

S 23 U 168/17

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Frankfurt (HES)
Sachgebiet
Unfallversicherung
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 23 U 168/17
Datum
01.12.2022
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 3 U 16/23
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zu den von Amts wegen erforderlichen Sachverhaltsermittlungen und Beweiserhebungen im Falle der Geltendmachung von Unfallfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet bei fraglichen Vorschäden und fraglichen Schadensanlagen auf diesem Fachgebiet.

Zu den Anforderungen an ein psychiatrisches Zusammenhangsgutachten nach aktuellem wissenschaftlichem Erkenntnisstand und nach den rechtlichen Vorgaben des 2. Senats Bundessozialgerichts bzw. zur Unverwertbarkeit eines psychiatrischen Zusammenhangsgutachtens.

Zur Weigerung eines Klägers, sich bei dem von Amts wegen beauftragten psychiatrischen Sachverständigen vorzustellen und zu den prozessualen Folgen einer unberechtigten Weigerung.

Die Klage wird abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand

Die Kläger begehrt die Feststellung, dass Gesundheitsstörungen Folge seines Arbeitsunfalls vom 19.07.2015 sind sowie die Gewährung von Leistungen.

Der zum damaligen Zeitpunkt als Luftsicherheitsassistent abhängig beschäftigte, 59jährige Kläger stellte sich am 24.07.2015 beim D-Arzt Dr. C. vor und gab (laut D-Arztbericht desselben von diesem Tag) an, am 19.07.2015 um 23 h (Arbeitszeitende) von einem Arbeitskollegen auf dem Weg von der Arbeit nach Hause gestoßen worden zu sein. Er sei nicht gestürzt, habe sich aber Schulter und HWS gezerrt. Der D-Arzt erhob folgende Befunde: „Äußerlich im Bereich des Brustkorbs, des Schultergürtels und der Halswirbelsäule keine sichtbare Verletzung, keine Schwellung, keine Hämatomverfärbung. Druckschmerz im Bereich der supraspinalen Schultergürtelmuskulatur sowie entlang der Nackenmuskulatur paravertebral rechts, Schultergelenksbeweglichkeit frei, HWS-Beweglichkeit frei, aber endgradig schmerzhaft bei Rotation und Seitneigung nach links, Durchblutung und Sensibilität ohne Befund. Bei der Röntgendiagnostik (HWS in 2 Ebenen) konnte keine frische oder ältere knöcherne Verletzung erkannt werden; es lägen eine regelrechte Gelenkartikulation und Osteochondroseveränderungen an den Wirbelkörpern C6/C7 vor.

Dr. C. diagnostizierte „Zerrung Schultergürtel und HWS“ und gab an, dass unfallunabhängige degenerative Lendenwirbelsäulenbeschwerden vorlägen. Hergang und Befund sprächen gegen die Annahme eines Arbeitsunfalls; ob ein Arbeitsunfall vorliege, sei von der BG zu prüfen. Heilbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung werde deshalb nicht durchgeführt. Der D-Arzt beurteilte den Kläger als arbeitsfähig. Die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung sei nicht erforderlich.

Am 05.02.2016 meldete sich der Kläger (über das Servicetelefon) bei der Beklagten und teilte mit, dass er noch immer arbeitsunfähig sei und zurzeit eine Belastungserprobung stattfinde. Er sei bei seinem Hausarzt und Orthopäden in Behandlung und es sei auch eine Rehabilitationsbehandlung zu Lasten der Rentenversicherung durchgeführt worden. Der Kläger stellte der Beklagten seine E-Mail an die Fachbereichsleitung seines Arbeitgebers zur Verfügung und gab an, dass diese vom 29.07.2015 stamme. Der Inhalt der E-Mail lautet wie folgt: „Sonntag, 19.07.2015, ca. 23:00 h auf dem Weg von B 10 zum Drehkreuz C. Ich habe einen Becher Wasser dabei und trinke noch ein paar Schlucke. Vor mir mit knappem Vorsprung Kollege M. Hinter Halle Mitte geht er entlang der Fahrbahnmarkierung, ich nehme die Abkürzung zwischen Gebäude und Metalltreppe, als ich dort vorbei bin, spüle ich mir mit dem Rest des Wassers den Mund und spucke es in

einer Fontäne aus, wobei ich den Kopf in Richtung Herrn M. drehe und sich mit einigen Metern Abstand unsere Blicke treffen. Ich eile in Gedanken weiter und bin etwa in Höhe der Flughafenklinik, als ich plötzlich von hinten extrem heftig in den Rücken geschubst werde, so dass es mir gleichzeitig voll ins Kreuz fährt und meinen Kopf ins Genick zurückwirft. Zuerst schießt mir durch den Kopf, dass ich von einem Ameisenfahrzeug gerammt worden bin, doch als ich mich umdrehe, war es der Kollege M. Ich schreie ihn an, ob er nicht mehr richtig tickt, mich dermaßen anzuempeln, worauf er ganz erregt fragt, was das denn eben gewesen sei. Ich sage ihm sehr deutlich, dass er mich niemals wieder so anschubsen solle, doch er schreit weiter, ich hätte ihn angespuckt. Da das weder etwas mit einer eventuellen Intention von mir zu tun hatte noch aufgrund der Entfernung zwischen uns möglich gewesen wäre, habe ich diese Aussage nur noch mit „Du Schwätzer“ quittiert und bin dann weiter Richtung Drehkreuz gegangen.“

In seiner Begleit-E-Mail vom 15.02.2016 gab der Kläger gegenüber der Sachbearbeiterin der Beklagten (Frau E.) an, dass „laut Bemerkungen im Gespräch mit Fachbereichsleiter, Personalreferentin und Betriebsrat besagter Kollege bereits mehrfach durch seltsame Aussetzer (welcher Art, weiß ich nicht) auffällig geworden ist [...]“

Die Unfallanzeige der Arbeitgeberin (H. GmbH) stammt vom 06.11.2015. Sie enthält die auf den Angaben des Klägers beruhende Schilderung des Unfallhergangs wie folgt (der Handschrift und dem sprachlichen Ausdruck nach beurteilt vom Kläger selbst geschrieben): „Nach der völligen Fehlinterpretation einer an sich harmlosen Handlung des Unfallopfers und einer etwa einminütigen „Bedenkzeit“ wurde der Geschädigte hinterrücks ohne jede Vorwarnung und den Umständen nach mit Anlauf und voller Absicht von Herrn M. beidhändig sehr stark in den Rücken geschubst, so dass der Kopf des Opfers diesem mit Gewalt ins Genick flog und gleichzeitig der LWS-Bereich malträtiert wurde.“

Als verletzte Körperteile wird „Schulter-Nacken-HWS-Bereich“ angegeben; als Art der Verletzung „HWS-Syndrom“. Es habe keine Augenzeugen gegeben. Der Kläger habe die Arbeit nicht wieder aufgenommen.

Die Arbeitgeberin gab auf Nachfrage der Beklagten an, dass nach ihren Erkenntnissen bei dem Ereignis vom 19.07.2015 keine dienstlichen Gründe im Fokus gestanden hätten. Gerade im Hinblick auf die Reaktion von Herrn M. sei die Auseinandersetzung für sie nicht nachvollziehbar. Herr M. habe seine Reaktion damit erklärt, dass der Kläger Wasser in seine Richtung ausgespuckt habe. Dies habe er sehr persönlich genommen und daraufhin den Kläger von hinten „an der Schulter geschubst.“

Im Wegeunfall-Fragebogen gab der Kläger am 24.02.2016 an, dass er nach dem Unfall folgende Beschwerden gehabt habe: „Schmerzen in der LWS“, „Traumatisiertes Genick“, „Schockartiger Geisteszustand“, „In der Bahn auf der Heimfahrt Tinnitus bis heute“, „Nachts mit Kopfschmerzen aufgewacht, die über 3 Monate angehalten haben“. Nach dem Unfall habe er am 20.07.2015 Frau Dr. F. aufgesucht.

Unter dem 18.03.2016 meldete die Barmer GEK bei der Beklagten einen Erstattungsanspruch nach [§ 111 SGB X](#) an wegen seit 31.08.2015 gezahltem Krankengeld, Gewährung von Heilmitteln sowie Gewährung von Psychotherapie vom 25.08.2015 bis 08.09.2015. In dem Schreiben sind die Diagnosen „HWS-Zerrung, Subluxation der Wirbelsäule, depressive Störung“ genannt.

