

## L 3 U 3108/17

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
3  
1. Instanz  
SG Mannheim (BWB)  
Aktenzeichen  
S 12 U 569/15  
Datum  
21.06.2017  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 3 U 3108/17  
Datum  
11.07.2018  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Zu den Voraussetzungen einer Anerkennung von psychischen Störungen als Unfallfolge in der gesetzlichen Unfallversicherung.  
2. Eine Verschiebung der Wesensgrundlage ist insbesondere bei einer (vermeintlich) mehrere Jahre anhaltenden PTBS zu prüfen.  
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 21. Juni 2017 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten der Klägerin sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist im Rahmen eines Überprüfungsverfahrens die Gewährung einer Verletztenrente wegen eines Arbeitsunfalls streitig.

Die im Jahr 1966 geborene Klägerin war bei der A. Bäckerei, Filiale B., als Verkäuferin beschäftigt. Im Rahmen dieser Tätigkeit wurde sie am 09.06.2012 Opfer eines Raubüberfalls. Gemäß Unfallanzeige des Arbeitgebers vom 21.06.2012 öffnete die Klägerin um 6:10 Uhr morgens die Anlieferungstür, um einen Rollwagen nach draußen zu schieben. Der vor der Tür wartende Täter bedrohte sie mit einem Messer, forderte das in dem Tresor und der Kassenschublade befindliche Geld und floh mit der Beute.

Am 11.06.2012 suchte die Klägerin die Allgemeinmedizinerin Dr. C. in D. auf, welche eine Psychotherapie einleitete, Psychopharmaka verordnete und Arbeitsunfähigkeit seit dem 11.06.2012 bis auf Weiteres bescheinigte (Bericht vom 29.06.2012). Ebenfalls am 11.06.2012 stellte sich die Klägerin bei dem Diplom-Psychologen E. in D. vor. In seinem Bericht vom 18.07.2012 über die Betreuung/Erstversorgung am 11.06.2012 beschrieb er einen Schockzustand und diagnostizierte eine akute Belastungsreaktion (ICD-10 F43.0). Die Beklagte beauftragte den Diplom-Psychologen E. mit der Durchführung von bis zu sechs probatorischen Sitzungen. In seinem Abschlussbericht nach Ende der probatorischen Sitzungen vom 18.07.2012 diagnostizierte er eine Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1, im Folgenden: PTBS) und beantragte die Durchführung einer Verhaltenstherapie, welche von der Beklagten genehmigt wurde. Außerdem wurde die Klägerin am 16.07.2012 von der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. F., D., untersucht, welche eine Anpassungsstörung diagnostizierte; es bestehe ein Verdacht auf (V. a.) eine PTBS.

Ab dem 23.07.2012 bezog die Klägerin Verletzten geld.

Die Klägerin befand sich weiterhin in regelmäßiger Behandlung bei dem Diplom-Psychologen E. (Berichte vom 21.08.2012, 26.09.2012, 16.11.2012, 11.02.2013, 17.05.2013) und Dr. F. (Berichte vom 23.08.2012, 28.02.2013, 18.04.2012).

Auf Veranlassung der Beklagten wurde die Klägerin am 21.06.2013 von dem Diplom-Psychologen G., Psychotraumatologisches Zentrum für Diagnostik und Therapieplanung an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik H., untersucht. In seinem Psychologischen Bericht zur Heilverfahrenskontrolle vom 28.06.2013 führte er im Rahmen der Beurteilung u.a. aus, dass er sich der Diagnose einer PTBS grundsätzlich anschließen könne. Er empfahl schnellstmöglich die Durchführung eines gezielten Konfrontationstrainings. Eine Zusammenhangsbegutachtung sei erst dann erforderlich, wenn es zu einer erheblichen Stagnation im Heilverlauf kommen sollte.

Die von der Beklagten genehmigte prolongierte Expositionsbehandlung wurde bei dem Diplom-Psychologen E. durchgeführt.

Mit Bescheid vom 02.12.2013 stellte die Beklagte die Zahlung des Verletzten geldes mit Ablauf des 08.12.2013 ein.

Unter dem 07.01.2014 berichtete der Diplom-Psychologe E. u.a., dass sich im Rahmen des durchgeführten prolongierten Expositionstrainings von Oktober bis Dezember 2013 mit insgesamt 30 Stunden ein schwankender Verlauf gezeigt habe. Von einer ausreichenden Habituation könne nicht gesprochen werden. Es bestünden nach wie vor Gelenk- und Muskelschmerzen, ein Gefühl von Bedrohung, Intrusionen, Ein- und Durchschlafprobleme, Konzentrationsprobleme, eine innere Unruhe und Anspannung, eine Schreckhaftigkeit und eine Hypervigilanz. Das Training sollte fortgesetzt werden. Von einer nachhaltigen Habituation sei erst auszugehen, wenn es die Klägerin schaffe, mehr zur Ruhe zu kommen und ausreichend bzw. erholsam Schlaf zu finden. Es sei sicherlich sinnvoll und notwendig, dass die Klägerin zur Behebung ihrer Schlafstörungen stationär behandelt werde. Von einer nachhaltigen Stabilisierung des Gesundheitszustandes sei erst nach Verbesserung der Schlaf- und der damit verbundenen Erholungsfähigkeit auszugehen.

Am 21.01.2014 wurde die Klägerin auf Veranlassung der Beklagten erneut von dem Diplom-Psychologen G. untersucht. Dieser kam in seinem Gutachten vom 14.02.2014 im Wesentlichen zu dem Ergebnis, dass eine psychische Störung nicht (mehr) mit der notwendigen Sicherheit (Vollbeweis) gesichert werden könne. Nachweisbar bestehende Aggravationstendenzen würden eine genaue Erfassung der Diagnose und auch eine genaue Erfassung des Beschwerdeausmaßes verhindern. Es müsse sichergestellt werden, dass die Klägerin, die im klinischen Befund durchaus gewisse Symptome präsentiere, die auch als authentisch anzunehmen seien, langsam in eine Therapie zu Lasten der Krankenkasse übergeleitet werde. Dem Therapeuten sollten hierfür genügend Stunden zur Verfügung gestellt werden.

Mit Bescheid vom 06.03.2014 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 09.06.2012 gestützt auf das Gutachten des Diplom-Psychologen G. vom 14.02.2014 ab und erklärte die Kostenübernahme für bis zu weitere zehn Therapiestunden zum Abschluss/Ausklingen der berufsgenossenschaftlichen Behandlung.

Gegen die Rentenablehnung erhob die Klägerin Widerspruch.

Unter dem 28.04.2014 berichtete der Diplom-Psychologe E., dass im Rahmen des prolongierten Expositionstrainings im Januar und Februar 2014 sechsmal drei Stunden absolviert worden seien. Die Klägerin habe zwar engagiert mitgearbeitet, zu einer wesentlichen Habituation sei es aber nicht gekommen. Es bestünden nach wie vor Gelenk- und Muskelschmerzen, ein Gefühl von Bedrohung, Intrusionen, Ein- und Durchschlafprobleme, Konzentrationsprobleme, eine innere Unruhe und Anspannung, eine Schreckhaftigkeit und eine Hypervigilanz.

Den Widerspruch gegen den Bescheid vom 06.03.2014 wies die Beklagte unter Hinweis auf das Gutachten vom 14.02.2014 mit Widerspruchsbescheid vom 02.07.2014 zurück.

Mit am 31.07.2014 bei der Beklagten eingegangenem Schreiben vom 10.07.2014 bat die Klägerin um eine "Verlängerung des Widerspruchsbescheid", da sie sich noch beraten lassen müsse, ob sie Klage erhebe. Auf Nachfrage der Beklagten teilte die Klägerin der Beklagten mit Telefax vom 19.08.2014 mit, dass ihr Schreiben vom 10.07.2014 als Klage gewertet werden solle. Die Beklagte übersandte den Vorgang dem Sozialgericht Mannheim (SG), wo er unter dem Az. S 13 U 2575/14 erfasst wurde. Das SG wertete das vorgelegte Schreiben der Klägerin nicht als Klage und reichte den Vorgang wieder an die Beklagte zurück, welche die Klägerin hierüber informierte.

