptomkonstellat, das im Sinne einer PTBS verstanden werden sollte, aber weit eher einer phobischen Reaktion auf eng einzukreisende Objekte zugeordnet werden muss. Zu dem Ergebnis, dass eine PTBS bei dem Kläger nicht vorliegt, kommen auch Dr X. und Frau W.. Sie führen übereinstimmend aus, dass die notwendigen diagnostischen Kriterien nicht ausreichend erfüllt sind. Insbesondere ist ein Vermeidungsverhalten nicht objektiviert. Mit der gleichen Begründung führt auch Dr V. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme aus, dass eine PTBS nicht diagnostiziert werden kann. Zusätzlich weist er auf den Widerspruch zwischen der Erinnerungslücke und gleichzeitig der detaillierten Schilderung von Gefühlen beim Unfall hin. Auch Dr AE., Klinik R., hatte bereits am 15. April 2010 darauf hingewiesen, dass eine PTBS nicht vorliege und dass es durch das Unfallereignis zu einer vorübergehenden seelischen Belastung (Anpassungsstörung) gekommen sei.

Demgegenüber vermag der Senat dem im Verwaltungsverfahren eingeholten Psychosomatischen Gutachten von Dr U. vom 24. November 2010 sowie dem im Klageverfahren eingeholten Gutachten des Neurologen und Psychiaters Z. vom 23. Oktober 2013 nebst ergänzenden Stellungnahmen nicht zu folgen. Die dortigen Feststellungen sind insbesondere durch den Gutachter Dr AC. kritisch hinterfragt und erfolgreich widerlegt worden. Dieser hat nachvollziehbar herausgearbeitet, dass die Ausführungen der Vorgutachter Unstimmigkeiten enthalten, die ihre Überzeugungskraft deutlich relativieren. So stellt Herr Z. als psychischen Befund fest, dass die Stimmungslage weitestgehend ausgeglichen ist, die affektive Schwingungsfähigkeit nicht eingeschränkt ist, die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit auch während der länger andauernden Exploration unbeeinträchtigt sind, das Denken inhaltlich fixiert auf die subjektiv ausgeprägten Beeinträchtigungen ist, die sämtlich kausal mit dem Unfallereignis in Zusammenhang gebracht werden, und auf der Persönlichkeitsebene gibt es Hinweise auf histrionische Züge. Er beschreibt den Kläger als humorvoll im Kontakt. Weiterhin wird ausgeführt, dass die Alltagstauglichkeit des Klägers gut ist, mit einer vollschichtigen Arbeit im Mehrschichtdienst. Dieser Befund ist nicht mit der diagnostizierten PTBS in Einklang zu bringen, worauf Dr AC. überzeugend hinweist. Für die Begründung der Diagnose einer PTBS wird ua von Herrn Z. ausgeführt, dass Intrusionen und Alpträume vorlägen, dagegen keine Flash-Backs, Vermeidungsverhalten sei auch gegeben, wie das bewusste Vermeiden von Gesprächen. Auch Konzentrationsstörungen werden bejaht. Eine Objektivierung dieser Befunde wird aber nicht festgestellt. Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Z. setzt sich auch nicht damit auseinander, dass der Kläger den Unfallhergang gegenüber dem Sachverständigen und auch schon zuvor gegenüber Ärzten detailliert schildern kann. Zudem stehen die zur Begründung der Diagnose angegebenen Konzentrationsstörungen im direkten Widerspruch zum psychischen Befund, in dem eine unbeeinträchtigte Konzentrationsfähigkeit angegeben wird. Auch Prof Dr AA. führt in seinen beratungsärztlichen Stellungnahmen aus, dass die von Herrn Stegemann festgestellten

Diagnosen nicht auf objektive Befundtatsachen basieren und damit nicht im Vollbeweis gesichert sind. Es fehlt eine Darlegung, welche der Kriterien der PTBS auf Befundebene tatsächlich nachvollziehbar sind.

Auch die Befundberichte von Herrn O. können das Vorliegen einer PTBS nicht im Vollbeweis begründen. Die Berichte sind auffällig dadurch, dass der Inhalt zT wortgleich gleichbleibend ist und die Ausführungen wenig distanziert wirken. Eine Objektivierung der vom Kläger geschilderten Beschwerden erfolgt auch hier nicht. Dr AC. führt zudem nachvollziehbar aus, dass die Diagnose einer PTBS nicht schon etwa einen Monat nach dem Unfall von Herrn O. (Befundbericht vom 27. November 2009) hätte gestellt werden dürfen, da so zeitnah eine akute Belastungsreaktion die richtige Diagnose gewesen wäre. Eine nachvollziehbare Begründung für die Zuordnung der Beschwerden zu den entsprechenden Kriterien liegt nicht vor. Außerdem wurden von Herrn O. auch die Vorerkrankungen nicht berücksichtigt.