Aktenkundig sind des Weiteren: der „Befundbericht“ der Ärztin und Psychotherapeutin Frau Dr. J. vom 09.09.2015 sowie deren Krankheitsbericht und Stellungnahme vom 12.04.2016; die Mitteilung des HNO-Arztes Dr. K. vom 12.04.2016, dass der Kläger dort keine Angaben über einen Unfall gemacht habe sowie dessen Bericht an die Beklagte vom 14.04.2016; die Patientendokumentation des Neurologen Dr. S. für den Zeitraum vom 19.09.2013 bis 11.04.2016 sowie dessen Befundberichte an das Chirurgische Zentrum A-Stadt vom 18.09.2013 und 01.11.2013 und an den Orthopäden Dr. G. vom 21.03.2016 und der an Dr. S. gerichtete MRT-Befundbericht des MVZ Taunus (Frau Dr. N.) betreffend die HWS-Untersuchung vom 26.08.2015, der von Dr. S. am 11.04.2016 ausgefüllte Fragebogen der Beklagten, das sog. Vorerkrankungsverzeichnis der Barmer GEK für den Zeitraum vom 04.11.2010 bis 20.07.2015, aus dem sich ergibt, dass der Kläger vom 20.07.2015 bis 04.04.2016 bei den Diagnosen Lumboischialgie (ICD-10: M54.4), Kreuzschmerz (ICD-10: 54.5), Verstauchung und Zerrung der HWS (ICD-10: S13.4), Subluxation der Wirbelsäule: Zervikalbereich (ICD-10: M99.11), Sonstige biomechanische Funktionsstörung: Kopfbereich (ICD-10: M99.8) und Depressive Episode, nicht näher bezeichnet (ICD-10:F 32.9) zu Lasten der Krankenkasse krankgeschrieben war und dass er im genannten Zeitraum vor dem 20.07.2015 schon wegen Kreuzschmerz und wegen Depressiver Episode, aber auch wegen Somatisierungsstörung, wegen Undifferenzierter Somatisierungsstörung und wegen Rezidivierender depressiver Störung krankgeschrieben war; der Befundbericht des Orthopäden und Unfallchirurgen (H-Arzt) Dr. G. vom 11.04.2016; der von Dr. L. am 13.05.2016 ausgefüllte „Krankheitsbericht und Stellungnahme bei Zweifeln an Unfallhergang“ (Formular der Beklagten) über die Erstuntersuchung vom 07.08.2015; der neurochirurgische Befundbericht des Dr. P. (Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt) vom 08.06.2016 sowie die beratungsärztliche Stellungnahme des Chirurgen/Unfallchirurgen Dr. R. vom 08.07.2016, die zu dem Ergebnis kommt, dass kein Zusammenhang zwischen den Beschwerden des Klägers und dem Unfallereignis besteht.

Mit Bescheid vom 10.08.2016 anerkannte die Beklagte das Ereignis vom 19.07.2015 als Arbeitsunfall und verfügte weiter: „Die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung über den 28.06.2015 hinaus wird abgelehnt, da die danach bestehende Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr auf den Arbeitsunfall vom 19.07.2015 zurückzuführen ist.“

Als Folgen des Arbeitsunfalls stellte die Beklagte eine „folgenlos ausgeheilte Zerrung der Halswirbelsäule sowie eine Schultergürtelzerrung“ fest.

Nicht als Folge des Arbeitsunfalls – weder im Sinne ihrer Entstehung noch im Sinne ihrer Verschlimmerung – anerkannte die Beklagte „rezidivierende depressive Störung“, „Angst bei Menschenansammlungen“, „degenerative Veränderungen der Lenden- und Halswirbelsäule mit bestehenden Nervenschäden“ sowie „Tinnitus am rechten Ohr“.

Zur Begründung ihrer Entscheidung führte die Beklagte aus, dass sich der Kläger nach eigenen Angaben am 19.07.2015 gerade auf dem Heimweg befunden habe, als er von einem Arbeitskollegen heftig in den Rücken gestoßen worden sei. Hierbei sei der Kläger nicht gestürzt, habe sich jedoch im Bereich des Rückens verletzt. Bei der ersten d-ärztlichen Untersuchung am 24.07.2015 bei Dr. C. in A-Stadt sei eine Schultergürtelzerrung sowie eine Zerrung der Halswirbelsäule (HWS) diagnostiziert worden. Der D-Arzt habe auch unfallunabhängige degenerative Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) beschrieben. Bei der durchgeführten MRT-Untersuchung der HWS (Befundbericht vom 26.08.2015) seien keine unfallbedingten HWS-Verletzungen ersichtlich geworden, sondern lediglich degenerative Veränderungen.

Eine Zerrung der HWS sowie des Schultergürtels heile nach medizinischem Kenntnisstand innerhalb weniger Wochen aus. Bei den

weiterbestehenden Beschwerden des Klägers handele es sich um degenerative Veränderungen, die nicht mehr im Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall stünden.

Im Wegeunfallfragebogen vom 24.02.2016 habe der Kläger angegeben, dass er seit dem Unfalltag unter einem anhaltenden Tinnitus rechts leide. Am 07.09.2015 habe er sich dem HNO-Arzt Dr. K. vorgestellt. Dieser habe eine Innenohrschwerhörigkeit sowie einen Tinnitus beschrieben. Bei dem Arbeitsunfall habe jedoch keine traumatische Lärmeinwirkung und auch kein dem Ohr nahes Trauma am Kopf stattgefunden. Somit könne der bestehende Tinnitus nicht auf den Arbeitsunfall zurückgeführt werden.

Des Weiteren habe der Kläger im Wegeunfallfragebogen angegeben, dass er seit dem Arbeitsunfall unter psychischen Belastungssymptomen leide. Bei der Erstuntersuchung am 24.07.2015 (bei Dr. C.) habe der Kläger allerdings keine relevanten psychischen Beschwerden geschildert. Auch gehe aus den der Beklagten übersandten Berichten und dem Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse des Klägers hervor, dass er bereits vor dem Arbeitsunfall aufgrund psychischer Beschwerden u. a. im Sinne einer rezidivierenden Depression behandelt worden sei. Dennoch habe die Beklagte zur Beurteilung, ob der Arbeitsunfall für mögliche Folgen auf psychiatrischem Fachgebiet verantwortlich sei, eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes (Dr. R.; Anm. d. Verf.) eingeholt. Danach komme dem Arbeitsunfall keine maßgebende Bedeutung für die Entstehung der rezidivierenden depressiven Störung zu. Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) könne anhand des Unfallhergangs, der vorliegenden Befunde und der erforderlichen Diagnosekriterien nicht begründet werden. Weder sei eine lebensbedrohliche Situation erkennbar noch sei ein Wiedererleben des Ereignisses beschrieben worden, was jedoch wesentliche Kriterien für die Diagnose einer PTBS seien. Eine rezidivierende depressive Störung habe bei dem Kläger nachweislich bereits vor dem Arbeitsunfall bestanden. Eine solche Erkrankung sei dadurch gekennzeichnet, dass mit neuerlichen psychischen Krankheitsepisoden gerechnet werden müsse. Zusammenfassend bestehe kein Zusammenhang zwischen diesem Erkrankungsbild und dem Arbeitsunfall vom 19.07.2015. Selbst eine vorübergehende Verschlechterung der vorbestehenden psychischen Erkrankung lasse sich nicht begründen.

Mit gegen den Bescheid vom 10.08.2016 erhobenem Widerspruch trug der Kläger zum Unfallhergang vor, er habe Herrn M. über eine Abkürzung überholt, habe sich kurz vor dem Angriff etwa 20-30 m vor diesem befunden und sei sehr schnell gegangen, während Herr M. ursprünglich in recht mäßigem Tempo unterwegs gewesen sei. Folglich müsse dieser, nachdem er sich offensichtlich in völlig inadäquater Weise innerlich in Rage gesteigert habe, den Kläger mit Anlauf von hinten getroffen haben, er habe ihm beidhändig in der unteren Hälfte des Rückens mit einem heftigen Stoß getroffen. Zu diesem Zeitpunkt sei der Kläger in Gedanken versunken gewesen, habe also absolut keine Chance gehabt, sich zu schützen. Beim Angriff habe den Kläger der Gedanke durchzuckt, er sei von einem Elektrofahrzeug angefahren worden, der Angriff sei geschätzt mit etwa 10 km/h erfolgt. Hierbei sei der Kläger heftig nach vorne gerammt worden, sein oberer Rücken habe sich zurückgebogen und insbesondere sein Kopf sei „mit Karacho“ ins Genick geflogen.