Mit Schreiben vom 15.09.2014 beantragte die Klägerin bei der Beklagten, den Bescheid vom 06.03.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.07.2014 gemäß § 44 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) aufzuheben und ihr Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung, insbesondere Unfallrente, zu gewähren. Die Beklagte gehe von unzutreffenden Tatsachen aus. Mit den Feststellungen in dem von der Beklagten veranlassten Gutachten des Diplom-Psychologen G. bestehe kein Einverständnis. Die psychischen Erkrankungen seien immer noch sehr gravierend und es liege eine deutliche Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) vor. Die Klägerin legte die Berichte des Diplom-Psychologen E. vom 09.12.2013 und 12.05.2014 sowie das Attest von Dr. F. vom 10.06.2014 vor. In dem Bericht vom 12.05.2014 gab der Diplom-Psychologe E. nun über die von ihm bislang diagnostizierte PTBS hinaus auch eine mittelgradige depressive Episode und eine generalisierte Angststörung an. Dr. F. führte in ihrem Attest aus, dass die Klägerin an einer PTBS erheblichen Ausmaßes leide.

Mit Bescheid vom 09.10.2014 lehnte die Beklagte die Rücknahme des Bescheids vom 06.03.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.07.2014 gemäß § 44 SGB X ab und führte zur Begründung im Wesentlichen aus, dass sich nach Auswertung der aktuell überlassenen Atteste keine neuen Erkenntnisse zu den Folgen des Arbeitsunfalls vom 09.06.2012 ergäben.

Zur Begründung des hiergegen erhobenen Widerspruchs nahm die Klägerin im Wesentlichen Bezug auf den Bericht des Diplom-Psychologen E. vom 13.10.2014. Darin führte er u.a. aus, dass am 09.09. bzw. am 29.09.2014 eine Testung mit folgenden Tests durchgeführt worden sei: Zahlennachsprechen (Merkfähigkeitstest), d2 (Konzentrationstest), ADS (Allgemeine Depressionsskala), FDS (Fragebogen zu dissoziativen Symptomen), ETI (Essener Trauma-Inventar). Das Ergebnis des Zahlennachsprechen-Tests habe im durchschnittlichen Bereich gelegen. Das Ergebnis des d2-Tests habe im deutlich unterdurchschnittlichen Bereich (GZ-F-Prozentrang = 7) gelegen. Bei einem ADS-Punktwert von 52 liege eine klinisch manifeste depressive Störung vor. Das Ergebnis des ETI weise klar auf das Vorliegen einer PTBS hin. Die Klägerin leide nach dem Ergebnis des FDS in erheblichem Maße an traumabedingten Dissoziationen. Hinweise auf Aggravationstendenzen, Simulation und Dissimulation lägen nicht vor. Auf psychisch-emotionaler Ebene bestünden starke Ängste und Panik sowie Intrusionen und Unwirklichkeitserleben, anhaltende Sorgen/Befürchtungen, Niedergeschlagenheit und Traurigkeit mit dysfunktionalem Gedankenkreisen. Auf sozial-kommunikativer Ebene bestünden ein ausgeprägtes Sicherheits- und Vermeidungsverhalten, Gereiztheit, sozialer Rückzug und auf körperlich-funktioneller Ebene Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme, Schlafstörungen, ein Erschöpfungsgefühl sowie Muskel- und Gelenkschmerzen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 04.02.2015 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 09.10.2014 zurück. Dass die Klägerin aufgrund des Ereignisses vom 09.06.2012 psychisch belastet gewesen sei, werde nicht bestritten. Dementsprechend seien von der Beklagten auch in der Vergangenheit die Behandlungskosten der psychotherapeutischen Maßnahmen übernommen worden. Die anhaltenden Beschwerden der Klägerin seien jedoch nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen, sondern beruhten auf ihrer Persönlichkeitsstruktur. Ein anderes Ergebnis ergebe sich auch nicht aus der Auswertung der Stellungnahmen des Diplom-Psychologen E., zumal sich dieser nicht mit unfallunabhängigen Faktoren auseinandersetze.

Die Klägerin hat am 25.02.2015 Klage zum SG erhoben und sich zur Begründung zunächst im Wesentlichen auf die vorliegenden Berichte

des behandelnden Diplom-Psychologen E. und Dr. F. bezogen.

Mit Bescheid vom 11.05.2015 hat die Deutsche Rentenversicherung Bund der Klägerin eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung ab dem 01.12.2013 bis zum 31.03.2017 gewährt.

Das SG hat die Ermittlungsakte der Staatsanwaltschaft I. sowie das im Rahmen des Antrags auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung erstellte Gutachten der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. J. vom 01.04.2014 nach einer ambulanten Untersuchung der Klägerin am 27.03.2014 beigezogen. Dr. J. hatte eine Angststörung mit vorwiegend agoraphober Symptomatik (ICD-10 F40.01) diagnostiziert sowie einen V. a. eine dissoziative Bewegungsstörung geäußert. Eine PTBS im engeren Sinne sei zum Untersuchungszeitpunkt nicht mehr feststellbar.

Außerdem hat das SG die Akte über das Verfahren nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) beigezogen. In dem von dem Landratsamt K.-K.-Kreis, Versorgungsamt, in diesem Verfahren eingeholten psychiatrischen Gutachten vom 24.06.2015 ist die Ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie L. nach einer Untersuchung der Klägerin am 23.04.2015 zu dem Ergebnis gekommen, dass die im Sinne der Entstehung durch den Überfall anzuerkennenden Schädigungsfolgen mit PTBS, agoraphobe Symptomatik, Dysthymia sowie Fibromyalgiesyndrom zu bezeichnen seien. Der Grad der Schädigungsfolgen (GdS) im allgemeinen Erwerbsleben unter Berücksichtigung der individuellen Belastbarkeit sei vom Schädigungszeitpunkt an bis auf weiteres mit 30 zu bewerten. Dr. S., Leitender Arzt des Versorgungsamts D., hat sich dem Ergebnis der Begutachtung angeschlossen.

Des Weiteren hat das SG von der Deutschen Rentenversicherung Bund die Stellungnahme des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. M., W., vom 10.02.2015 beigezogen. Darin hat er u.a. ausgeführt, dass die beauftragte Begutachtung nicht möglich gewesen sei. Im Untersuchungszimmer habe die Klägerin ein grobschlägiges Wackeln der Beine, Hyperventilation, Schluchzen und Weinen gezeigt. Eine Exploration sei nicht möglich gewesen. Auch ohne explizit erhobenem psychopathologischem Befund habe sich ein histrionisch-konversionsneurotisches Bild von hoher psychodynamischer Funktionalität (massive Zuwendung durch ihren Ehemann, der sie während der versuchten Exploration beschützend und tröstend in den Arm nahm) gezeigt. Unabhängig von der Frage des Vorliegens einer PTBS müsse festgestellt werden, dass die Symptomatik, selbst wenn es sich dabei um eine mehr oder minder bewusstseinsnahe Aggravation handle, in höchstem Maße psychopathologisch auffällig und behandlungsbedürftig erscheine.

