

L 17 U 285/21

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
17
1. Instanz
SG Gelsenkirchen (NRW)
Aktenzeichen
S 13 U 301/19
Datum
30.04.2021
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 17 U 285/21
Datum
30.03.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 30.04.2021 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt im Rahmen eines Überprüfungsverfahrens die Feststellung weiterer Unfallfolgen und die Gewährung einer Verletztenrente.

Der am 00.00.1978 geborene Kläger stürzte am 14.11.2007 während seiner Tätigkeit als Gerüstbauhelfer aus einer Höhe von vier Metern von einem Gerüst. In dem Durchgangsarztbericht vom 28.11.2007 wurde festgehalten, dass der Kläger nach den Angaben des erstversorgenden Notarztes somnolent gewesen, er habe jedoch alle vier Extremitäten bewegen können. Bei dem schon am Unfallort intubierten Kläger wurde eine Schädelkalottenfraktur mit Subarachnoidalblutung, eine Kopfplatzwunde occipital sowie eine perilunäre Luxation an der rechten Handwurzel diagnostiziert. Im Anschluss an die stationäre Behandlung im Krankenhaus N vom 14.11.2007 bis 06.12.2007 wurden diese Diagnosen bestätigt. In dem Entlassungsbericht des Krankenhauses N vom 06.12.2007 war außerdem auf ein bekanntes Alkoholproblem in der Vorgeschichte hingewiesen worden. Das MRT des Schädels vom 22.11.2007 zeigte ein kleines epidurales Hämatom rechts temporal und eine oberflächliche Kontusionsblutungen rechts mit Subduralhämatomanteilen. Während der stationären Behandlung erfolgte auch die operative Versorgung der rechten Hand (geschlossene Reposition, K-Draht-Osteosynthese).

Auf Veranlassung der Beklagten erstellte Dr. A ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten. In dem Gutachten vom 20.04.2008 führte Dr. A aus, der Kläger habe bei der Untersuchung berichtet, er stamme aus schwierigen Familienverhältnissen und habe eine belastete Kindheit und Jugend hinter sich. Seine Eltern hätten sich getrennt, als er 12 Jahre alt gewesen sei, er sei daraufhin ins Kinderheim gekommen. Er habe damals einen großen Teil seines Vertrauens in die Menschheit verloren. An das Unfallereignis und den Transport ins Krankenhaus habe er sich zunächst nicht erinnern können. Das Gedächtnis sei erst während des Krankenhausaufenthaltes langsam, mit gewissen Lücken, wieder gekommen. Danach habe er Ängste und Alpträume bekommen. Er habe auch andere Ängste bemerkt. Er fühle sich z.B. in Aufzügen, Menschenansammlungen oder in einem vollen Treppenhaus schlecht und panisch. Schon die Vorstellung, auf eine Leiter zu klettern, löse bei ihm ein starkes Unwohlsein aus. Für ihn selbst sei aber das Handgelenk das Hauptproblem. Er könne dies zwar nach der Metallentfernung Ende Januar wieder besser bewegen, er habe aber noch störende Restschmerzen. Er habe phasenweise Probleme mit Alkohol gehabt, deshalb habe er auch seinen Führerschein verloren (1,6 Promille), den er erst im August 2008 wieder bekomme. Dr. A stellte an Unfallfolgen einen Zustand nach Schädelhirntrauma mit Kalottenfraktur rechts temporal und kleiner Subarachnoidalblutung im rechten Schläfenlappen sowie kleinem Subduralhämatom occipital und eine Commotio cerebri mit schrittweiser Symptomrückbildung, mittlerweile ohne bleibende Restsymptome aus organisch neurologischer Sicht, und eine posttraumatische Entwicklung eines phobischen Syndroms mit stark ausgeprägten Höhenängsten sowie Teilsymptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) fest. Die unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage 10 v.H. Unfallunabhängig diagnostizierte Dr. A einen anamnestisch wiederkehrenden episodischen Alkoholabusus ohne Zeichen einer Abhängigkeit, derzeit Alkoholabstinenz.

Auf Anregung des Dr. R war der Kläger dann anschließend in psychotherapeutischer Behandlung, zunächst ambulant und schließlich im September 2008 stationär in der Psychosomatischen Klinik des S-Hospitals K. In dem Abschlussbericht dieser Klinik wurde ausgeführt, der Gesundheitszustand des Klägers habe sich zwar leicht gebessert, er sei vor dem Hintergrund einer PTBS aber nicht in der Lage, über Brücken zu gehen, an einem Baugerüst vorbeizugehen oder aus Höhen hinabzuschauen. Auch ab Januar war der Kläger wieder ohne durchgreifenden Erfolg ambulant in psychotherapeutischer Behandlung.