Auf der Heimfahrt habe er ein starkes Rauschen im rechten Ohr bemerkt. Dieses habe etwa drei Monate angehalten und sich danach in ein lautes orgeltonartiges Pfeifen verwandelt und den Kläger seitdem nie wieder verlassen. In Menschenansammlungen, z. B. in öffentlichen Verkehrsmitteln, in Städten und am Flughafen steigere es sich in eine schrille Lautstärke. Zuvor habe der Kläger nie unter diesem Tinnitus gelitten. Weder Dr. K. noch sonst jemand habe einen Zusammenhang zwischen dem Tinnitus und seiner bereits seit längerem bestehenden, aber unauffälligen Hörbeeinträchtigung hergestellt. Der Tinnitus lasse sich willkürlich durch verschiedene Muskelbeanspruchungen im Bereich von Kopf, Kiefer und Schulter-Nacken steigern. Die Stelle, an der sein Kopf am nachhaltigsten in seinem Genick angeschlagen habe, sei keine 10 cm vom Ohr entfernt. Ebenfalls sei der am stärksten ruckartig in die Länge gerissene Musculus sternocleidomastoideus ein Hauptauslöser des Tinnitus. Der Kläger versuche durch kaum beeinflussbare Prozesse quasi nachträglich und/oder prophylaktisch, den traumatisierten Bereich durch muskuläre Anspannung zu schützen. Der dadurch entstandene Tinnitus wirke fatalerweise wie eine Warnung, wodurch zusätzliche Muskelverspannungen einträten, die zusätzlich in den rechten Arm ausstrahlten. In der Nacht nach dem Angriff habe der Kläger heftige Kopfschmerzen bekommen, die ihn im Dauerzustand ca. drei Monate lang gequält hätten. Kopfschmerzen, die dem Kläger bis dahin so gut wie unbekannt gewesen seien, würden nun aber immer wieder aktiviert, wenn er in stressige Situationen gerate oder ihn Gedanken an die Attacke mit all ihren Folgen (psychosoziale Beeinträchtigungen, finanzielle Sorgen und Zukunftsängste) beschäftigten.

Aus einem Konglomerat von Anspannung, Schmerzen, Schlafdefizit, finanziellen sowie beruflichen und Zukunftssorgen, den offensichtlichen Grenzen medizinischer Diagnostik und Behandlung sowie den vielen Ungereimtheiten im Verfahrensablauf bei der Beklagten seien seine depressiven Störungen entstanden. Diese hätten so gut wie nichts mit seiner vorherigen Symptomatik oder seiner psychischen Behandlung infolge Verlustes mehrerer naher Bezugspersonen in kurzen Zeitabständen zu tun. Die Diagnose PTBS sei durch den Bericht von Frau Dr. J. nachgewiesen.

Der Kläger habe Herrn Dr. C. aufgesucht, nachdem seine Beschwerden in den Tagen nach dem Unfall stetig stärker geworden seien. Dieser habe für ihn hauptsächlich die Funktion gehabt, einen Arbeits- oder Wegeunfall zu dokumentieren und abzuklären, ob eine sichtbare Schädigung des Bewegungsapparats vorliege. Dessen lapidare Bemerkung, ein Tinnitus sei „ein neurologisches Phänomen“, das bei HWS-Schleudertraumen vorkommen könne und Prognose, dass die Beschwerden des Klägers in zwei bis drei Wochen ausgeklungen sein würden, hätten sich nicht annähernd bewahrheitet, denn etwa in besagtem Zeitraum seien massive psychische Probleme unter Menschen und in Verkehrsmitteln hinzugekommen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. C. seien die körperlichen Beschwerden des Klägers sehr stark gewesen und er habe in völligem sozialem Rückzug gelebt, so dass psychische Symptome nicht vordergründig in sein Bewusstsein gedrungen seien, demnach gegenüber dem D-Arzt auch nicht hätten angesprochen werden können.

Auf Anforderung der Beklagten legte der Kläger den Reha-Entlassungsbericht der Psychosomatischen Fachklinik Q. über seine, zu Lasten der Rentenversicherung erbrachte stationäre Behandlung vom 17.11. bis 29.12.2015 vor, allerdings ohne die erste Seite und mit Schwärzungen, da „zu intim und sowieso unbedeutend für Ihr Anliegen“.

Im Auftrag der Beklagten („Heilverfahrenskontrolle“) untersuchte der Neurologe und Psychiater Dr. T. den Kläger neuropsychiatrisch am 08.02.2017 (Bericht vom 20.03.2017). Ebenfalls im Auftrag der Beklagten erstattete der psychologische Psychotherapeut V. (mit Frau U.) unter dem 15.05.2017 ein „Psychologisches Zusatzgutachten“, woraufhin Dr. T. unter dem 12.06.2017 eine ergänzende Stellungnahme zu seinem Heilverfahrenskontrollbericht vom 20.03.2017 abgab.

Den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 10.08.2016 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 14.11.2017 zurück.

Zur Begründung führte die Beklagte aus, Frau U. und Herr V. hätten im psychologischen Zusatzgutachten vom 15.05.2017 darauf hingewiesen, dass ein psychischer Primärschaden weder aus den Akten noch aus den Angaben des Klägers ausreichend sicher

objektiviert werden könne. Ein Hinweis auf eine PTBS ergebe sich nicht, es werde weder über ein Wiedererleben des Unfallereignisses noch über ein gezieltes Vermeidungsverhalten berichtet. Insgesamt hätte kein Hinweis auf eine eigenständige psychische Unfallfolge gefunden werden können. Es hätten sich leichte Verbitterungssymptome und eine dysthyme Grundpersönlichkeit sowie der Hinweis auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung gezeigt. Auch die Ängste, die beschrieben würden, könnten nicht als unfallbedingt angesehen werden. Hierzu fehle sowohl ein inhaltlicher als auch ein zeitlicher Zusammenhang. Der Neurologe und Psychiater Dr. T. sei in seiner abschließenden Berichterstattung vom 12.06.2017 zu dem Ergebnis gekommen, dass eine eigenständige unfallabhängige Störung eindeutig nicht gesehen werde. Er weise auf eine erhebliche Vulnerabilität mit einschlägiger Vorgeschichte bezüglich Depression, Drogenabusus, Hepatitis C und Auseinandersetzungen in der Familie hin.

Psychologische oder psychiatrische Behandlungsmaßnahmen seien nach dem Gutachten eindeutig nicht zu Lasten der Beklagten zu erbringen. In den Gutachten, die im Widerspruchsverfahren eingeholt worden seien, sei der Ausgangsbescheid somit eindeutig bestätigt worden.

Der Kläger hat durch seine Prozessbevollmächtigte am 14.12.2017 Klage zum Sozialgericht Frankfurt erhoben.

Die Klägervertreterin trägt vor,

der Kläger könne nur bei völliger Zurückgezogenheit und einer gänzlichen Vermeidung von Verkehrsteilnahmen ein einigermaßen symptomfreies Leben führen. Die Nutzung eines Autos sei ihm seit dem Arbeitsunfall nicht mehr möglich. Sollte eine Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln erforderlich sein, nähmen Anspannungen und Ängste oft so zu, dass der Kläger die Fahrt unterbrechen oder ggf. beenden müsse und anschließend tagelang starke Muskel- und Gelenkschmerzen habe. Anspannung, „Hyperaufmerksamkeit“ und Gereiztheit träten auch beim Fahrradfahren auf. Unter dem Tinnitus leide der Kläger weiterhin, wobei die Lautstärke von der äußeren (Lärm-) Belastung/den Umständen abhängig sei. Bei Körperübungen, Zähneknirschen, Massagen sowie in stressbelasteten Situationen verstärke sich die Lautstärke des Tinnitus deutlich. Die in der Vergangenheit verordneten Psychopharmaka habe der Kläger wegen unerträglicher Nebenwirkungen absetzen müssen. Eine neue medikamentöse Einstellung sei bisher nicht möglich gewesen.