Das SG hat den Diplom-Psychologen G., Dr. F. und Dr. C. als sachverständige Zeugen schriftlich vernommen. In ihrer Auskunft vom 09.06.2015 hat die Nervenärztin Dr. F. über die Behandlungen der Klägerin vom 16.07.2012 bis 16.04.2015 berichtet. Seit sie bei der Erstvorstellung die Diagnosen V. a. PTBS und Anpassungsstörung gestellt habe, habe sich keine wesentliche Verbesserung der Beschwerdesymptomatik ergeben. Der Arbeitsunfall sei ohne Zweifel kausal für "die Erkrankung" der Klägerin. Für die vorliegende PTBS betrage die MdE 30 v. H. Der Diplom-Psychologe E. erachtet gemäß seiner Auskunft vom 25.06.2015 einen klaren Zusammenhang zwischen dem Raubüberfall und der nachfolgenden, immer noch bestehenden Trauma-Symptomatik für gegeben. Aus seiner Sicht sei die Diagnose andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung (ICD-10 F62.0) gerechtfertigt. Die Allgemeinmedizinerin Dr. C. hat ausgeführt (Auskunft vom 29.06.2015), dass die Klägerin nach dem Überfall eine ausgeprägte Panikstörung entwickelt habe. Am 16.08.2013 sei außerdem ein Fibromyalgie-Syndrom diagnostiziert worden. Es sei durchaus denkbar, dass die Schmerzgeneralisierung nach dem Überfall erfolgt sei. Die Angst- und Panikstörung seien eindeutig auf das traumatische Erlebnis des Überfalls zurückzuführen.

Die Beklagte hat die Stellungnahme des Diplom-Psychologen G. vom 21.09.2015 vorgelegt, wonach es keinen Anhalt dafür gebe, dass die Aussagen in seinem Gutachten vom 14.02.2014 zu revidieren seien.

Mit Erstanerkennungsbescheid vom 07.03.2016 hat das Landratsamt K.-K.-Kreis festgestellt, dass die Klägerin am 09.06.2012 Opfer einer Gewalttat im Sinne des OEG geworden ist. Als Folge ist eine "Psychoreaktive Störung" anerkannt und der dadurch bedingte GdS mit 30 ab 01.12.2013 festgestellt worden.

Das SG hat Prof. Dr. N., Chefarzt der Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik I des Psychiatrischen Zentrums N., W., von Amts wegen mit der Begutachtung der Klägerin beauftragt. Prof. Dr. N. ist in seinem Gutachten vom 25.07.2016 nach Untersuchungen der Klägerin am 02.06.2016 und 17.06.2016 im Wesentlichen in Übereinstimmung mit dem Diplom-Psychologen G. zu dem Ergebnis gekommen, dass eine PTBS nicht mehr nachweisbar sei. Auch andere psychische Gesundheitsstörungen seien nicht mit der erforderlichen Sicherheit (Vollbeweis) zu diagnostizieren. Es bestünden ein V. a. Agoraphobie, ein V. a. anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine V. a. dysthyme Störung.

Mit Bescheid vom 07.12.2016 gewährte die Deutsche Rentenversicherung Bund die Rente wegen voller Erwerbsminderung als Dauerrente weiter.

Auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das SG den Facharzt für Psychosomatische Medizin, Nervenarzt Prof. Dr. O. in M. mit der Begutachtung der Klägerin beauftragt. Prof. Dr. O. hat die Klägerin am 03.01.2017 und 05.01.2017 untersucht und gemäß seinem Gutachten vom 11.01.2017 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine Angsterkrankung mit agoraphoben und sozialphobischen Anteilen, eine Nikotinabhängigkeit und eine dissoziative Störung - Sehstörung (Konversion) diagnostiziert. Eine früher diagnostizierte PTBS sei aktuell nicht feststellbar. Es sei notwendig, zwischen verursachenden, auslösenden und symptomaufrechterhaltenden Bedingungen zu unterscheiden. Für das jetzige Krankheitsgeschehen sei der Überfall als notwendige, aber nicht als hinreichende Verursachungsgrundlage anzusehen. Bei entsprechender Krankheitsdisposition mit mühsamer Aufrechterhaltung der Leistungs- und Kompensationsbereitschaft (Schmerzentwicklung, Nikotinabhängigkeit) sei der Überfall als auslösende Bedingung für die dann auftretende Verschlechterung im Befinden der Klägerin anzusehen. Die Chronifizierung und Aufrechterhaltung der Symptomatik sei auf die unverändert wirksame Psychodynamik und einen damit verbundenen Krankheitsgewinn zurückzuführen. Ab dem 09.12.2013 könne eine MdE um 30 v. H. angenommen werden. Den gutachterlichen Stellungnahmen des Diplom-Psychologen G. und des Prof. Dr. N. habe er einige psychodynamische Aspekte des Krankheitsbildes hinzugefügt. Hinsichtlich der schlussendlichen Bewertung ergäben sich keine Unterschiede zu diesen beiden Vorbegutachtungen.

Zum Gutachten des Prof. Dr. O. hat die Beklagte unter Vorlage der Stellungnahme des Diplom-Psychologen G. vom 24.04.2017 vorgetragen,

dass das Gutachten nicht verwertbar sei, weil es den hierfür zu fordernden Standards nicht entspreche.

Mit Urteil vom 21.06.2017 hat das SG die Klage abgewiesen. Da die Klägerin bis einschließlich 08.12.2013 Verletzengeld bezogen habe, könne ein Anspruch auf die Gewährung von Verletztenrente ab dem 09.12.2013 bestehen. Nach dem Gesamtergebnis der medizinischen Sachaufklärung habe die Klägerin aufgrund des Überfalls vom 09.06.2012 zwar eine akute Belastungsreaktion und eine PTBS erlitten. Für den Zeitraum nach dem 08.12.2013 sei jedoch ein Fortbestehen psychischer Arbeitsunfallfolgen in einem für einen Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente erforderlichen Umfang nicht nachgewiesen. Aufgrund des uneinheitlichen Bildes, das sich aus den vorliegenden Gutachten und Berichten der Behandler ergebe, sei es bereits ausgesprochen schwierig festzustellen, welche Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet bei der Klägerin über den 08.12.2013 überhaupt vorlägen. Insbesondere lasse sich eine PTBS nicht mehr mit der erforderlichen Sicherheit nachweisen. Das SG hat sich hierbei auf das Gutachten von Prof. Dr. N. gestützt. Aber auch hinsichtlich der weiteren in Betracht kommenden Erkrankungen erweise sich die Sicherung der Diagnosen als ausgesprochen schwierig. Die drei ausdrücklich unter der Fragestellung der Feststellung von Arbeitsunfallfolgen im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung durchgeführten Begutachtungen (Diplom-Psychologe G., Prof. Dr. N., Prof. Dr. O.) hätten letztlich nicht den Nachweis von psychischen Gesundheitsstörungen über den 08.12.2013 hinaus mit einem den Anspruch auf Verletztenrente begründenden Schweregrad erbracht, die auf den Arbeitsunfall mit hinreichender Wahrscheinlichkeit rechtlich wesentlich zurückzuführen wären. Dem im OEG-Verfahren eingeholten Gutachten der Gutachterin L. könne mangels hinreichender Differenzierung zwischen Beschwerdeangaben der Klägerin und objektivierbarem Befund nicht gefolgt werden.