Am 20.12.2008 führte der Beratungsarzt der Beklagten, Dr. F von der Neurologischen Klinik und Poliklinik des C-Krankenhauses M, nach einer Untersuchung des Klägers aus, dieser leide an einer unfallbedingten Höhenphobie. Diese habe zwar nicht validiert werden können, entspreche jedoch den klinischen Erfahrungen nach bewusst erlebten Stürzen aus größeren Höhen. Nach einer geeigneten Therapie dürfte hier keine MdE in rentenberechtigender Höhe verbleiben. Hinweise auf eine PTBS lägen nicht vor; bei der Untersuchung hätten keine diagnoserelevanten Kriterien eruiert werden können. Aufgrund der psychologischen Exploration hätten sich aber Hinweise auf psychische Faktoren ergeben, die zur Aufrechterhaltung des derzeitigen Beschwerdebildes beitragen würden. So komme der körperlichen und psychischen Symptomatik auf dem Hintergrund einer unklaren Perspektive, einhergehend mit dem Wunsch nach Wiedergutmachung, eine evident appellativ-kommunikative Funktion zu. Nach Aktenlage zeige sich rückblickend, dass der angekündigte Wiedereintritt in das Berufsleben für den Kläger offenbar eine subjektiv überhöhte Stressbelastung bedeutete, auf die er mit Vermeidungsverhalten bzw. mit subjektiv berichtetem Alkoholkonsum reagiert habe. Das dysfunktionale Verhalten habe nicht zuletzt im medizinischen System eine positive Verstärkung erfahren, was eine zunehmende Internalisierung der Krankenrolle bewirkt und somit zu einer Chronifizierung der Beschwerden geführt habe. Angesichts der Eigenangaben des Klägers, wonach er bereits 2001 nach dem Tod seiner Großmutter vermehrt Alkohol getrunken habe, lasse sich darauf schließen, dass es sich hier bei mangelnden adaptiven Bewältigungsressourcen sowie einer Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen Anteilen offenbar um eine generalisierte dysfunktionale Coping-Strategie mit vermehrter subjektiver Stressbelastung handele. In einer weiteren beratungärztlichen Stellungnahme vom 08.07.2009 vertrat Dr. F dann die Auffassung, es sei eine Verschiebung der Wesensgrundlage hin zu unfallunabhängigen Kausalfaktoren anzunehmen. Eine PTBS sei nicht nachvollziehbar. Bezüglich der Höhenphobie seien weitere Behandlungen zu Lasten der Berufsgenossenschaft nicht angezeigt.

Anschließend holte die Beklagte ein fachchirurgisches Gutachten von Dr. G und ein weiteres neurologisch-psychiatrisches Gutachten von Dr. R ein.

Dr. G stellte in seinem Gutachten vom 23.07.2009 fest, dass er bei seiner Untersuchung am rechten Handgelenk nur noch Restbeschwerden und eine leichte, endgradige Bewegungseinschränkung, die funktionell nicht bedeutsam sei, festgestellt habe. Die MdE hierfür betrage unter 10 v.H.

Dr. R stellte in seinem Gutachten vom 04.09.2009 erneut einen Zustand nach Schädelhirntrauma mit Kalottenfraktur rechts temporal und kleiner Subarachnoidalblutung im rechten Schläfenlappen sowie kleinem Subduralhämatom occipital und Comotio cerebri mit schrittweiser Symptomrückbildung, mittlerweile aber ohne bleibende Restsymptome und eine posttraumatische Entwicklung einer stark ausgeprägten Höhenangst und depressiver Symptomatik fest. Die zwischenzeitlich bestandene PTBS habe sich seit Anfang 2009 zurückgebildet und liege ab dem 12.05.2009 nicht mehr vor. Die MdE betrage ab dem 12.05.2009 20 v.H. Der Kläger befinde sich weiterhin in psychotherapeutischer Behandlung, unter anderem auch wegen der Unfallfolgen. Die Höhenängste betrafen mittlerweile nicht nur die berufliche Exposition, auch im Alltagsleben führten schon Gedanken an Baustellen, Treppenhäuser und das Sehen von Gerüsten teilweise zu deutlichen Ängsten und Vermeidungsverhalten. Unfallunabhängig lägen eine Persönlichkeitsstörung mit ängstlich abhängigen und emotional-instabilen Zügen und ein wiederkehrender Alkoholmissbrauch vor.