Aufgrund der familiären Ausgangssituation des Klägers sowie seiner nicht kontinuierlichen schulischen und beruflichen Entwicklung habe bei ihm bereits vor dem Arbeitsunfall eine depressiv-impulsive Verarbeitungsstrategie bei Überbelastung vorgelegen. Durch den Arbeitsunfall hätten die psychischen Belastungen jedoch signifikant zugenommen und weitere Belastungen seien hinzugekommen. Aufgrund der ständigen Angst vor weiteren unerwarteten Angriffen/aggressiven Übergriffen sei es dem Kläger nicht möglich, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen sowie Plätze mit Menschenansammlungen zu besuchen. Neben Ängsten leide der Kläger unter Panikattacken und Flashbacks. Auslöser des „umfassenden psychosomatischen und psychischen Krankheitsverlaufs“ sei der Arbeitsunfall, der gewalttätige hinterhältige Angriff des Kollegen, gewesen. Die direkten Folgen seien zunächst körperlicher Natur gewesen (die Bänder der HWS seien durch die ruckartige Bewegung des Kopfes überdehnt worden), jedoch mit erheblichen Auswirkungen auf die Psyche und eine „rück- und wechselwirkende Körperanspannung mit Langzeitwirkung“. Die dauerhaften Schmerzen und Anspannungen sowie die vorliegenden Ängste hätten zu Schlafstörungen und depressiven Phasen geführt. Diese körperlichen und psychischen Probleme führten nach der Auffassung des Klägers wiederum zu muskulären Verspannungen. Seit dem Arbeitsunfall leide der Kläger auch unter komaartigen Schlafattacken.

Eine Rückkehr des Klägers in seine bisher ausgeübte Tätigkeit sei nicht gelungen; das Arbeitsverhältnis sei 2019 aufgehoben worden. Der Kläger könne keiner Arbeit mehr nachgehen. Er meide sämtliche soziale Kontakte und leide an Interessenlosigkeit. Vor dem Arbeitsunfall habe er nahezu ohne längere Arbeitsunfähigkeitszeiten seinen Beruf ausüben und am sozialen Leben teilnehmen können. Seit dem 01.01.2020 beziehe er eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen.

Der Kläger sei nach regelmäßigem Cannabis-Konsum, beginnend im Jahr 1971, von 1973 bis 1976 heroinabhängig gewesen. Nach einer stationären Drogentherapie und einem anschließenden Aufenthalt im betreuten Wohnen habe er seine mittlere Reife nachgeholt und lebe seit 1981 abstinent, habe weder Kontakt zu Drogen noch zu Alkohol. Der Kläger habe die Ausbildung zum Forstwirt abgeschlossen, im Anschluss im Altenheim gearbeitet und später zum Industriekaufmann umgeschult.

Die Klägervertreterin beruft sich auf die im Klageverfahren eingeholten Befundberichte, das sozialmedizinische Gutachten des MDK Hessen vom 09.09.2016, die sozialmedizinisch-gutachterliche Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit und den Bericht der Vitos Klinik für Neurologie Weilmünster (Frau Dr. W.) über die stationäre schmerztherapeutische Behandlung des Klägers vom 11.08.2019 bis 22.08.2019 (aktenkundig). Im Hinblick auf die von Frau Dr. J. gestellte Diagnose PTBS als Unfallfolge hebt sie hervor, dass die Ärztin die infolge des Arbeitsunfalls eingetretenen Beschwerden des Klägers und die weitere Entwicklung sehr gut beurteilen könne, weil der Kläger sich sowohl vor dem Unfallereignis in ihrer psychotherapeutischen Behandlung befunden habe als auch unmittelbar danach. Außerdem stelle ein hinterlistiger Angriff eine außergewöhnlich bedrohende Situation dar; hierbei sei zu berücksichtigen, dass der Angriff von einer Person ausgegangen sei, die er gekannt und zu der er im Rahmen des Kollegenverhältnisses eine vertrauliche Basis aufgebaut gehabt habe.

Im Hinblick auf den Befundbericht der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Z. macht die Klägervertreterin geltend, dass sich der Kläger bei ihr lediglich in akuten Krisensituationen alle drei bis vier Jahre vorgestellt habe. Die Ärztin könne daher keine abschließende Bewertung abgeben, insbesondere nicht zu den Auswirkungen des Arbeitsunfalls auf die gesundheitliche Situation des Klägers und auch nicht zu der Frage, ob neue Leiden hinzugetreten seien. Dass Frau Dr. Z. bei dem Kläger eine Somatisierungsstörung diagnostiziere, erscheine fragwürdig, weil der Kläger nach seiner Erinnerung mit dieser nie über körperliche Beschwerden gesprochen habe.

Die Klägervertreterin legt die Stellungnahme der Frau Dr. J. vom 12.07.2021 sowie den Arztbericht der Fachärztin für Anästhesie Dr. AC. (MVZ Taunus) vom 18.05.2021 vor und beruft sich auch auf diese.

Die Klägervertreterin beantragt,

den Bescheid vom 10.08.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.11.2017 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger aufgrund seines Arbeitsunfalls vom 19.07.2015 Heilbehandlungen auf neurologisch-psychiatrischem und psychologischem Fachgebiet über den 26.08.2016 hinaus zu gewähren und rezidivierende depressive Störung, Angst bei Menschenansammlungen, posttraumatische Belastungsstörung, chronifiziertes Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren Stadium II sowie Tinnitus am rechten Ohr als Folgen des Arbeitsunfalls festzustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte trägt vor,

der Kläger leide schon über Jahrzehnte hinweg an einem offensichtlich sehr vielfältig ausgeprägten psychischen Erkrankungsbild; bei dem Kläger lägen außerdem viele Faktoren vor, die für die Entstehung und Erhaltung des psychiatrischen Krankheitsbildes verantwortlich seien. Wegen der äußerst geringen körperlichen Folgen des Arbeitsunfalls entbehre die von Dr. J. gestellte Diagnose PTBS jeder Grundlage. In den Arztbriefen, auf die sich die Klägervertreterin berufe, würden die in der gesetzlichen Unfallversicherung geltenden Beweis- und Kausalitätskriterien verkannt; es finde keine Auseinandersetzung mit den erheblichen Vorbelastungen des Klägers statt, obwohl diese dort aufgeführt seien (Depression, Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, Abhängigkeitssyndrom bei Alkoholmissbrauch, Suizid des Sohnes mit 29 Jahren, Tod der Mutter durch Krebserkrankung 2008). Genauso sei es bei Frau Dr. J., die eine „andauernde Persönlichkeitsstörung“ des Klägers vermute.

In Bezug auf das „psychologische Zusatzgutachten“ des Herrn V. teilt die Beklagte (auf richterlichen Hinweis vom 13.04.2018) mit, dass Dr. T. diese Zusatzuntersuchung für erforderlich gehalten und direkt bei Herrn V. in Auftrag gegeben habe, sodass dem Psychologen seitens der Beklagten keinerlei medizinische Unterlagen zur Verfügung gestellt worden seien. Allerdings sei der Kläger bei Herrn V. hinsichtlich des Arbeitsunfalls völlig unauffällig gewesen, so dass schon deshalb eine unfallbedingte psychische Gesundheitsstörung oder richtunggebende Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens nicht habe nachgewiesen werden können.

Das Gericht hat im Rahmen der Sachverhaltsermittlungen die Verwaltungsakte der Beklagten zu dem Rechtsstreit beigezogen, hat bei Frau Dr. Z. (s. o.), Frau Dr. J. (s. o.), dem Psychologischen Psychotherapeuten XD. und der Psychologischen Psychotherapeutin XF. Befundberichte eingeholt sowie die Krankenunterlagen der Burghof-Klinik Bad Nauheim, die Akte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung C-Stadt, den medizinischen Teil der Verwaltungsakte der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie die Akte des Hessischen Amtes für Versorgung und Soziales Frankfurt beigezogen. Außerdem hat das Gericht Sachverständigenbeweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens bei Prof. Dr. XG., u. a. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologe. Der Sachverständige hat den Kläger am 30.11.2020 neuropsychiatrisch untersucht und sein Gutachten unter dem 01.03.2021 erstattet, das in der Sache für den Kläger negativ ausgefallen ist. Aktenkundig sind außerdem: der Befundbericht des Dr. L. vom 12.10.2018, der Befundbericht des Neurochirurgen XH. vom 28.03.2018 und der Befundbericht des Dr. XK. (Chirurgisch-Orthopädisches Zentrum) vom 09.11.2020.