Gegen das der Bevollmächtigten der Klägerin am 12.07.2017 zugestellte Urteil ist am 08.08.2017 die vorliegende Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt worden. Zur Begründung hat sich die Klägerin zunächst im Wesentlichen auf das Gutachten des Prof. Dr. O., das im OEG-Verfahren eingeholte Gutachten von Dr. L. und die vom SG eingeholten sachverständigen Zeugenauskünfte der behandelnden Ärztinnen und des Diplom-Psychologen E. bezogen. Auch der von der Beklagten beauftragte Diplom-Psychologe G. habe in seinem Bericht vom 28.06.2013 die PTBS diagnostiziert. Soweit er dann in seinem Gutachten vom 14.02.2014 das Vorliegen einer PTBS sowie jeglicher sonstiger psychiatrischer Erkrankungen verneine, sei das durch die genannten Gutachten und Arztberichte widerlegt. Dem Gutachten von Prof. Dr. N. könne nicht gefolgt werden. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb er lediglich die von ihm genannten Verdachtsdiagnosen gestellt habe, obwohl er selbst entsprechende Erhebungen getätigt und eine mittelgradige Schmerzsymptomatik festgestellt habe. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb er das Vorliegen einer PTBS anzweifle, während Dr. F., der Diplom-Psychologe E. und die Gutachterin L. das Vorliegen einer PTBS eindeutig festgestellt hätten. Auch das Vorliegen der Agoraphobie, der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der dysthymen Störung sei durch die anderen Ärzte eindeutig im Vollbeweis belegt. Es stelle einen Begründungsmangel dar, wenn Prof. Dr. N. zur Kausalität ausführe, dass schädigungsfremde Faktoren im Sinne einer Verschiebung der Wesensgrundlage die Bedeutung des Schädigungsereignisses verdrängt hätten. Um so argumentieren zu können, bedürfe es des Vollbeweises nachgewiesener Vorerkrankungen oder Schädensanlagen, was hier jedoch nicht der Fall sei. Unterstellungen von Faktoren seien nicht ausreichend, um den Ursachenzusammenhang zu verneinen. Erst recht seien sie kein Grund, Diagnosen vorhandener Gesundheitsstörungen erst gar nicht zu stellen. Ganz eindeutig sei der Überfall die Hauptursache und zweifellos eine wesentliche Ursache der vorliegenden Gesundheitsstörungen. Er sei sogar die alleinige Ursache, da es keine Vorerkrankungen gebe. Unabhängig davon, ob man sich nun auf die Agoraphobie, die dissoziative Störung, die somatoforme Schmerzstörung oder die PTBS stütze, sei die Gewährung einer Verletztenrente "über den 8.12.2013 hinaus" unter Berücksichtigung der einschlägigen Richtwerte nach einer MdE um 30 v. H. begründet. PTBS, dissoziative Störungen, Angst- und Somatisierungsstörungen sowie Schmerzstörungen schlossen sich nicht aus. Letztere entstünden infolge der Traumatisierung.

Die Klägerin beantragt (den mit Schriftsatz vom 06.09.2017 gestellten Antrag sachdienlich gefasst),

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 21. Juni 2017 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 9. Oktober 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 4. Februar 2015 zu verurteilen, den Bescheid vom 6. März 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 2. Juli 2014 zurückzunehmen und ihr aufgrund des Arbeitsunfalls vom 9. Juni 2012 Verletztenrente ab dem 9. Dezember 2013 nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 30 vom Hundert zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte bezieht sich auf das angefochtene Urteil des SG und ihren bisherigen Vortrag. Sie bekräftigt im Wesentlichen, dass die Diagnose einer PTBS nicht mehr zu stellen sei, wie sich auch aus dem nach [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachten des Prof. Dr. O. ergebe. Die Aggravations- und/oder Simulationstendenzen seien vor der Erstellung des Gutachtens des Diplom-Psychologen G. vom 14.02.2014 nicht belegt oder ersichtlich gewesen. Der von ihm geäußerte Verdacht auf einen sekundären Krankheitsgewinn werde im Gutachten vom 11.01.2017 nach [§ 109 SGG](#) bestätigt. Eine gesicherte Beschwerdevalidierung scheitere an diffusen Schilderungen; auch die Anamneseangaben seien mit den Befunden nicht in Übereinstimmung zu bringen. Prof. Dr. N. habe das Gutachten aufgrund eigener Erkenntnis und Untersuchung unter Beachtung des anerkannten wissenschaftlichen Sachstands zu erstellen und nicht etwa anderweit gestellte Diagnosen oder erhobene Befunde als gegeben zu akzeptieren oder gar zu übernehmen. Nicht im Vollbeweis nachgewiesene Diagnosen könnten nicht als Folge eines Arbeitsunfalls anerkannt werden. Für Verdachtsdiagnosen entfalle die Kausalbeurteilung. Einer gesicherten Diagnosestellung stünden hier zum Teil erhebliche Zweifel entgegen, die insbesondere aus Antwortverzerrungen, diffusen Schilderungen und der Neigung zu Übertreibungen resultierten.

Die Klägerin hat anschließend bekräftigt, dass bei ihr eine PTBS auch von der unabhängigen Gutachterin L. im OEG-Verfahren am 24.06.2015 fest gestellt worden sei. Die Diagnosestellung erfolge in den Rechtsgebieten des OEG und im Siebten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) in gleicher Weise. Die PTBS liege weiterhin in chronifizierter Form vor. Diesbezüglich verweist die Klägerin auf die von ihr vorgelegte Stellungnahme des Diplom-Psychologen E. vom 06.11.2017, in der ausführlich dargelegt werde, dass die Kriterien A bis F für eine PTBS nach DSM-IV nach wie vor erfüllt seien, was die Diagnose einer chronischen PTBS rechtfertige. Die Klägerin trägt außerdem vor, dass sich als Folgestörungen einer PTBS Angst-, depressive und somatoforme (Schmerz-) Störungen entwickeln könnten. Vor diesem Hintergrund seien die von Dr. O. diagnostizierten Gesundheitsstörungen zu sehen. Als unfallbedingte Erkrankungen seien eine PTBS, eine somatoforme Schmerzstörung, eine Angsterkrankung mit agoraphoben und sozialphobischen Anteilen und dissoziative Störungen diagnostiziert. Die

Kausalität mit dem Überfall – wesentliche Bedingung – sei eindeutig zu bejahen. Auch unbenannte schädigungsfremde Faktoren lägen nicht vor und seien schon gar nicht nachgewiesen. Die MdE sei ärztlich und gutachterlich mit 30 v. H. angegeben worden, was den Tabellenwerten entspreche.

Die Beklagte hält abschließend an ihrer Auffassung fest. Das SG habe in den Urteilsgründen zutreffend hervorgehoben, dass drei mit den Fragestellungen der gesetzlichen Unfallversicherung beauftragten Gutachter übereinstimmend den geltend gemachten Anspruch nicht stützen würden. Auch aus der nun noch vorgelegten Stellungnahme des Diplom-Psychologen E. ergäben sich keine Gründe, hiervon abzuweichen. Diesbezüglich rügt die Beklagte insbesondere, dass sich der Diplom-Psychologe E. in nicht wenigen Punkten lediglich mit den Angaben der Klägerin zufriedengebe. Gutachtlich seien durch Testverfahren Aggravationstendenzen festgestellt worden.

Mit Schriftsatz vom 24.05.2018 hat die Beklagte, mit solchem vom 05.06.2018 die Klägerin jeweils das Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und zum Vorbringen der Beteiligten wird auf den Inhalt der vorliegenden Verwaltungsakte der Beklagten sowie der Prozessakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerechte und auch im Übrigen zulässige Berufung der Klägerin, über die der Senat aufgrund des Einverständnisses der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheidet, ist unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist die Aufhebung des Urteils des SG vom 21.06.2017, mit dem die auf die Rücknahme des Bescheids der Beklagten vom 06.03.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.07.2014 und die Gewährung einer Verletztenrente sowie die dementsprechende Aufhebung des dies ablehnenden Bescheids der Beklagten vom 09.10.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 04.02.2015 gerichtete kombinierte Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#) abgewiesen worden ist.

Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, ihren Bescheid vom 06.03.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.07.2014 zurückzunehmen und der Klägerin eine Verletztenrente zu gewähren.

Die begehrte Rücknahme dieses Bescheids richtet sich nach [§ 44 SGB X](#). Abs. 1 Satz 1 dieser Vorschrift bestimmt: Soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht oder Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind, ist der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen. Bei der hiernach vorzunehmenden Beurteilung, ob der betreffende Verwaltungsakt bereits bei seinem Erlass rechtswidrig war, ist der Zeitpunkt des Widerspruchsbescheids maßgebend (hier: Widerspruchsbescheid vom 02.07.2014), da der ursprüngliche Bescheid durch diesen erst seine abschließende Gestalt gefunden hat (BSG, Urteil vom 04.11.1998, [B 13 RJ 27/98 R](#), juris), wobei es nicht auf den Stand der Erkenntnisse bei Erlass des Verwaltungsakts, sondern im Zeitpunkt seiner Überprüfung ankommt und somit eine rückschauende Betrachtungsweise im Lichte einer eventuell geläuterten Rechtsauffassung zu der bei Erlass des zu überprüfenden Verwaltungsakts geltenden Sach- und Rechtslage zugrunde zu legen ist (BSG, Urteil vom 26.10.2017, [B 2 U 6/16 R](#), juris).