In einer beratungärztlichen Stellungnahme vom 26.11.2009 wies der Neurologe und Psychiater Dr. B auf erhebliche Mängel in dem Gutachten des Dr. R hin. Die Kriterien der gestellten Diagnosen seien weder auf der Anamneseebene noch auf der Befundebene systematisch überprüft und erhoben worden. Aus den Befunden gehe keine der Diagnosen nachvollziehbar hervor. Die Diagnose einer posttraumatischen Entwicklung mit einer stark ausgeprägten Höhenangst sei nicht nachvollziehbar. Die Diagnose „Höhenangst“ existiere nicht. Nach den gültigen Diagnoseschlüsseln liege bei dem Kläger sicher keine Phobie vor, sondern allenfalls eine rationale Furcht vor weiteren Absturzunfällen. Im Übrigen handele es sich bei Phobien grundsätzlich um anlagebedingte, und nicht um unfallbedingte psychische Störungen. Eine PTBS habe auch in der Vergangenheit nicht vorgelegen. Die Annahme einer MdE von 20 v.H. habe der Gutachter nicht begründet.

Mit Bescheid vom 19.01.2010 lehnte die Beklagte einen Rentenanspruch des Klägers ab. Zur Begründung führte sie aus, nach den beigezogenen Gutachten und Stellungnahmen seien keine Unfallfolgen verblieben, die ab dem 13.05.2009 (Wegfall Verletztengeld 12.05.2009) eine MdE messbaren Grades bedingten. In dem anschließenden Widerspruchsverfahren gelangte ein Gutachten von dem Psychiater Dr. L vom Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 02.03.2010 zu den Akten. Dieser vertrat die Auffassung, die Stellungnahme des Dr. B sei nicht nachvollziehbar. Seiner Meinung nach bestehe sehr wohl ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der psychischen Störung des Klägers und deren Behandlungsbedürftigkeit und dem Unfallereignis. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, vor dem Unfallereignis habe der Kläger nicht an einer psychischen Erkrankung gelitten. Die stationäre Behandlung ab dem 17.09.2008 in der Psychosomatischen Klinik des S-Hospitals K sei aller Voraussicht nach nicht erforderlich gewesen, wenn das Unfallereignis nicht stattgefunden hätte. Nach Einholung einer weiteren beratungärztlichen Stellungnahme von Dr. B vom 03.05.2010, der auch in Kenntnis des Gutachtens des Dr. L bei seiner bisher vertretenen Auffassung blieb, wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 25.03.2010 zurück.

In dem anschließenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht Gelsenkirchen (SG) zum Az. S [7 U 123/10](#) holte das SG ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten von dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. T ein. Dieser führte in dem Gutachten vom 05.01.2011 aus, auf nervenärztlichem Fachgebiet könnten hirnorganisch begründbare Störungen als Folge des Unfalls vom 14.11.2007 nicht festgestellt werden. Aufgrund der anamnestischen Angaben des Klägers sei von einer spezifischen Phobie mit Höhenängsten auszugehen. Der kausale Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 14.11.2007 sei wahrscheinlich. Bezogen auf das allgemeine Erwerbsleben ergebe sich hieraus jedoch keine MdE von mindestens 10 v.H. Unfallunabhängig liege beim Kläger eine erhebliche psychovegetative Labilität mit der Tendenz zu dissoziativen Verhaltensweisen vor. Eine erhebliche Ausprägung situationsbezogener Ängste als Folge des nicht erinnerten Unfallereignisses vom 14.11.2007 sei nicht wahrscheinlich zu machen. Auch die Annahme des Dr. R, es lägen Teilsymptome einer PTBS, könne er nicht bestätigen, da der Kläger gar keine Erinnerung an das Unfallereignis gehabt habe und somit das Eingangskriterium einer PTBS, nämlich das Erleben einer in hohem Maße gefährdenden bzw. lebensbedrohlichen Situation, nicht gegeben sei. Der Kläger habe im Übrigen bei der

Untersuchung nicht über Symptome geklagt, die einer PTBS zugeordnet werden könnten. Auch für eine leichte bis mittelschwere depressive Symptomatik habe sich kein Anhalt ergeben.

Im Verhandlungstermin vom 01.04.2011 nahm der Kläger die Klage zurück und beantragte gegenüber der Beklagten die Anerkennung einer Höhenphobie als weitere Unfallfolge. Ihm gehe es nicht um eine Rente, sondern um eine berufliche Perspektive.

Die Beklagte holte daraufhin erneut eine beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. B ein, der in seiner Stellungnahme vom 09.05.2011 die Auffassung vertrat, eine Phobie sei nicht im Vollbeweis gesichert. Das Unfallereignis sei grundsätzlich nicht geeignet, eine Phobie herbeizuführen. Die vom Kläger geklagten Befürchtungen seien eher einem Vermeidungsverhalten nach erlebtem Unfall zuzuordnen.

Anschließend beauftragte die Beklagte den Psychiater Dr. Y aus N, den der Kläger im Rahmen seines Auswahlrechts benannt hatte, mit einer Begutachtung des Klägers. Dieser gelangte in seinem Gutachten vom 02.12.2011 zu der Einschätzung, die Diagnose einer Höhenangst könne er nicht bestätigen, die Symptomatik des Klägers entspreche eher einer PTBS. Die Symptomatik habe sich aber soweit gebessert, dass nur noch eine geringe Behinderung daraus resultiere, der Kläger könne normale soziale Funktionen ausüben. Die klinisch-neurologische Untersuchung habe keine Befunde von Krankheitswert ergeben.