Die Inhalte der beigezogenen medizinischen Unterlagen werden, soweit erforderlich, im Rahmen der Entscheidungsgründe dargestellt.

Hinsichtlich des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung gewesen ist.

Entscheidungsgründe

Die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (auf behördliche Feststellung von Unfallfolgen, die vom Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung materiell-rechtlich auf [§ 102 SGB VII](#) i. V. m. [§ 36 a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB IV](#) gestützt wird) ist form- und fristgerecht beim zuständigen Sozialgericht Frankfurt eingelegt worden, nach [§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) statthaft und insgesamt zulässig. Die hiermit kombinierte Leistungsklage ([§ 54 Abs. 4 SGG](#)) auf Heilbehandlung auf neurologisch-psychiatrischem und psychologischem Fachgebiet über den 26.08.2016 hinaus ist unzulässig, was die Vergangenheit anbelangt, da in diesem Fall nur ein Kostenerstattungsbegehren für mangels Leistung der Beklagten anderweitig beschaffte Heilbehandlung statthaft gewesen wäre, soweit deren Kosten auch kein anderer Leistungsträger getragen hätte. Dass solche Kosten bei dem Kläger angefallen oder verblieben sind, ist auch nicht vorgetragen worden. Ob die auf künftige Erbringung von Heilbehandlung ([§§ 26 Abs. 1 Satz 1, 27 Abs. 1 SGB VII](#)) gerichtete Leistungsklage hinreichend bestimmt und damit zulässig ist, kann dahinstehen, weil schon die Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nicht zum Erfolg führt und der Leistungsanspruch als Folgeanspruch daher schon deshalb ausscheidet.

Denn es ist nicht zugunsten des Klägers nachgewiesen, dass rezidivierende depressive Störung, Angst bei Menschenansammlungen, posttraumatische Belastungsstörung, chronifiziertes Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren Stadium II sowie Tinnitus am rechten Ohr Folgen des Arbeitsunfalls vom 19.07.2015 sind.

Eine Gesundheitsstörung ist Unfallfolge eines Versicherungsfalles iS des [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#), wenn sie spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls wesentlich verursacht worden ist. Ob die o. g. Gesundheitsschäden dem Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls als Unfallfolgen zuzurechnen sind (sog. haftungsausfüllende Kausalität), beurteilt sich nach der Zurechnungslehre der Theorie der wesentlichen Bedingung (BSG, Urteil vom 17.2.2009 - [B 2 U 18/07 R](#) - juris Rn 12) wie folgt:

Zunächst ist die Verursachung der weiteren Schäden durch den Gesundheitserstschaden im Sinne der „conditio sine-qua-non“ festzustellen. Danach ist eine Bedingung („conditio“) dann Ursache einer Wirkung, wenn sie aus dem konkret vorliegenden Geschehensablauf nach dem jeweiligen Stand der einschlägigen wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen. Ist der Gesundheitserstschaden in diesem Sinne eine notwendige Bedingung des weiteren Gesundheitsschadens, wird dieser ihm aber nur dann zugerechnet, wenn er ihn wesentlich (mit-) verursacht hat (BSG, Urteil vom 5. Juli 2011 - [B 2 U 17/10 R](#) - juris Rn. 27-30). Gesichtspunkte für die Beurteilung der Wesentlichkeit einer Ursache sind insbesondere die versicherte Ursache bzw. das Ereignis als solches, also Art und Ausmaß der Einwirkung, konkurrierende Ursachen unter Berücksichtigung ihrer Art und ihrer Krankengeschichte. Eine naturwissenschaftliche Ursache, die nicht als wesentlich anzusehen und damit keine Ursache im Sinne der Theorie der wesentlichen Bedingung ist, kann als „Gelegenheitsursache“ bezeichnet werden (BSG, Urteil vom 30. Januar 2007, [B 2 U 8/06 R](#), juris Rz. 20).

Hervorzuheben ist im vorliegenden Fall noch Folgendes: Jeder Versicherte ist grundsätzlich in dem Gesundheitszustand versichert, in dem er sich bei Aufnahme seiner Tätigkeit (hier: beim Arbeitsbeginn am 19.07.2015) befindet, auch wenn etwa dieser Zustand eine größere Gefährdung begründet. Eingebunden in die Kausalitätsbeurteilung sind daher alle im Unfallzeitpunkt bestehenden klinischen (d. h. symptomatischen) Krankheiten („Vorschäden“), aber auch Krankheitsanlagen (-dispositionen) und konstitutionell oder degenerativ

bedingten Schwächen, da die sozialrechtliche Kausalitätstheorie bei der Beurteilung von Zusammenhängen nicht auf einen durchschnittlich belastbaren Menschen abstellt, sondern die Verhältnisse und Eigenarten des konkreten Versicherten berücksichtigt und danach fragt, welche Faktoren im konkreten Einzelfall wesentlich zu dem „Erfolg“ beigetragen haben. Daher schließt auch eine "abnorme seelische Bereitschaft" zur Ausbildung einer psychischen/psychiatrischen oder psychosomatischen Erkrankung die Bewertung derselben als Unfallfolge nicht aus (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 40/05 R](#) –, Rn. 11, juris).

Gerade vor diesem Hintergrund hätte das erkennende Gericht eine sach- und fachgerechte Entscheidung, ob der festgestellte körperliche Gesundheitserstschaden „Zerrung der Halswirbelsäule sowie Schultergürtelzerrung“ (laut Ausgangsbescheid) und/oder der von Frau Dr. J. am 22.07.2015 erhobene psychopathologische Befund (vgl. deren Bericht vom 12.04.2016) als psychischer Gesundheitserstschaden (vgl. rechtlicher Hinweis der Kammervorsitzenden vom 13.04.2018) spezifisch die als Unfallfolgen geltend gemachten Erkrankungen wesentlich verursacht hat (bei dem als Unfallfolge geltend gemachten „chronifizierten Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren“ bezöge sich dies auf die psychischen bzw. psychosomatischen Faktoren, beim Tinnitus auf psychische und/oder psychosomatische Komorbiditäten; zu Letzterem noch genauer s. u.), nur mit sachverständiger Hilfe treffen können.

Denn zum einen sind der im Verwaltungsverfahren eingeholte Heilverfahrenskontrollbericht des Dr. T. vom 20.03.2017 und das „psychologische Zusatzgutachten“ des Diplom-Psychologen V. vom 15.05.2017, auf die sich die Beklagte zur Begründung ihrer Ablehnungsentscheidung bezieht, entgegen deren Darstellung im Widerspruchsbescheid keine Sachverständigengutachten (vgl. rechtlicher Hinweis der Kammervorsitzenden vom 13.04.2018 an die Beteiligten, vgl. auch Vortrag der Beklagten auf Nachfrage der Kammervorsitzenden, s. Tatbestand) und können die mit der Klage angefochtene Ablehnungsentscheidung der Beklagten auch unabhängig davon nicht tragen (die Gründe ergeben sich aus dem soeben genannten rechtlichen Hinweis, dem sich die erkennende Kammer anschließt).

Außerdem ist das von Amts wegen bei Prof. XG. eingeholte „neuropsychiatrische Gutachten“ vom 01.03.2021 wegen dessen Nichtbeachtung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisquellen zur Erstattung von Zusammenhangsgutachten in der gesetzlichen Unfallversicherung unverwertbar. Hierzu gehört namentlich die S2k-Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen (AWMF-Register Nr. 051-029), Teil III „Begutachtungen bei Kausalitätsfragen im Sozial-, Zivil- und Verwaltungsrecht, 2. Neubearbeitung 2019, in Verbindung mit Teil I dieser Leitlinie bzw. die in der Leitlinie festgelegten Kriterien. Die sog. Begutachtungsleitlinie, die von den Fachgesellschaften DGNB, DGPPN, DGPs, DGPM, DKPM, DeGPT und GNP herausgegeben worden ist, legt den diesbezüglichen aktuellen Erkenntnisstand aus wissenschaftlicher Evidenz und Praxis dar, bewertet ihn methodisch und klinisch, klärt gegensätzliche Standpunkte und definiert das Vorgehen der Wahl. Wird von ihr abgewichen, ist dies eingehend zu begründen (vgl. allgemein: Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 114 und 115). Die Anforderungen an die sachverständige Zusammenhangsbeurteilung im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung sind auch in Schönberger/Mehrtens/Valentin, aaO, Seiten 163 ff. (Ziffer 5.1.14) niedergelegt.