Ob der Bescheid vom 06.03.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 04.02.2015 hinsichtlich der Ablehnung der Gewährung einer Verletztenrente ab dem 09.12.2013 im Sinne von [§ 44 SGB X](#) rechtswidrig war, ergibt sich aus [§ 56](#) in Verbindung mit [§§ 72](#) und [8 SGB VII](#).

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern ([§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#)). Die 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](#)). Bei Verlust der Erwerbsfähigkeit wird Vollrente geleistet; sie beträgt zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes ([§ 56 Abs. 3 Satz 1 SGB VII](#)). Bei einer MdE wird Teilrente geleistet; sie wird in der Höhe des Vomhundertsatzes der Vollrente festgesetzt, der dem Grad der MdE entspricht ([§ 56 Abs. 3 Satz 2 SGB VII](#)).

Renten werden an Versicherte von dem Tag an gezahlt, der auf den Tag folgt, an dem der Anspruch auf Verletztengeld endet oder, wenn kein Anspruch auf Verletztengeld entstanden ist, der Versicherungsfall eingetreten ist ([§ 72 Abs. 1 SGB VII](#)).

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 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 Tätigkeiten sind auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit ([§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#)).

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ist für einen Arbeitsunfall im Regelfall erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls einer versicherten Tätigkeit zuzurechnen (innerer beziehungsweise sachlicher Zusammenhang) ist sowie diese Verrichtung wesentlich ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) verursacht (Unfallkausalität) und das Unfallereignis wesentlich einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht (haftungsbegründende Kausalität) hat (BSG, Urteil vom 31.01.2012, [B 2 U 2/11 R](#), juris Rz. 16 unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 29.11.2011, [B 2 U 10/11 R](#), juris; BSG, Urteil vom 18.01.2011, [B 2 U 9/10 R](#), juris; BSG, Urteil vom 18.11.2008, [B 2 U 27/07 R](#), juris). Für die Gewährung einer Verletztenrente ist erforderlich, dass aufgrund des Gesundheitserstschadens länger andauernde und mit einer rentenberechtigenden MdE zu bewertende Unfallfolgen - Gesundheitsdauerschaden - entstanden sind (haftungsausfüllende Kausalität). Bei der Bemessung der MdE handelt es sich um eine tatsächliche Feststellung, die das Tatsachengericht nach [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem

Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSG, Urteil vom 23.04.1987, [2 RU 42/86](#), juris).

Ausgangsbasis für die Beurteilung der Kausalzusammenhänge ist in einer ersten Prüfungsstufe die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der jedes Ereignis Ursache eines Erfolges ist, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (conditio-sine-qua-non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden beziehungsweise denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen. Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs beziehungsweise Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache ist allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. Dass der Begriff der "Gelegenheitsursache" durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist, berechtigt jedoch nicht zu dem Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen oder besonderen Problemen in der anschließenden Heilbehandlung, ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne Weiteres zu unterstellen ist. Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache beziehungsweise dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens - aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war -, weiterhin Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein. Wenn auch die Theorie der wesentlichen Bedingung im Unterschied zu der an der generellen Geeignetheit einer Ursache orientierten Adäquanztheorie auf den Einzelfall abstellt, bedeutet dies nicht, dass generelle oder allgemeine Erkenntnisse über den Ursachenzusammenhang bei der Theorie der wesentlichen Bedingung nicht zu berücksichtigen oder bei ihr entbehrlich wären. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das 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](#), juris).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweiswürdigung, dass die Gesundheitsschäden im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen müssen. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge zwischen dem Unfallereignis und den als Unfallfolgen geltend gemachten Gesundheitsstörungen ist die hinreichende Wahrscheinlichkeit erforderlich; die bloße Möglichkeit genügt insoweit nicht (BSG, Urteil vom 04.07.2013, [B 2 U 11/12 R](#), juris, unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 29.11.2011, [B 2 U 26/10 R](#), juris; BSG, Urteil vom 15.09.2011, [B 2 U 25/10 R](#), juris; BSG, Urteil vom 15.09.2011, [B 2 U 22/10 R](#), juris; BSG, Urteil vom 02.04.2009, [B 2 U 30/07 R](#), juris; BSG, Urteil vom 02.04.2009, [B 2 U 9/08 R](#), juris). Es gelten die allgemeinen Regeln der materiellen Beweislast. Danach trägt derjenige, der ein Recht für sich beansprucht, nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten der Ermittlung die materielle Beweislast für das Vorliegen der tatsächlichen Voraussetzungen dieses Rechts (BSG, Urteil vom 18.11.2008, [B 2 U 27/07 R](#), juris). Insbesondere bei psychischen Gesundheitsstörungen darf nicht aus einem rein zeitlichen Zusammenhang und der Abwesenheit konkurrierender Ursachen automatisch auf die Wesentlichkeit der einen festgestellten naturwissenschaftlich-philosophischen Ursache geschlossen werden. Angesichts der Komplexität psychischer Vorgänge und des Zusammenwirkens gegebenenfalls lange Zeit zurückliegender Faktoren, die unter Umständen noch nicht einmal dem Kläger bewusst sind, würde dies zu einer Beweislastumkehr führen, für die keine rechtliche Grundlage zu erkennen ist (BSG, Urteil vom 09.05.2006, [B 2 U 1/05 R](#), juris).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat die Klägerin keinen Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente aufgrund des Arbeitsunfalls vom 09.06.2012 ab dem 09.12.2013.

Soweit vorgetragen worden ist, die Voraussetzungen für die Gewährung einer Verletztenrente bestünden "über den 08.12.2013 hinaus" und der Antrag im Berufungsverfahren schriftsätzlich entsprechend formuliert worden ist, weist der Senat noch darauf hin, dass die Beklagte vor diesem Zeitpunkt eine Verletztenrente nicht gewährt hatte. Der Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente kommt vorliegend im Hinblick auf die Vorgabe in [§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) und den Umstand, dass die Beklagte die Zahlung des der Klägerin ab dem 23.07.2012 gewährten Verletzengeldes mit Ablauf des 08.12.2013 einstellte (bestandskräftiger Bescheid vom 02.12.2013), erstmals ab dem 09.12.2013 in Betracht.

Der Raubüberfall am 09.06.2012 erfüllt sämtliche Voraussetzungen eines Arbeitsunfalls im Sinne von [§ 8 SGB VII](#), was vorliegend auch nicht streitig ist. Der bereits für die Annahme eines Arbeitsunfalls erforderliche Gesundheitserstschaden bestand hier, da die Klägerin keine körperlichen Verletzungen erlitten hat (vgl. Spurensicherungsbericht der Kriminalpolizei I. vom 28.08.2012: "Zu einem direkten Kontakt des Täters mit Frau P. kam es nach ihren Angaben nicht."), in einem ausschließlich psychischen Gesundheitsschaden. Psychische Störungen infolge eines Unfallereignisses stellen einen Versicherungsfall dar, wenn sie als Gesundheitsschaden zu bewerten sind und ein rechtlich wesentlicher Ursachenzusammenhang besteht. Auch der regelwidrige geistige und seelische Schaden erfüllt diese Merkmale (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 158 m.w.N. zur Rechtsprechung des BSG, auch zum Nachfolgenden). Regelwidrigkeit liegt vor, wenn dem Zustand ein Krankheitswert zukommt. Der Unfallbegriff erfasst damit nicht nur

organische Verletzungen, sondern auch psychische Gesundheitsstörungen als unmittelbare Reaktion auf ein äußeres Ereignis (gesundheitlicher Erstschaaden). Es handelt sich nicht um die psychischen Folgen eines unfallbedingten physischen Traumas, sondern um die unmittelbare Verursachung einer psychischen Reaktion durch ein äußeres Ereignis (haftungsbegründende Kausalität). Vorliegend ist für die Stunden unmittelbar nach dem Raubüberfall am 09.06.2012 eine akute Belastungsreaktion (ICD-10 F43.0) zu diagnostizieren, aus der sich in den folgenden Tagen das Vollbild einer PTBS (ICD-10 F43.1) entwickelte. Der Senat stützt sich hierbei insbesondere auf das Gutachten von Prof. Dr. N ... Die vorgenannten Voraussetzungen eines Arbeitsunfalls sind somit gegeben.