Eben so wenig kann mit dem im Berufungsverfahren vorgelegten Entlassungsbericht der AD. -Klinik vom 20. April 2016 das Vorliegen einer PTBS im Vollbeweis begründet werden. Zwar ist in dem Entlassungsbericht unter „Diagnosen“ eine PTBS aufgeführt, die Klinik hat jedoch die vom Kläger selbst bei Aufnahme berichteten Symptome und Beschwerden lediglich übernommen, ohne diese zu hinterfragen oder zu objektivieren. Im Übrigen hält auch die AD. -Klinik das Leistungsvermögen des Klägers weder qualitativ noch quantitativ für eingeschränkt und nur die Rückkehr an den damaligen Arbeitsplatz und den Umgang mit der betreffenden Maschine für nicht möglich.

Auch die vom Kläger beklagte Schmerzsymptomatik im Bereich des Brustkorbes ist nicht als Unfallfolge anzuerkennen. Denn die Frakturen der 7. bis 10. Rippe links und der 10. Rippe rechts sind ausweislich der medizinischen Unterlagen folgenlos ausgeheilt. In mehreren MRT und CT-Aufnahmen haben sich keine auffälligen Befunde gezeigt, mit Ausnahme von mäßigen degenerativen Veränderungen der Brustwirbelsäule im mittleren Drittel. Unfallfolgen auf unfallchirurgischen Fachgebiet sind wiederholt von den Behandlern ausgeschlossen worden und zugleich ist ausgeführt worden, dass kein organisches Korrelat für die Beschwerdesymptomatik vorliegt. So ist dem Kläger bereits im Bericht des Q. stiftes vom 1. Februar 2010 sehr eindringlich dargelegt worden, dass auf unfallchirurgisch/orthopädischem Gebiet keine Unfallfolgen mehr vorliegen, die durch therapeutische Maßnahmen günstig beeinflusst werden können. Vielmehr sind mehrfach degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule und des Sternoklavikulargelenkes genannt worden, die die Beschwerden erklären können (Bericht des Q. stiftes vom 1. Februar 2010)

DOK 375

Die somatoforme Schmerzstörung ist nicht als Folge des Arbeitsunfalles zu bewerten. Ein ursächlicher Zusammenhang der somatoformen Schmerzstörung mit dem Unfall ist nicht hinreichend wahrscheinlich. Dies wird von keinem der beteiligten Sachverständigen in Zweifel gezogen, da eine somatoforme Schmerzstörung bereits deutlich vor dem Arbeitsunfall vorlag. So wurde eine entsprechende Diagnose bereits in dem Bericht des Facharztes für Innere Medizin/Rheumatologie Dr AF. vom 10. Dezember 2000 festgehalten und in den Folgejahren wiederholt. In dem Bericht der psychosomatischen Fachklinik AG. vom 13. November 2001 über eine Rehabilitationsmaßnahme vom 25. September bis 23. Oktober 2001 wurden als Diagnosen ua eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und ein Fibromyalgiesyndrom aufgeführt. Die alleinig abweichende Auffassung von Dr U. ist bereits deshalb nicht überzeugend, als dass bei Erstellung des dortigen Gutachtens das Vorerkrankungsverzeichnis der BKK K., der Rehabilitationsentlassungsbericht vom 13. November 2001 und die Berichte von Dr AF. nicht vorgelegen haben.

Die Unfallfolgen einer spezifischen Phobie vor der Unfallmaschine, damit einhergehenden Ängsten vor Enge, dies in schwerer Ausprägung, eine leichte Anpassungsstörung und eine längere depressive Episode leichter Ausprägung sind mit einer MdE von 10 von vH zu bewerten. In dieser Einschätzung folgt der Senat den Empfehlungen aus den Gutachten von Dr AB. und Dr X.. Diese richten sich nach der herrschenden unfallmedizinischen Lehrmeinung. Nach dem Gutachten von Dr AB. besteht bei dem Kläger ausschließlich eine geringgradige Gesundheitsstörung psychiatrischer Art im Sinne einer spezifischen Phobie. Nach der allgemeinen medizinischen Literatur kann eine spezifische Phobie bei eng begrenzten, für die Arbeitswelt wenig bestimmenden Situationen eine MdE mit bis zu 10 vH rechtfertigen (*Schönberger/Mehrtens/Valentin, aaO, S. 155 f.*). Eine solche eng begrenzte spezifische Phobie ist bei dem Kläger von der Beklagten anerkannt worden. Diese bezieht sich nur auf die Unfallanlage. So kann der Kläger einer zwar anderen Tätigkeit, aber in dem gleichen Werk vollschichtig nachgehen. Eine messbare Einschränkung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ergibt sich dafür nicht. Auch unter Berücksichtigung einer leichtgradigen depressiven Episode ergibt sich keine Gesamt-MdE von 20 vH. Für eine leichte depressive Episode kann eine MdE bis zu 20 vH geschätzt werden (*Schönberger/Mehrtens/Valentin, aaO, S. 156 f.*). Die objektivierten Befunde des Klägers zur Depression rechtfertigen hier aber keine Einschätzung der MdE mit 20 vH. Nach den Ausführungen von Dr AB. beinhalten die weitergehenden, im Sinne einer akzentuierten Darstellung vorgebrachten Beschwerden, keinen validen psychiatrischen Befund.

Mithin kann die Berufung keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Ein gesetzlicher Grund zur Zulassung der Revision ist nicht gegeben (§ 160 Abs 2 SGG).