Das Sachverständigengutachten des Prof. Dr. XG. weist danach folgende wesentliche Mängel auf, die es unverwertbar machen:

Der Sachverständige hat in Beantwortung der Beweisfrage 1 nicht – wie erforderlich – ärztliche Diagnosen im Vollbeweis nach einem gängigen Diagnosesystem (ICD oder DSM) genannt, sondern lediglich die Beschwerdeschilderung des Klägers wiedergegeben. Soweit in Beantwortung der Beweisfrage 1 geschrieben worden ist, dass eine „depressive Störung“ sich bei der gutachtlichen Untersuchung nicht habe feststellen lassen, beantwortet auch dies die gestellte Beweisfrage nicht, da die Frage, ob eine „depressive Störung“ vorliegt – auch hier fehlt eine Diagnose nach ICD oder DSM, anhand deren Kriterien darzustellen gewesen wäre, welches/welche davon nicht erfüllt sind – selbstverständlich nicht nur anhand des am Tag der Begutachtung erhobenen Befundes, sondern unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage zu beantworten gewesen wäre, was nicht erfolgt ist. Auch wurden nach der Aktenlage andernorts bei dem Kläger u. a. die Erkrankungen rezidivierende depressive Störung, ggf. mittelgradige Episode (F33.1); Agoraphobie (F40.00); chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (F45.41) bzw. anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.41) sowie „Psychologische Faktoren F54 bei Tinnitus aurium H93.1“ diagnostiziert. Ob diese Erkrankungen, die (bis auf den Tinnitus; hier wäre allerdings auf die „psychologischen Faktoren“ einzugehen gewesen) sämtlich das neurologisch-psychiatrische Fachgebiet des Sachverständigen betreffen, bei dem Kläger (im Vollbeweis) vorliegen, hat der Sachverständige ebenfalls unbeantwortet gelassen. Er ist diagnostisch ausschließlich auf die PTBS eingegangen. In seiner „Beurteilung“ wird aber auch eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion (F43.2.2) erwähnt, die in der Antwort des Sachverständigen auf die Beweisfrage 1 hingegen nicht auftaucht, und es bleibt unklar, ob diese Diagnose im Vollbeweis vorliegt, zu welchem Zeitpunkt/in welchem Zeitraum sie zu diagnostizieren war und ob sie zum Zeitpunkt der Begutachtung immer noch zu diagnostizieren war (Ausführungen zum diagnostischen „Zeitkriterium“ der Anpassungsstörung sowie eine umfassende differenzialdiagnostische Abklärung des klinischen Bildes wären zwingend gewesen, siehe Schönberger/Mehrtens/Valentin, aaO, Seite 152 und 153, Ziffer 5.1.2). Ob der Sachverständige die Anpassungsstörung als Unfallfolge ansieht, und falls ja, für welchen Zeitraum, wird überdies in seinem Gutachten nicht deutlich. Soweit der Sachverständige sich in Beantwortung der Beweisfrage 2 auf die „Vorgutachten“ von Dr. T. und Herrn V. bezogen und sich diesen angeschlossen hat, hat er nicht zur Kenntnis genommen, dass es sich hierbei gerade nicht um Gutachten handelt, wie dem rechtlichen Hinweis der Kammervorsitzenden vom 13.04.2018 zu entnehmen gewesen wäre. Soweit der Sachverständige angeben hat, dass „Vorschäden“ oder „persönlichkeitsimmanente Faktoren“ die „dysfunktionelle Verarbeitung des Unfalls“/die „Beschwerden“ des Klägers wesentlich verursacht hätten, fehlen die diagnostischen Einordnungen (nach ICD/DSM) der „dysfunktionellen Verarbeitung“ bzw. der „Beschwerden“ und der „Vorschäden“ und die Bewertungen, ob diese im Vollbeweis nachgewiesen sind und ob die unfallbedingte (körperliche/seelische) Einwirkung wesentlich ursächlich diese Vorschäden richtunggebend verschlimmert hat sowie die Beantwortung der Frage, ob bei dem Kläger im Vollbeweis eine besondere Schadensanfälligkeit/seelische Labilität („Schadensanlage“) (z. B. infolge „persönlichkeitsimmanenter Faktoren“) vorlag, die gegenüber den psychischen Auswirkungen des Unfallereignisses so leicht anzusprechen war, dass sie, also die Schadensanlage, alleine die wesentliche Ursache der im Vollbeweis vorliegenden Erkrankungen ist.

Nach alledem war ein neues neurologisch-psychiatrisches Gutachten einzuholen, dessen Notwendigkeit sich aus der Aktenlage wie folgt ableitete:

- Aus dem Vorerkrankungsverzeichnis der Barmer GEK geht hervor, dass der Kläger wegen der Diagnose „Somatisierungsstörung“ (ICD-10: F45.0) vom 04.11.2010 bis 25.11.2010 arbeitsunfähig und wegen der Diagnose „Undifferenzierte Somatisierungsstörung“ (ICD-10: F45.1) vom 20.02.2014 bis 30.03.2014 arbeitsunfähig war. Wegen der Diagnose „Depressive Episode, nicht näher bezeichnet“ (ICD-10:

32.9) war der Kläger vom 01.03.2012 bis 01.04.2012, erneut vom 14.01.2013 bis 28.01.2013 und abermals vom 12.02.2014 bis 15.02.2014 arbeitsunfähig; wegen derselben Diagnose und wegen den Diagnosen „Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet“ und „Migräne, nicht näher bezeichnet“ (ICD-10: G43.9) war der Kläger im Zeitraum vom 25.05.2013 bis 20.10.2013 arbeitsunfähig.

• Laut Bericht der Frau Dr. J. vom 05.04.2022 hatte diese den Kläger seit dem 17.09.2013 (zu Lasten der Krankenkasse) bei der Diagnose „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung bei depressiver Persönlichkeitsstruktur“ wegen seiner heftigen Affekte wie Wut, Angst und Trauer behandelt. Bei der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.31) handelt es sich um eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen, insbesondere, wenn impulsive Handlungen durchkreuzt oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen können unterschieden werden: Ein impulsiver Typus, vorwiegend gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle; und ein Borderline- Typus, zusätzlich gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch ein chronisches Gefühl von Leere, durch intensive, aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen (<https://www.icd-code.de/icd/code/F60.3-.html>; Internetrecherche der Kammervorsitzenden vom 25.11.2022). Im Laufe von 25 Sitzungen, so die ärztliche Psychotherapeutin in ihrem o. g. Bericht, sei es zu einer Reduktion des Misstrauens des Klägers gegenüber anderen Menschen, einer Revision seines Menschenbildes und einer erhöhten Frustrationstoleranz gekommen. Nähe zu einem Menschen habe jedoch das Beziehungsmuster mit der Mutter reaktualisiert: „Verschmelzungswunsch - Bedrohung; Verlustangst - Wegstoßen.“ Die Folge seien Schlaf- und Konzentrationsstörungen gewesen, die u. a. Probleme beim Arbeiten bereitet hätten. Im Verlauf weiterer Sitzungen seien die depressiven Ausschläge deutlich abgeflachter, die Feindseligkeitserwartung und Kritikempfindlichkeit reduziert gewesen. Die Reflexionsfähigkeit habe zugenommen. Schärfe und Rigidität hätten aus den Beziehungen herausgehalten werden können mit dem Ergebnis, dass der Kläger seinerseits wohlwollende Reaktionen geerntet habe. Eine weitere Verlängerung der Psychotherapie habe stattgefunden, um zwischen aktuellen Übertragungsmustern und früheren pathogenen Objektbeziehungen eine Verbindung herstellen zu können. Die Therapie bei Frau Dr. J. lief noch, als der Kläger den Arbeitsunfall erlitt.

• In dem vom Kläger nicht vollständig vorgelegten und teilweise geschwärzten Reha-Entlassungsbericht der Psychosomatischen Fachklinik Q. über dessen stationäre Behandlung vom 17.11. bis 29.12.2015 heißt es, dass der Kläger angegeben habe, seine Ängste hätten bereits seit der Kindheit bestanden, seien da aber nicht bewusst als Angst wahrgenommen worden. Phasen der Depression habe es in seinem Leben immer wieder gegeben. Das angstbezogene Vermeidungsverhalten habe sich erst relativ spät eingestellt. Aus diesem Bericht gehen psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen in der Sonnenbergklinik Stuttgart im Jahr 1987 sowie in der Klinik AJ. im Allgäu im Jahr 1984 hervor.