Das Begehren der Klägerin kann vorliegend jedoch nur dann Erfolg haben, wenn die Beklagte bei Erlass des Widerspruchsbescheids vom 02.07.2014 das Recht unrichtig angewandt hat oder von einem Sachverhalt ausgegangen ist, der sich als unrichtig erweist, und deshalb Verletztenrente ab dem 09.12.2013 zu Unrecht nicht gewährt hat.

Dies ist nicht der Fall. Der Senat vermag bereits eine Erkrankung der Klägerin auf psychiatrischem Fachgebiet ab dem 09.12.2013 nicht mit dem erforderlichen Vollbeweis festzustellen.

Eine Erkrankung auf psychiatrischem Fachgebiet ist nicht bereits deshalb im Vollbeweis nachgewiesen, weil sie von einem behandelnden oder begutachtenden Arzt oder Therapeuten in der Diagnoseliste aufgeführt wird. Dies stellt für das Gericht zunächst nur einen Anhaltspunkt dafür dar, dass diese Gesundheitsstörung vorliegen könnte. Bei der Prüfung, ob die jeweils in Rede stehende Erkrankung tatsächlich mit dem erforderlichen Vollbeweis nachweisbar ist, sind folgende Grundsätze zu beachten: Zur Berücksichtigung einer psychischen Störung als Unfallfolge ist eine exakte Diagnose der Krankheit nach einem der international anerkannten Diagnosesysteme (z. B. ICD-10 = 10. Revision der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO aus dem Jahr 1989; DSM V = Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung, das in der aktuellen Fassung 2013 in den USA veröffentlicht wurde und seit 2014 in der deutschen Fassung vorliegt) unter Verwendung der dortigen Schlüssel und Bezeichnungen erforderlich, damit die Feststellung nachvollziehbar ist (vgl. BSG, Urteil vom 09.05.2006, [B 2 U 1/05 R](#), juris; Schönberger u.a., a.a.O., S. 150; Leitlinie Registernummer 051-029 der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften [AWMF]: "Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen", Stand 31.03.2012 [im Folgenden nur: Leitlinie 051-029] Teil II Kap. 3.2).

In den diesen Anforderungen genügender Weise kann der Senat das Vorliegen einer psychischen Erkrankung der Klägerin ab dem 09.12.2013 unter Auswertung der vorliegenden Gutachten und medizinischen Unterlagen nicht im Vollbeweis feststellen.

Bereits bei der Untersuchung der Klägerin im Verwaltungsverfahren durch den Diplom-Psychologen G. am 21.01.2014 war eine exakte Diagnose einer Erkrankung auf psychiatrischem Fachgebiet aufgrund erheblicher Aggravationstendenzen nicht mehr möglich, wie dieser in seinem Gutachten vom 14.02.2014 überzeugend dargelegt hat. Bei der Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung zeigten sich Auffälligkeiten in sämtlichen Beschwerdevalidierungsverfahren, sowohl in den neuropsychologischen als auch in den rein psychometrischen. So wurde eine so starke Reaktionsverlangsamung dargeboten, wie sie sonst nur bei einer starken Hirnstammschädigung zu finden ist. Des Weiteren wurden zunächst massivste Gedächtnisstörungen und eine grenzwertige Intelligenzleistung präsentiert, die weder dem prämorbidem Leistungsniveau noch einer zu erwartenden Beeinträchtigung durch eine PTBS entsprachen. Nach Thematisierung, dass unter diesen Umständen die Fahrfähigkeit eingeschränkt sein dürfte, zeigte sich eine erhebliche Leistungssteigerung. Mit dem Diplom-Psychologen G. geht auch der Senat davon aus, dass eine bewusste Aggravation oder Simulation beim ersten Durchgang sicherlich der Grund dafür war, warum die Testergebnisse so defizitär waren. Nachvollziehbar ist der Diplom-Psychologe G. dann zu dem Ergebnis gelangt, dass zwar sicherlich nicht vollständig von einer Simulation sämtlicher Beschwerden auszugehen, sondern ein authentischer Beschwerdekern anzunehmen ist, der allerdings aufgrund der Aggravationstendenzen nicht sicher herausgearbeitet werden kann, so dass eine psychische Störung nicht mit der notwendigen Sicherheit (Vollbeweis) festgestellt werden kann.

Prof. Dr. N. hat in seinem Gutachten u.a. dargelegt, dass die Angaben der Klägerin zu einigen wesentlichen Verhaltenstatsachen in Teilbereichen unplausibel waren. So hat Prof. Dr. N. zutreffend darauf hingewiesen, dass die angegebene Reduktion des Nachtschlafes langjährig auf pro Nacht "zwei bis vier Stunden" bzw. "höchstens zwei Stunden" (so ja auch der Diplom-Psychologe E. in seiner Auskunft an das SG vom 25.06.2015: "Sie berichtet über eine Schlafdauer von höchstens 2 Stunden in der Nacht.") bei gleichzeitig verneintem kompensatorischen Tagesschlaf schlafphysiologisch nicht vorstellbar ist. Unplausibel waren die Angaben auch insoweit, als eine nur geringe Konzentrationsfähigkeit angegeben wurde, bei den mehrstündigen Explorationssitzungen dann aber eine altersentsprechend durchschnittlich ausgeprägte Konzentrationsleistung zur Darstellung gekommen ist. Wechselhaft waren die Angaben etwa zum Einkaufen von Brot (Brot könne sie in Geschäften selbstständig einkaufen, wenn sie ganz früh in den Laden gehe; sie gehe nur sehr ungern in Bäckereien wegen des Geruchs von frisch Gebackenem, dieser Geruch löse bei ihr Angst aus; sie gehe grundsätzlich nur in Bäckereien, in denen nicht selber gebacken wird; sie meide selbst Backwarenabteilungen in normalen Lebensmittelgeschäften; sie meide in Lebensmittelgeschäften ohne eigene Backwaren-Abteilungen selbst die Regale mit abgepackten Broten; sie kaufe überhaupt kein Brot, "ich lasse zu 100 % andere das Brot kaufen", womit sie Backwaren allgemein meine). Ferner berichtete die Klägerin von Flashbacks auch in der Untersuchungssituation, jedoch vermochte Prof. Dr. N. lediglich Zeichen emotionaler Anspannung festzustellen, nicht hingegen im Sinne von halluzinationsähnlichen Zuständen, wie sie definitionsgemäß für einen Flashback erforderlich sind. Außerdem ergaben sich erhebliche Diskrepanzen zwischen Selbstbeschreibung im psychometrischen Selbstbeurteilungsverfahren und dem beobachtbaren klinischen Bild. In der depressionbezogenen Selbstbeschreibung erzielte die Klägerin einen Wert, der für ein schwer ausgeprägtes depressives Erleben spricht. Dem stand jedoch sehr klar der psychopathologische Befund entgegen, der lediglich eine leicht herabgeminderte Stimmungslage mit insgesamt dysphorisch-klagsamem, teils auch gereiztem Affekt zeigte. Relevante Antriebsstörungen, kognitive Störungen, formal gedankliche Störungen, gar Sinnestäuschungen oder Wahrnehmungsstörungen, wie sie bei schwerster Depression vorliegen können, konnte Prof. Dr. N. klar ausschließen. Des Weiteren erbrachte die Persönlichkeitsdiagnostik mittels des auf Selbstangaben der Klägerin beruhenden PSSI extreme Ergebnisse, die - würde es sich um eine Abbildung realer Gegebenheiten handeln - für eine schwer pathologische Persönlichkeitsstruktur mit multiplen Profildipfeln des paranoiden, schizoiden, Borderline-, selbstunsicheren, zwanghaften und depressiven Persönlichkeitsstils sprächen. Die Ergebnisse des PSSI basieren auf Selbstangaben der Klägerin. Im parallel durchgeführten FPI-R, bei dem eine Kontrollskala (Offenheits-Skala) existiert, erzielte die Klägerin auf dieser Skala einen extremen Wert, der auf das Vorliegen einer Antworttendenz in Richtung auf das sozial Erwünschte oder sonst wie Opportune hinweist. Es müssen damit substantielle Zweifel an der Authentizität der Angaben der Klägerin in diesen Persönlichkeitsfragebögen erhoben werden, so dass die formalen Ergebnisse nicht aussagekräftig sind. In den zwei durchgeführten psychometrischen Verfahren zur Messung typischer traumaassoziierter Beschwerden