Am 18.10.2012 teilte Dr. D mit, die Diagnose einer Höhenphobie sei zwischenzeitlich objektiviert worden, die MdE hierfür betrage 10 v.H.

Mit bestandskräftigem Bescheid vom 08.12.2014 nahm die Beklagte den Bescheid vom 19.01.2010 gem. § 44 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) teilweise zurück und erkannte als weitere Unfallfolge eine spezifische Phobie im Sinne einer Höhenangst an. Die vorbestehende Persönlichkeitsstörung mit ängstlich abhängigen und emotional instabilen Züge und wiederkehrenden Alkoholmissbrauchs wertete sie als unfallunabhängig.

Im Oktober 2018 beantragte der Kläger unter Vorlage eines Berichtes des Neurologen und Psychiaters Dr. E aus U vom 02.09.2018, der ausführte, der Kläger leide unfallbedingt an einem organischen Psychosyndrom, einer PTBS und einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung, eine Überprüfung der bestandskräftigen Bescheide. Die Unfallfolgen seien wohl doch weitgehender als bisher angenommen. Aufgrund seiner Erkrankung habe er erneut seinen Job verloren. Er sei erneut in ein tiefes Loch gefallen. Ihm gehe es psychisch sehr schlecht. Seiner Ansicht nach seien seine psychischen Probleme auf die Folgen des Arbeitsunfalls vom 14.11.2007 zurückzuführen.

Mit Bescheid vom 22.11.2018 lehnte die Beklagte es ab, den bindenden Bescheid vom 19.01.2010 in Verbindung mit dem Bescheid vom 08.12.2014 zurückzunehmen. Die erneute Überprüfung habe ergeben, dass bei Bescheiderteilung weder das Recht unrichtig angewandt noch von einem Sachverhalt ausgegangen worden sei, der sich als unrichtig erwiesen habe.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein und führte zur Begründung aus, der Unfall vom 14.11.2007 habe nicht nur zu einer Höhenangst geführt, sondern auch eine PTBS mit einer andauernden Persönlichkeitsveränderung und eine sich daraus entwickelnde Alkoholabhängigkeit hervorgebracht. Dies begründe eine MdE von mehr als 20 v.H. Zur Stützung seines Vortrags legte er ein sozialmedizinisches Gutachten des Dr. H vom MDK vom 05.12.2018 und eine Stellungnahme des Dr. E vom 04.07.2019 zu dem Gutachten des Dr. T vor. Dr. H diagnostizierte eine PTBS mit sekundärer Alkoholabhängigkeit, seit geraumer Zeit abstinent. Hierbei stützte er sich im Wesentlichen auf die aktenkundigen Fremdbefunde. Dr. H führte explizit aus, das dargebotene Zustandsbild habe keinen regulären Begutachtungsverlauf ermöglicht. Dr. E wiederholte seine bisher vertretene Auffassung. Das Trauma sei so schwerwiegend gewesen, dass es seines Erachtens Folgeschäden verursacht haben müsse.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12.09.2019 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Mit seiner hiergegen am 07.10.2019 vor dem SG erhobenen Klage hat der Kläger weiterhin die Gewährung einer Rente begehrt. Zur Begründung hat er Bezug genommen auf den Bericht des Dr. E vom 04.07.2019 und auf das sozialmedizinische Gutachten des Dr. H vom 05.12.2018. Außerdem hat er einen Bericht des Neurologen und Psychiaters Dr. J vom 25.01.2019 vorgelegt, der eine PTBS mit sekundärer Alkoholabhängigkeit, Höhenphobie, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode diagnostiziert hat. Und schließlich hat er unter Vorlage des entsprechenden Rentenbescheides vom 03.09.2019 darauf hingewiesen, dass er vom 01.06.2019 befristet bis zum 31.10.2021 eine Rente von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) wegen voller Erwerbsminderung erhält. Grundlage sei ein Gutachten des Psychiaters und Dr. Z gewesen, der nicht nur eine spezifische Phobie im Sinne einer Höhenangst, sondern auch eine PTBS mit dauernder Persönlichkeitsveränderung und sich eine daraus entwickelnde Alkoholabhängigkeit festgestellt habe.

Der Kläger hat beantragt,

die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 19.01.2010 in Verbindung mit dem Bescheid vom 08.12.2014 sowie unter Aufhebung des Bescheids vom 22.11.2018 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 12.09.2019 zu verurteilen, als weitere Folge des Unfalls vom 14.11.2007 eine posttraumatische Belastungsstörung mit einer andauernden Persönlichkeitsveränderung und sich daraus entwickelnder Alkoholabhängigkeit anzuerkennen und ihm eine Verletztenrente nach den gesetzlichen Bestimmungen auf Basis einer MdE von mindestens 20 % zu gewähren.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat den angefochtenen Bescheid für rechtmäßig gehalten.