• Im Sozialmedizinischen Gutachten des MDK Hessen vom 09.09.2016 (Dr. XM.) wird (unter Bezugnahme auf Behandlungsunterlagen) ausgeführt, dass der Kläger schon zweimal versucht habe, sich das Leben zu nehmen: 2008, als seine Mutter schwer erkrankt sei und nochmal 2008, als sie gestorben sei. Am 12.06.2016 habe sich sein Sohn umgebracht, zu dem der Kläger seit fast 10 Jahren keinen Kontakt mehr gehabt habe. Seit dessen Tod denke der Kläger regelmäßig an Suizid. Die Schlafstörungen bestünden schon sehr lange, entweder könne er nicht einschlafen oder nicht durchschlafen. Aus diesem Grund habe er auch seit Jahren Spätdienste am Flughafen.

• Im Bericht der Burghof-Klinik Bad Nauheim vom 21.02.2017 wird zur Anamnese ausgeführt, dass der Kläger seine psychischen Beschwerden „mit dem Tod seines Sohnes 06/2016 durch Suizid und mit seit 2013 bestehenden Erbstreitigkeiten in der Familie“ in Zusammenhang bringe und dass seit der Jugend eine Angstsymptomatik bestehe. Im weiteren Bericht der Burghof-Klinik vom 21.08.2017 heißt es, dass sich der Kläger während des stationären Behandlungsverlaufs „mit dem Verlust seines Sohnes und mit seinen Konflikten in der Herkunftsfamilie“ auseinandergesetzt habe.

• Aus dem Befundbericht der Frau Dr. Z. vom 10.12.2018, die den Kläger erstmals im Juli 1992 untersucht und behandelt hat, gehen die Diagnosen „kombinierte Persönlichkeitsstörung“, „Rezidivierende depressive Störung“ und „Somatisierungsstörung“ hervor. Die Fachärztin schreibt, dass sich die von ihr erhobenen Befunde nicht verändert hätten und keine neuen Leiden hinzugekommen seien und dass alle bisher verordneten Medikamente zu keiner längerfristigen Stabilisierung geführt hätten.

• In der Epikrise des Berichts der Vitos Klinik für Neurologie Weilmünster vom 24.08.2019 über die stationäre schmerztherapeutische Behandlung des Klägers mit der Diagnose „Chronischer Schmerz mit psychischen und somatischen Faktoren Stadium II nach Gerbershagen“ wird ausgeführt: „Die fortgesetzten Schmerzen nach einem bereits Jahre zurückliegenden Trauma ohne Strukturschäden [hiermit ist der Arbeitsunfall gemeint; Anm. d. Verf.] lassen an eine Reaktivierung von ähnlichen Traumata in der Biographie denken und an eine somatisierte Depression als Schmerzursache. Die ausgeprägten narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierungen und der Nähe-Distanz-Konflikt bei sozialer Phobie erschwerten jede therapeutische Maßnahme. „Nachdem es zu Provokationen und Entwertungen nicht nur gegen Gruppenmitglieder, sondern auch gegen Therapeuten kam, entließen wir Herrn A. vorzeitig.“

• Frau Dr. XS. nennt in ihrem Arztbericht vom 18.05.2021, aus dem sich die Diagnose „Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ ergibt, eine vorbestehende Depression und Angststörung.

Aus dem vorstehend Ausgeführten ist einerseits ersichtlich, dass der Kläger bereits vor seinem Arbeitsunfall psychische Erkrankungen und eine psychosomatische Erkrankung (Persönlichkeitsstörung, Angststörung, depressive Erkrankung, Somatisierungsstörung) hatte, die konkurrierende Ursachen für die als Unfallfolgen geltend gemachten Erkrankungen sein könnten. Hierfür könnte sprechen, dass psychische und psychosomatische Symptome bzw. Befunde, die zeitlich nach dem Arbeitsunfall des Klägers in den Befundberichten der behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten beschrieben werden, schon Gegenstand der seit 2013 bei Frau Dr. J. durchgeführten Psychotherapie waren (nämlich Angst, Gefühl der Leere, „Affektinkontinenz“, Ärger über Situationen oder Mitmenschen, Misstrauen gegenüber anderen Menschen, Feindseligkeitserwartung, Bedrohungsgefühl, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen; deren Bericht vom 05.04.2022). Auch im Reha-Entlassungsbericht der Psychosomatischen Fachklinik Q. über die stationäre Behandlung des Klägers vom 17.11. bis 29.12.2015 sind unter „Auslösende Situation, Krankheitsverlauf“ als vorbestehend beschrieben worden: Ängste seit der Kindheit, depressive Phasen. Die weiteren Angaben unter der genannten Überschrift sind vom Kläger geschwärzt worden, genauso wie Angaben zur „Eigenanamnese“ und zu behandelnden Ärzten, die noch weitere Aufschlüsse über die Symptome vorbestehender psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen hätten geben können. „Unkontrollierte Wutausbrüche“ (Befundbericht Frau XF. vom 01.12.2018), „unangemessene verbale Aggressivität“ (Ärztlicher Entlassungsbericht der Rehabilitationseinrichtung XP. vom 11.08.2017), „extrem wechselnde Stimmungen“ und „viele Selbstzweifel“ (Befundbericht Hausärztin Dr. F. vom 22.03.2017) sowie „Schwierigkeiten in der Interaktion mit seinen Mitmenschen“ (Bericht Dr. Z. vom 10.12.2018) sind außerdem Symptome einer Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (s. o.), die bei dem Kläger vorbestehend ist.

Andererseits aber ergeben sich aus der Berichterstattung von Frau Dr. J., die unter dem 05.04.2022 eine kontinuierliche Besserung der Symptomatik der „Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung bei depressiver Persönlichkeitsstruktur“ bis zum Zeitpunkt des Arbeitsunfalls

und infolge des Arbeitsunfalls das Auftreten einer PTBS angibt, deren Symptome sich schon in der ersten Stunde danach, am 22.07.2015, gezeigt hätten (Krankheitsbericht und Stellungnahme der Fachärztin vom 12.04.2016), Anhaltspunkte für das unfallbedingte Hinzutreten einer reaktiven psychischen Erkrankung (nicht notwendigerweise einer PTBS) sowie für eine unfallbedingte Verschlechterung der vorbestehenden Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung und depressiven Störung, zumal Frau Dr. J. schreibt, dass durch „infantile Hilflosigkeitserlebnisse“ eine Traumatisierung reaktiviert worden sei (Bericht vom 09.09.2015).

Daher hätte zunächst sachverständig geklärt werden müssen, ob bei dem Kläger zum Zeitpunkt des Arbeitsunfalls vorbestehende Erkrankungen vollbeweislich noch symptomatisch waren (dann wären sie klinische Vorschäden), ob vollbeweislich gesicherte Schadensanlagen/Krankheitsdispositionen bestanden haben, sowie, welche psychischen und psychosomatischen Erkrankungen vollbeweislich zeitlich nach dem Arbeitsunfall vorgelegen haben und ggf. über einen längeren Zeitraum andauern oder bis heute andauern.

Im Rahmen der sich hieran anschließenden Kausalitätsbeurteilung im Sinne der Theorie der wesentlichen Bedingung (s. o.) hätte u. a. sachverständig geklärt werden müssen, ob – im Falle vollbeweislich gesicherter klinischer Vorschäden – das Unfallereignis diese richtunggebend verschlimmert hat oder – im Falle vollbeweislich gesicherter Schadensanlagen/Krankheitsdispositionen – diese so stark ausgeprägt und so leicht ansprechbar waren, dass es zur Auslösung der als Unfallfolgen geltend gemachten Krankheitsbilder keiner besonderen, in ihrer Art unersetzlichen äußeren Einwirkung aus der versicherten Tätigkeit bedurft hätte (also nicht der Einwirkung des Arbeitskollegen auf Halswirbelsäule und Schulter des Klägers am 19.07.2015 oder nicht der Einwirkung des Arbeitskollegen auf die Psyche des Klägers am 19.07.2015 bedurft hätte), sondern die als Unfallfolgen geltend gemachten Gesundheitsschäden wahrscheinlich auch ohne diese Einwirkung(en) durch beliebig austauschbare Einwirkungen des unversicherten Alltagslebens zu annähernd gleicher Zeit und in annähernd gleicher Schwere entstanden wären (dann wäre die unfallbedingte Einwirkung nur „Gelegenheitsursache“, s. o.).