(PTSS-10 und IES-R) erzielte die Klägerin Ergebnisse, die formal für eine extreme Ausprägung praktisch aller vorstellbaren traumaassoziierten Beschwerden und Symptome sprechen. Prof. Dr. N. hat insoweit nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass diese Werte im vorliegenden Fall ganz unplausibel und nicht in Einklang mit dem psychopathologischen Befund und den übrigen Angaben der Klägerin zu Beschwerden und Symptomen nach dem in Rede stehenden Schädigungsereignis zu bringen sind. Auch die durchgeführten testpsychologischen Beschwerdevalidierungsverfahren waren auffällig. Das Ergebnis des SFSS weist insgesamt auf massive Verdeutlichungstendenzen im Sinne einer ungewöhnlichen Häufung ungewöhnlicher Symptome hin. Im WMT ergaben sich hocheffiziente Werte, die in Teilbereichen auf dem Niveau der Ratewahrscheinlichkeit liegen und - wären sie authentisch - von einer Person mit einem kompletten amnestischen Syndrom, fortgeschrittener Demenz oder schwersten kognitiven Störungen zu erhalten sind. Zusammenfassend - so Prof. Dr. N. - ergeben sich damit nicht unerhebliche Hinweise auf Atypien im Aussage- und Kooperationsverhalten der Klägerin mit unplausiblen, wechselhaften, widersprüchlichen Angaben sowie testpsychologisch nachgewiesener mangelnder Offenheit in Persönlichkeitsinventaren und mangelhafter Anstrengungsbereitschaft in einem Leistungstest. Die multiplen Hinweise auf negative Antwortverzerrungen und instruktionswidrige Anstrengungsminderleistungen lassen den dringenden Verdacht auf zumindest aggravatorische Verhaltenstendenzen aufkommen. Zur PTBS im Besonderen hat Prof. Dr. N. dann überzeugend dargelegt, dass aus den oben aufgeführten Gründen weder das nach ICD-10 für eine PTBS erforderliche B-Kriterium (anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen [Flashbacks], lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen) noch das C-Kriterium (Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Ereignis) weiterhin mit der erforderlichen Sicherheit (Vollbeweis) nachweisbar sind; dies spätestens seit der Befundlage und Analyse im Gutachten des Diplom-Psychologen G. vom 14.02.2014.

Die oben aufgezeigten, von dem Diplom-Psychologen G. und dem gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. N. beschriebenen Umstände machen es ferner unmöglich, eine exakte Diagnose gemäß den oben genannten Diagnosesystemen für die Zeit ab dem 09.12.2013 zu stellen. Angesichts bestehender Kompensationswünsche, die so gut wie immer die Basis für rechtliche Verfahren im Rahmen psychischer Schädigungsfolgen stellen und dem Umstand, dass bei der Feststellung psychischer Schädigungsfolgen die subjektiven Angaben eine nicht unerhebliche Rolle spielen, kommt der Abgrenzung zwischen tatsächlichen und nicht authentischen Beschwerden große Bedeutung zu (vgl. auch Leitlinie 051-029 Teil II Kap. 3.4). Zu Recht wird daher schon seit langem in der Rechtsprechung des BSG darauf hingewiesen, dass die "Simulationsnähe" zahlreicher Neurosen bei der Feststellung der anspruchsbegründenden Tatbestandsmerkmale einen strengen Maßstab fordert; für ihr Vorhandensein, also für das tatsächliche Vorliegen von seelischen (seelisch bedingten) Störungen, ihre Unüberwindbarkeit aus eigener Kraft und ihre Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit trifft den Rentenbewerber die (objektive) Beweislast; es geht demnach zu seinen Lasten, wenn das Gericht trotz sorgfältiger Ermittlungen und bei gebotener kritischer Würdigung der Verfahrensergebnisse Vortäuschung der Störungen, Überfälligkeit der Störungen oder Unerheblichkeit der Störungen für die Berufsfähigkeit nicht ausschließen kann (BSG, Urteil vom 01.07.1964, [11/1 RA 158/61](#), juris). Hinsichtlich der ja vorliegend insbesondere in Rede stehenden andauernden PTBS ist noch darauf hinzuweisen, dass bei der Diagnose einer über mehrere Jahre anhaltenden PTBS hohe Anforderungen zu stellen sind, da insbesondere progrediente Entwicklungen dem zu erwartenden degressiven Charakter einer PTBS widersprechen (vgl. Schönberger u.a., a.a.O., S. 154).

Dies zugrunde gelegt ist es im Hinblick auf die nachgewiesenen Aggravations- bzw. Simulationstendenzen, Unplausibilitäten, Widersprüche und Ungereimtheiten nicht möglich, im Vollbeweis eine exakte Diagnose für die Zeit ab dem 09.12.2013 zu stellen, weder die vorliegend im Besonderen diskutierte PTBS noch eine der übrigen im Laufe des Verfahrens genannten Diagnosen. Dies haben der Diplom-Psychologe G. und Prof. Dr. N. unter Beachtung der hierbei zu berücksichtigenden Maßstäbe zutreffend dargelegt. Es bestehen lediglich ein V. a. Agoraphobie (ICD-10 F40.0V), ein V. a. anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4V) sowie ein V. a. dysthyme Störung (ICD-10 F34.1V).