Das SG hat zunächst die medizinischen Unterlagen aus dem Rentenverfahren der DRV beigezogen.

Anschließend hat es Beweis erhoben durch Einholung eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachtens von Dr. P. Dieser hat am 30.04.2020 mitgeteilt, die Untersuchung vom 30.04.2020 sei nach etwa einer Stunde abgebrochen worden, weil eine sinnvolle Kooperation mit dem Kläger nicht möglich gewesen sei. Am 08.05.2020 und 09.05.2020 haben dann weitere Untersuchungstermine bei Dr. P stattgefunden. In seinem Gutachten vom 13.10.2020 ist Dr. P in Übereinstimmung mit Dr. T zu dem Ergebnis gelangt, dass bei dem Kläger

als Unfallfolge lediglich eine Höhenangst im Sinne einer spezifischen isolierten Phobie, Akrophobie, vorliege, die mit einer MdE von unter 10 v.H. zu bewerten sei. Das Unfallereignis sei jedoch nur eine untergeordnete und als gering einzuschätzende Mitursache für die Phobie. Diese habe sich seit dem Unfall entwickelt, wobei aber unfallunabhängige Mitbeeinflussungen dieser Störung mehr als deutlich vorhanden und auch Aggravationstendenzen und bewusste Simulationstendenzen des Klägers in deutlichem Ausmaß festzustellen seien. Bei dem Kläger liege ein multifaktorielles Bild vor. Hier sei eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren und emotional-instabilen Anteilen zu nennen, die sich lebensgeschichtlich entwickelt habe und unfallunabhängig sei. Daneben liege eine Suchterkrankung (Alkoholabhängigkeit) vor, die nach den aktenkundigen Unterlagen schon vor dem Unfall vorhanden gewesen und damit ebenfalls unfallunabhängig sei. Die Entwicklung der Alkoholabhängigkeit sei als Folge einer inadäquaten Problemlösungsstrategie zu werten, eine genetisch bedingte Komponente könne nicht ausgeschlossen werden. Auch die bei der Untersuchung festgestellten Affektstörungen mit Neigungen zu reaktiven depressiven Störungen seien schon vor dem Unfall vorhanden gewesen. Aus der Gesamtbiografie sowie dem Lebenswandel des Klägers ergebe sich eine Neigung zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung. Bei dem Unfallereignis handele es sich nur um eine Gelegenheitsursache. Der Meinung von Dr. E könne er nicht folgen. Da bei dem Kläger bereits mehrfach massive Aggravations-/Übertreibungstendenzen sowie Hinweise auf bewusste Simulationstendenzen festgestellt worden seien, könne die Diagnose einer PTBS nicht gestellt werden, auch die Diagnose einer Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung sei nicht haltbar. Die von Dr. Z gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode könne er derzeit nicht bestätigen. Die Aggravations-/Übertreibungstendenzen sowie Hinweise auf bewusste Simulationstendenzen ließen bei teils widersprüchlichen Aussagen des Klägers die Stellung einer solchen Diagnose nicht zu.

Der Kläger hat erklärt, er sei mit dem Gutachten des Dr. P nicht einverstanden. Er zweifle an dessen Neutralität, da der erste Untersuchungstermin aufgrund des Verhaltens des Dr. P sehr unerfreulich und belastend abgelaufen sei. Dr. P sei nicht wertschätzend mit ihm umgegangen; er habe sich schon von Anfang an verhöhnt und nicht ernst genommen gefühlt. Seine psychischen Störungen seien nie sachgerecht behandelt worden. Er fühle sich seit dem Unfall als Krüppel und minderwertig. Dies habe zu einer entsprechenden Dekompensation des Alkoholgenusses geführt. Die Behandlung seines Arbeitsunfalls kranke daran, dass Dr. T der Tatsache keine Beachtung geschenkt habe, dass er sich sehr wohl in Teilen an das Absturzereignis erinnern könne. Es sei nicht richtig, dass er keine Erinnerung an das Absturzereignis habe. Tatsächlich könne er sich in Teilen noch an den Unfall erinnern. Er halte die Einholung eines neurochirurgischen Gutachtens zu der Frage, ob das Schädel-Hirn-Trauma dauerhafte Schäden hinterlassen habe, für erforderlich. Schließlich hat er noch einen Bericht des Psychiaters Dr. I vom 13.01.2021 übersandt, der ausgeführt hat, dass er seit Beginn der Behandlung am 28.01.2020 keine Hinweise für Aggravation oder Simulation gesehen habe.