Durch seine Weigerung, sich bei dem von Amts wegen hierzu beauftragten Sachverständigen, dem Neurologen und Psychiater Dr. XN., zur Begutachtung einzustellen, weil er „eine Begutachtung durch Herrn Dr. XN. in E-Stadt als nicht zielführend erachtet“ (Schriftsatz der Klägervertreterin vom 20.10.2022), hat der Kläger indes die notwendigen Klärungen verunmöglicht. Er war auch nicht berechtigt, diese prozessuale Mitwirkung zu verweigern und stattdessen die Begutachtung durch einen anderen Sachverständigen zu verlangen, weil der Sachverständige Dr. XN. – so die Begründung des Klägers – fachlich nicht die Voraussetzungen erfülle, die zur Begutachtung seines Falles erforderlich seien (der Gutachter sollte „Kenntnisse bezüglich der Auswirkungen von heimtückischen Gewaltangriffen auf die Halswirbelsäule, auf das Körper-Psyche-System bis hinein ins Sozialleben aufweisen“, „Kenntnisse zu einem HWS-Schleudertrauma und den möglichen Folgen“ sowie Kenntnisse zu „Entstehungsmöglichkeiten, Heilungschance und den psychisch belastenden Auswirkungen eines Tinnitus“ haben sowie bereit sein, die „Komplexität der Krankheitsgeschichte vom Unfalltag bis heute [...] mit dem Kläger zu beleuchten und in die diagnostisch differenzierten Überlegungen mit einzubeziehen“, Schriftsatz der Klägervertreterin vom 03.06.2022).

Ausgangspunkt der Ablehnung des Sachverständigen Dr. XN. war indes ein Anruf des Klägers in dessen Praxis gewesen, in dem es dem Kläger um die Verschiebung des für den 09.11.2022 um 9 h vom Sachverständigen anberaumten Untersuchungstermins auf den Nachmittag und um die Ausstellung eines „Taxischeins“ zum Aufsuchen der Praxis gegangen war. Der Weg in eine fremde Stadt (E-Stadt) zu einem derart frühen Zeitpunkt mit öffentlichen Verkehrsmitteln stelle für den Kläger, so die Klägervertreterin, eine so erhebliche Belastung dar, dass davon auszugehen sei, dass seine psychische Verfassung bei seiner Ankunft bereits so erheblich beeinträchtigt sei, dass eine sinnvolle Durchführung der Begutachtung nicht möglich sei und dass der Kläger diesen frühen Termin auch aufgrund seiner Schlafstörungen, Ängste und der Gefahr eskalierender Panikattacken nicht wahrnehmen könne. Dass der Kläger von der Arzthelferin des Sachverständigen diesbezüglich, wie versprochen, keinen Rückruf erhalten habe und ihm auch kein neuer Terminvorschlag gemacht worden sei, habe das Vertrauen des Klägers in die Begutachtung durch den Sachverständigen noch zusätzlich geschwächt.

Infolge der hieran anschließenden grundsätzlichen Weigerung des Klägers, sich bei dem Sachverständigen Dr. XN. zur Begutachtung vorzustellen (s. o.), schieden Vermittlungsbemühungen der Kammervorsitzenden, die zu einer Terminverlegung auf eine spätere Uhrzeit am 09.11.2022 oder auf einen anderen Tag zu einer späteren Uhrzeit hätten führen können, von vorneherein aus. Die vorgetragene Notwendigkeit, mit dem Taxi zum Begutachtungsort gefahren zu werden, hätte aber auch bei Terminverlegung vom Kläger mit aktuellem Datum nachgewiesen werden müssen (gerichtliche Verfügung vom 20.10.2022).

Infolge der unberechtigten grundsätzlichen Weigerung des Klägers, sich für die notwendige neurologisch-psychiatrische Begutachtung bei dem Sachverständigen Dr. XN. vorzustellen, konnten die anspruchsbegründenden Tatsachen und das Vorliegen eines rechtlich wesentlichen Ursachenzusammenhangs zwischen Gesundheitserstschaden/Gesundheitserstschäden und geltend gemachten Unfallfolgen in psychischer, psychiatrischer und psychosomatischer Hinsicht nicht nachgewiesen werden, was nach der in sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Beweislastverteilung zu seinen Lasten geht.

Die Einholung eines orthopädischen Sachverständigengutachtens von Amts wegen, den „Tinnitus am rechten Ohr“ betreffend, den der Kläger als Folge der „Attacke auf die Halswirbelsäule“ ansieht, musste nicht erfolgen. Bei dem Kläger ist insoweit im Ausgangsbescheid als Unfallfolge eine „folgenlos ausgeheilte Zerrung der Halswirbelsäule“ festgestellt. Im Klageverfahren hat die Klägervertreterin zwar zunächst „degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule“ (und der Lendenwirbelsäule) als Unfallfolgen geltend gemacht, diesen Antrag aber nicht mehr aufrechterhalten nach rechtlichem Hinweis der Kammervorsitzenden vom 13.04.2018, der auf den MRT-Befund der Frau Dr. N. (MVZ) vom 26.08.2015, den Bericht der BG-Unfallklinik Frankfurt vom 08.06.2016 und den Bericht des Dr. T. vom 20.03.2017 zurückgeht. Eine andauernde Gesundheitsstörung der Halswirbelsäule als Folge des Arbeitsunfalls vom 19.07.2015 wird mit der Klage also nicht mehr geltend gemacht, so dass ein Tinnitus auch nicht dessen Folge sein kann.

Ungeachtet der Frage, ob ein Tinnitus am rechten Ohr des Klägers im Vollbeweis nachgewiesen ist (vgl. die hierzu erforderliche „Basisdiagnostik“ nach Seite 12 Ziffer 3.2 der S3-Leitlinie „Chronischer Tinnitus“ der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V., Stand September 2021 – AWMF-Register-Nr. 017/064; https://register.awmf.org/assets/guidelines/017-064l_S3_Chronischer_Tinnitus_2021-09_1.pdf; Internetrecherche der Kammervorsitzenden vom 25.11.2022, die sich in dem Bericht des HNO-Arztes Dr. K. vom 14.04.2016 nicht darstellt, da dieser die Diagnose „Tinnitus aurium“ offenbar lediglich auf Basis der anamnestischen Angaben des Klägers „Tinnitus nach einem Schleudertrauma, von einem Kollegen von hinten gestoßen worden“ gestellt hat), legt „der heutige Kenntnisstand zur Ätiopathogenese des Tinnitus nahe, dass die Ätiologie eines Tinnitus zwar vielfältige Ursachen haben kann, häufig aber auf einem primären pathophysiologischen Prozess im Innenohr beruht“ (S3-Leitlinie aa0, Seite 6 Ziffer 2). Eine „Innenohrschwerhörigkeit beidseits“ hat Dr. K. bei dem Kläger diagnostiziert.

Entscheidend dafür, kein orthopädisches Sachverständigengutachten einzuholen, ist für das erkennende Gericht indes gewesen, dass sich laut S3-Leitlinie (aa0, Seite 8 Ziffer 2.3) psychische und/oder psychosomatische Komorbiditäten, insbesondere Angststörungen, Depressionen und Schlafstörungen vermehrt bei Patienten mit Tinnitus finden und dass Depressionen und andere psychische Störungen einen Risikofaktor für die Tinnitusentstehung darstellen und einen Tinnitus verstärken können (vgl. hierzu auch konkret Bericht Dr. J. vom 12.04.2016 sowie Bericht Dr. T. vom 20.03.2017), so dass auch bei einem vollbeweislich gesicherten Tinnitus am rechten Ohr des Klägers mit Hilfe des neurologisch-psychiatrischen Sachverständigen hätte geklärt werden müssen, ob dieser wesentlich durch eine unfallbedingte psychiatrische und/oder psychosomatische Erkrankung (wie als Unfallfolgen geltend gemacht) verursacht worden ist, was wegen der unberechtigten Weigerung des Klägers, sich dort vorzustellen, aber unmöglich gewesen ist.

Nach alledem war die Klage vollumfänglich abzuweisen.

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

Die Rechtsmittelbelehrung folgt aus [§§ 143, 144 SGG](#).

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-01-11