Soweit in der Berufungsbegründung hier eine "Nichtfestlegung" kritisiert wird, ist dies nicht gerechtfertigt. Denn wenn der Sachverständige - wie hier - das Vorliegen der jeweils in Rede stehenden Gesundheitsstörung nicht mit der erforderlichen Sicherheit feststellen kann, hat er dies kenntlich zu machen und nicht einfach irgendeine Diagnose als feststehend anzugeben. Auch aus den Berichten bzw. Stellungnahmen der die Klägerin behandelnden Ärztinnen Dr. F. und C. sowie insbesondere des behandelnden Diplom-Psychologen E. ergibt sich kein anderes Ergebnis. Insoweit ist zunächst im Allgemeinen zu beachten, dass bei der Beweiswürdigung der therapeutische Ansatz zu berücksichtigen ist. Von Behandlerseite muss ein Vertrauensverhältnis zum Patienten aufgebaut werden, demzufolge dessen Angaben in der Regel nicht kritisch in Frage gestellt werden. Deswegen kommt der Einschätzung des gerichtlichen Sachverständigen auch grundsätzlich ein höherer Beweiswert zu (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.09.2016, [L 6 VG 381/15](#), juris, m.w.N.). Abgesehen davon stützen sich die behandelnden Ärztinnen bzw. der behandelnde Therapeut bei den von ihnen angegebenen Diagnosen vorliegend maßgeblich bzw. mitunter in wesentlichen Punkten ausschließlich auf die Angaben der Klägerin. Besonders deutlich zeigt sich dies in der zuletzt noch vorgelegten Stellungnahme des Diplom-Psychologen E. vom 06.11.2017, in welcher er aufzeigt, dass die einzelnen Kriterien einer PTBS gemäß DSM-IV erfüllt seien. Darin finden sich häufig Formulierungen wie "Frau P. berichtet", "Frau P. erlebt sich", "Frau P. sieht sich nicht mehr in der Lage" usw. Entsprechende Angaben könnten jedoch allenfalls dann zur Stellung der Diagnose einer PTBS herangezogen werden, wenn das Unfallopfer, das immerhin ein Interesse am Ausgang des Rechtsstreits hat, überaus glaubwürdig und seine Angaben hundertprozentig glaubhaft wären (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 16.05.2007, [L 17 U 127/06](#), juris). Vorliegend bestehen aber die bereits oben aufgezeigten Ungereimtheiten und damit gerade Zweifel. Soweit der Diplom-Psychologe E. in seinem Bericht vom 13.10.2014 auf von ihm am 09.09. und 29.09.2014 durchgeführte Testuntersuchungen (Zahlennachsprechen [Merkfähigkeitstest], d2 [Konzentrationstest], ADS [Allgemeine Depressionsskala], FDS [Fragebogen zu dissoziativen Symptomen], ETI [Essener Trauma-Inventar]) verweist und weiter ausführt, dass Hinweise auf Aggravationstendenzen, Simulation und Dissimulation nicht vorlägen, bleibt unklar, wie er zu diesem Schluss kommt. Der Diplom-Psychologe G. hat in seiner Stellungnahme vom 21.09.2015 bereits darauf hingewiesen, dass die durchgeführten Testungen allein unzureichend sind, weil dem Bericht eine Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung oder der Einsatz von Beschwerdenuvalidierungsverfahren oder Kontrollskalen nicht zu entnehmen ist. Soweit der Diplom-Psychologe E. in seiner Auskunft an das SG vom 25.06.2015 nun die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) gestellt hat, kann dem bereits deswegen nicht gefolgt werden, da einmalige äußere Ereignisse definitionsgemäß grundsätzlich nicht zu einer andauernden Persönlichkeitsänderung führen können. Auch das von der Verwaltung im OEG-Verfahren eingeholte Gutachten der Psychiaterin L. belegt nicht das Vorliegen einer psychischen Erkrankung im Vollbeweis. Das Gutachten leidet bereits an methodischen Mängeln, worauf Prof. Dr. N. zutreffend hingewiesen hat. So enthält der in dem Gutachten angegebene psychopathologische Befund eine Vermengung von Befundmitteilungen mit Beschwerdeangaben. Bereits aus diesem Grund kann dem nicht leitliniengerechten Gutachten hinsichtlich der



Diagnosestellung nicht gefolgt werden. Hinzu kommt, dass auch die Gutachterin L. "gewisse Verdeutlichungstendenzen" beschreibt, dann aber auf eine weitere eingehende Aufklärung, insbesondere den Einsatz von Beschwerdevalidierungstests, verzichtet. Schließlich ergibt sich das Vorliegen einer Störung auf psychiatrischem Fachgebiet mit dem erforderlichen Vollbeweis ab dem 09.12.2013 nicht aus dem nach [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachten des Prof. Dr. O ... Die zuvor genannten methodischen Mängel finden sich auch hier. Insbesondere sind die angegebenen Diagnosen nicht im Einzelnen begründet und mangels Durchführung einer Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung, die hier jedenfalls aufgrund der bereits in den Gutachten des Diplom-Psychologen G. und des Prof. Dr. N. beschriebenen Zweifeln erforderlich gewesen wäre, kann deren Vorliegen nicht mit dem erforderlichen Vollbeweis festgestellt werden, wie der Diplom-Psychologe G. in seiner Stellungnahme vom 24.04.2017 zutreffend dargelegt hat.

Nach alledem kann ab dem 09.12.2013 bis zum Erlass des Widerspruchsbescheids vom 02.07.2014 eine Gesundheitsstörung der Klägerin auf psychiatrischem Fachgebiet unter Anlegung der hier zu beachtenden Maßstäbe nicht mit dem erforderlichen Vollbeweis festgestellt werden. Dies geht zu Lasten der Klägerin. Bereits aus diesem Grund besteht der geltend gemachte Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nicht.

Kann - wie vorliegend - bereits eine Gesundheitsstörung anhand der gültigen Diagnosesysteme nicht mit dem erforderlichen Vollbeweis festgestellt werden, erübrigen sich grundsätzlich Ausführungen zur Kausalität. Allerdings geht der Diplom-Psychologe G. von einem "authentischen Beschwerdekern" aus und auch Prof. Dr. N. vermochte zumindest Verdachtsdiagnosen zu formulieren. Da auch der Senat vom Vorliegen einer - wie auch immer genau zu bezeichnenden - psychiatrischen Symptomatik ausgeht, wird der Vollständigkeit halber noch darauf hingewiesen, dass erhebliche Zweifel daran bestehen, dass diese Symptomatik mit hinreichender Wahrscheinlichkeit rechtlich wesentlich auf den Arbeitsunfall vom 09.06.2012 zurückzuführen ist, wie Prof. Dr. N. überzeugend aufgezeigt hat. Soweit zur Berufungsbegründung vorgetragen worden ist, dass diese Argumentation nicht zugrunde gelegt werden dürfe, weil es hierfür des Vollbeweises nachgewiesener Vorerkrankungen bedürfe, ist dieser Einwand hier nicht zutreffend. Richtig ist, dass Vorerkrankungen oder eine Schadensanlage als konkurrierende Ursachenfaktoren im Vollbeweis zu sichern sind (vgl. Schönberger u.a., a.a.O., S. 172). Diskutiert und bejaht hat der Sachverständige jedoch eine sog. Verschiebung der Wesensgrundlage. Bei länger anhaltenden psychoreaktiven Gesundheitsstörungen ist nämlich ergänzend zu prüfen, ob und inwieweit auch der weitere Verlauf noch rechtlich wesentlich auf die ursprünglichen Reaktionen zurückzuführen ist und nicht vielmehr Begehrungsvorstellungen oder sonstige aus der Psyche wirkende Kräfte so weit in den Vordergrund treten, dass sie für den weiteren Verlauf die rechtlich allein wesentliche Ursache bilden (vgl. Schönberger u.a., a.a.O., S. 165). Eine Verschiebung der Wesensgrundlage ist insbesondere bei einer (vermeintlich) mehrere Jahre anhaltenden PTBS zu prüfen (vgl. Schönberger u.a., a.a.O., S. 154). Prof. Dr. N. hat nach sehr gründlicher Auswertung der Aktenlage und ausführlicher Untersuchung der Klägerin für den Senat überzeugend dargelegt, dass vorliegend schädigungsfremde Faktoren in Form von bereits vor dem Raubüberfall bestehenden intrafamiliären Belastungen, die sich durch die Aufrechterhaltung der psychischen Symptomatik reduziert haben (es ist Harmonie und Zusammenhalt eingekehrt), zu einer Verschiebung der Wesensgrundlage der ursprünglich schädigungsbedingten Angstsymptomatik führten. Der Senat nimmt insoweit auf die schlüssigen Ausführungen des Prof. Dr. N. auf Seite 72 bis 75 seines Gutachtens vollumfänglich Bezug. Überzeugend führt der Sachverständige dort auch aus, dass ein exakter Zeitpunkt, ab wann genau ein überwiegend schädigungsfremder Faktor vorgelegen hat, nicht definiert werden kann, dass sich aber aus dem Gutachten des Diplom-Psychologen G. vom 14.02.2014 hinreichend deutlich ergibt, dass dies zu dem Zeitpunkt der dortigen Untersuchung der Klägerin bereits der Fall war. Im Übrigen dürfte auch das nach [§ 109 SGG](#) eingeholte Gutachten des Prof. Dr. O. dahingehend zu verstehen sein, dass er von einer Verschiebung der Wesensgrundlage ausgeht, da er ausführt, dass die Chronifizierung und Aufrechterhaltung der Symptomatik auf die unverändert wirksame Psychodynamik und einen damit verbundenen Krankheitsgewinn zurückzuführen sei, und das Gutachten damit abschließt, dass sich hinsichtlich der schlussendlichen Bewertung keine Unterschiede zu den Gutachten des Diplom-Psychologen G. und des Prof. Dr. N. ergäben.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 Satz 1 SGG](#).

Die Revision ist nicht zuzulassen, da keiner der Gründe des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) gegeben ist.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-02-18