Nachdem der Kläger klargestellt hat, dass sein Schreiben vom 18.12.2020 als Befangenheitsantrag gegen Dr. P zu werten sei, hat das SG das Ablehnungsgesuch des Klägers mit Beschluss vom 15.03.2021 abgelehnt und zur Begründung ausgeführt, dies sei nicht fristgemäß und damit unzulässig. Wegen der Begründung wird auf den Beschluss vom 15.03.2021 verwiesen.

Mit Urteil vom 30.04.2021 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Voraussetzungen zur Rücknahme eines rechtswidrigen nicht begünstigenden Verwaltungsaktes lägen nicht vor, da der Bescheid vom 19.01.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.03.2010 in der Fassung des Bescheids vom 08.12.2014 nicht rechtswidrig sei. Es sei weiterhin davon auszugehen, dass eine PTBS mit andauernder Persönlichkeitsveränderung und sich daraus entwickelnder Alkoholabhängigkeit keine Folge des Unfalls vom 14.11.2007 sei. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Zahlung einer Rente, da die Unfallfolgen keine MdE von mindestens 20 v.H. bedingten. Hierbei hat sich das SG im Wesentlichen auf die Gutachten des Dr. T vom 22.08.2010 und des Dr. P vom 13.10.2020 gestützt. Wegen der Einzelheiten wird auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils verwiesen.

Gegen das ihm am 02.06.2021 zugestellte Urteil hat der Kläger am 14.06.2021 Berufung eingelegt. Bei ihm liege wegen der Höhenangst und der PTBS mit einer andauernden Persönlichkeitsveränderung eine MdE von mindestens 50 v.H. vor. Die schwere Schädigung durch den Arbeitsunfall könne nicht übersehen werden.

Der Kläger beantragt schriftsätzlich sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 30.04.2021 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 22.11.2018 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 12.09.2019 zu verurteilen, den Bescheid vom 19.01.2010 in Verbindung mit dem Bescheid vom 08.12.2014 teilweise zurückzunehmen und als weitere Folge des Unfalls vom 14.11.2007 eine posttraumatische Belastungsstörung mit einer andauernden Persönlichkeitsveränderung und sich daraus entwickelnder Alkoholabhängigkeit anzuerkennen und ihm eine Verletztenrente nach den gesetzlichen Bestimmungen auf Basis einer MdE von mindestens 50 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Zur Begründung stützt sie sich auf die Gutachten der Dres. T und P sowie die Stellungnahmen des Dr. B.

Der Kläger ist mit gerichtlichem Schreiben vom 20.12.2021 darauf hingewiesen worden, dass nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme im sozialgerichtlichen Verfahren nicht bewiesen ist, dass der bindend gewordene Bescheid vom 19.01.2010 in Verbindung mit dem Bescheid vom 08.12.2014 rechtswidrig war. Ihm ist Gelegenheit gegeben worden, bis zum 04.02.2021 einen Antrag nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zu stellen. Nachdem der Kläger von seinem Antragsrecht keinen Gebrauch gemacht hatte, sind die Beteiligten mit Schreiben vom 03.02.2022 (Zustellung an Kläger am 14.02.2022) darauf hingewiesen worden, dass der Senat eine Zurückweisung der Berufung durch Beschluss nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) in Erwägung zieht. Eine Stellungnahme hierzu ist innerhalb der gesetzten Frist bis zum 04.03.2022 nicht erfolgt.

Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen. Dieser ist Gegenstand der Entscheidungsfindung des Senats gewesen.

II.

Der Senat kann die Berufung nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss zurückweisen, da er sie einstimmig für unbegründet hält und die Beteiligten entsprechend gehört worden sind.

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Das angefochtene Urteil ist nicht zu beanstanden. Der Kläger ist durch den angefochtenen Bescheid nicht beschwert, weil dieser nicht rechtswidrig ist ([§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, den Bescheid vom 19.01.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.03.2010 in der Fassung des Bescheids vom 08.12.2014 teilweise zurückzunehmen und als weitere Folge des Unfalls vom 14.11.2007 eine PTBS mit einer andauernden Persönlichkeitsveränderung und einer sich daraus entwickelnden Alkoholabhängigkeit anzuerkennen und ihm eine Rente zu gewähren, da dieser Bescheid nicht rechtswidrig war.

Nach [§ 44 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) ist ein Verwaltungsakt mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei seinem Erlass das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen nicht erbracht worden sind.

Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt. Die Beklagte ist bei Erlass des Bescheides vom 19.01.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.03.2010 in der Fassung des Bescheids vom 08.12.2014 weder von einem unrichtigen Sachverhalt ausgegangen, noch hat sie das Recht unzutreffend angewandt. Vielmehr hat sie zu Recht lediglich eine Höhenangst als Unfallfolge festgestellt. Die Anerkennung weiterer Unfallfolgen sowie die Gewährung einer Rente hat sie demgegenüber zu Recht abgelehnt, weil der Kläger hierauf keinen Anspruch hat.

Dies ergibt sich aus [§ 56 Abs. 1 S. 1 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch](#) (SGB VII). Danach haben Versicherte in Folge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus Anspruch auf Gewährung von Rente, wenn die Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 v.H. gemindert ist. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) richtet sich nach dem Umfang der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Gesundheitsstörungen und ggf. daraus resultierende Beschwerden können als Unfallfolgen nur anerkannt werden, wenn sie selbst sowie auch ein Ursachenzusammenhang mit dem Unfallereignis nachgewiesen sind. Dabei ist eine Gesundheitsstörung dann Unfallfolge, wenn sie spezifisch durch einen Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls wesentlich verursacht worden ist ([BSG, Urteil vom 05.07.2011 - B 2 U 17/10 R](#) -). Hinsichtlich des Beweismaßstabs gilt, dass u.a. der "Gesundheits- bzw. Gesundheitsfolgeschaden" im Wege des Vollbeweises - also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit - für das Gericht feststehen muss ([BSG, Urteil vom 24.11.2010 - B 11 AL 35/09 R](#) -). Demgegenüber genügt für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit (nicht allerdings die bloße Möglichkeit), die zu bejahen ist, wenn mehr für als gegen die Annahme des Ursachenzusammenhangs spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden ([BSG, Urteil vom 02.11.1999 - B 2 U 47/98 R](#) -). Sind - wie häufig - mehrere Bedingungen für den Eintritt des Schadens ursächlich im naturwissenschaftlichen Sinn gewesen, gilt die Kausalitätslehre der wesentlichen Bedingung. Danach sind nur die Ursachen rechtserheblich, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg an dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben ([BSG, Urteil vom 12.04.2005 - Az.: B 2 U 27/04 R](#) -, Urteil vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass die Beklagte bei Erlass des bindend gewordenen Bescheides das Recht falsch angewandt haben sollte. Dies hat auch der Kläger nicht behauptet.

Die Beklagte ist bei Erlass des bindend gewordenen Bescheides auch nicht von einem Sachverhalt ausgegangen, der sich als unrichtig erwiesen hat. Aufgrund der Gutachten des Dr. G und des Dr. T sowie der beratungsärztlichen Stellungnahmen des Dr. F und des Dr. B ist die Beklagte in dem Bescheid vom 19.01.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.03.2010 in der Fassung des Bescheids vom 08.12.2014 zu Recht davon ausgegangen, dass neben einer spezifischen Phobie im Sinne einer Höhenangst keine Folgen des erlittenen Schädelkalottenbruchs mit subarachnoidaler Blutung und perilonärer Verrenkung der rechten Handwurzel, die eine MdE messbaren Grades vom Tage nach Wegfall des Verletztengeldanspruchs am 12.05.2009 bedingten, zurückgeblieben sind und deshalb auch kein Anspruch auf eine Rente besteht. Auf der Grundlage der o.g. Gutachten und Stellungnahmen hat sie auch zu Recht festgestellt, dass die Persönlichkeitsstörung mit ängstlich abhängigen und emotional instabilen Zügen und wiederkehrendem Alkoholmissbrauch als unfallunabhängig zu werten ist. Dem steht das damals im Verwaltungsverfahren eingeholte Gutachten des Dr. R vom 04.09.2009 nicht entgegen. Denn auch Dr. R stellte in seinem Gutachten fest, dass die Persönlichkeitsstörung mit ängstlich abhängigen und emotional instabilen Zügen und ein wiederkehrender Alkoholmissbrauch unfallunabhängig sind und die Teilsymptome einer PTBS, die er noch in seinem Gutachten vom 20.04.2008 diagnostiziert hatte, ab dem 12.05.2009 nicht mehr vorlagen. Warum er die MdE dann trotzdem mit 20 v.H. eingeschätzt hat, hat er nicht begründet. Diese Einschätzung ist für den Senat auch nicht nachvollziehbar, insbesondere deshalb, weil Dr. R die MdE in seinem Gutachten vom 20.04.2008 noch mit 10 v.H. eingeschätzt hatte, obwohl er damals - neben einer stark ausgeprägten Höhenangst - noch Teilsymptome einer PTBS festgestellt hatte. Im Übrigen hatte auch Dr. B in seiner Stellungnahme vom 26.11.2009 zu Recht darauf hingewiesen, dass die Kriterien der gestellten Diagnosen von Dr. R weder auf der Anamneseebene noch auf der Befundebene systematisch überprüft und erhoben worden seien.

Auch die im Rahmen des Überprüfungsverfahrens durchgeführten Ermittlungen haben bestätigt, dass die Beklagte bei Erlass des 19.01.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.03.2010 in der Fassung des Bescheids vom 08.12.2014 nicht von einem unrichtigen Sachverhalt ausgegangen ist.

In seinem Gutachten vom 13.10.2020 hat Dr. P bestätigt, dass bei dem Kläger als Unfallfolge lediglich eine Höhenangst im Sinne einer spezifischen Phobie vorliegt, die mit einer MdE von unter 10 v.H. einzuschätzen ist. In Übereinstimmung mit Dr. T hat er festgestellt, dass beim Kläger keine PTBS vorlag. Mit überzeugender Begründung hat er dargelegt, dass die von ihm beim Kläger diagnostizierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren und emotional instabilen Anteilen und die Alkoholerkrankung nicht auf den Unfall zurückzuführen sind, sondern dass sich die Persönlichkeitsstörung vielmehr lebensgeschichtlich entwickelt hat und die Alkoholabhängigkeit Folge einer inadäquaten Problemlösungsstrategie ist. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf die Darstellung der gutachterlichen Begründung unter I. verwiesen. Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass sich aus den Akten unzweifelhaft ergibt, dass der Kläger schon vor dem Unfall erhebliche Alkoholprobleme hatte. Bereits in dem Entlassungsbericht des Krankenhauses N vom 06.12.2007 war auf ein bekanntes Alkoholproblem in der Vorgeschichte hingewiesen worden; bei der Untersuchung durch Dr. F im Dezember 2008 hatte der Kläger angegeben, schon 2001 nach dem Tod seiner Großmutter vermehrt Alkohol getrunken zu haben; bei der Begutachtung durch Dr. R im April

2008 hat er erklärt, er habe phasenweise Probleme mit Alkohol gehabt, sei da teilweise leichtsinnig gewesen und habe auch bei Frust viel getrunken, auch seinen Führerschein habe er wegen Alkohol am Steuer (1,6 Promille) verloren, den bekomme er erst im August 2008 wieder.

Der Senat hat an der gutachterlichen Einschätzung des Dr. P trotz der vom Kläger erhobenen Einwände keine Zweifel. Er hat sein Gutachten aufgrund von Untersuchungen des Klägers an drei verschiedenen Tagen und unter Berücksichtigung der umfangreichen aktenkundigen medizinischen Unterlagen erstattet und die wissenschaftlichen und rechtlichen Grundsätze für Begutachtungen im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung beachtet. Aus dem Gutachten selbst ergibt sich, dass er eine sehr ausführliche und sorgfältige Anamnese erhoben und sich differenziert mit den Angaben des Klägers auseinandergesetzt hat.

Die vom Kläger vorgelegten Berichte des Dr. E vom 02.09.2018 und 04.07.2019 sind nicht geeignet, das Gutachten des Dr. P zu widerlegen. Abgesehen davon, dass nicht ersichtlich ist, auf welche Befunde Dr. E seine Diagnosen gestützt hat, enthalten seine Berichte aber auch keine nachvollziehbare Begründung für den von ihm angenommenen Ursachenzusammenhang. Allein seine - ebenfalls durch nichts begründete Behauptungen -, psychische Erkrankungen hätten vor dem Unfall nicht vorgelegen und seine Auffassung, das Trauma sei so schwerwiegend gewesen, dass es seines Erachtens Folgeschäden verursacht haben müsse, reichen nicht aus, um einen Ursachenzusammenhang wahrscheinlich zu machen. Auch die Gutachten der Dres. H und Z für die DRV sind nicht geeignet, Zweifel an der Einschätzung des Dr. P zu wecken, da diese Gutachter keine Aussagen zur Ursächlichkeit der psychischen Gesundheitsstörungen gemacht haben. Dr. H hat im Übrigen auch explizit ausgeführt, dass das vom Kläger dargebotene Zustandsbild keinen regulären Begutachtungsverlauf ermöglicht habe.

Da bei dem Kläger neben der bereits anerkannten Unfallfolge aufgrund der bereits anerkannten Unfallfolge „spezifische Phobie im Sinne einer Höhenangst“ keine weiteren Unfallfolgen vorlagen, hat die Beklagte mit dem Bescheid vom 19.01.2010 in Verbindung mit dem Bescheid vom 22.11.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.09.2019 auch die Gewährung einer Rente zu Recht abgelehnt. Denn die anerkannte Unfallfolge bedingt - wie bereits ausgeführt - keine MdE von mindestens 20 v.H.

Abschließend weist der Senat darauf hin, dass der Kläger die objektive Beweislast für die Rechtswidrigkeit des Bescheides vom 19.01.2010 in Verbindung mit dem Bescheid vom 08.12.2014 trägt.

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

Die Revision wird nicht zugelassen, da die gem. [§ 160 Abs. 2 SGG](#) erforderlichen Voraussetzungen nicht vorliegen.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-04-27