
Datum: 26.11.2014
Gericht: Landessozialgericht NRW
Spruchkörper: 17. Senat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: L 17 U 514/13
ECLI: ECLI:DE:LSGNRW:2014:1126.L17U514.13.00

Vorinstanz: Sozialgericht Düsseldorf, S 6 (36) U 38/09
Sachgebiet: Unfallversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 30.07.2013 wird zurückgewiesen.
Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

-
- Tatbestand: 1
- Der Kläger begehrt von der Beklagten die Zahlung einer höheren und über den 28.02.2006 hinaus zu gewährenden Verletztenrente wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls vom 26.06.2003 sowie die Übernahme von Kosten für eine weitere psychotherapeutische Behandlung. 2
- Der am 00.00.1950 geborene Kläger bezieht wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls vom 07.02.1968 (Wegeunfall) Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 30 v. H. 3
- Am 26.06.2003 war er als Beschäftigter in der Stadt-Sparkasse E, Filiale B, anwesend, als es gegen 15:44 Uhr zu einem bewaffneten Raubüberfall kam. Ausweislich des Polizeiberichtes vom 26.06.2003 sowie des Ergebnisses der Zeugenbefragungen hatte eine männliche Person die Herausgabe von Bargeld durch den Kassierer gefordert. Zunächst bedrohte der Täter die Kassiererin der ersten Kasse, indem er durch den Schlitz unterhalb des Sicherheitsglases die Pistole auf sie richtete und "Überfall" rief. Nachdem die Kassiererin der 4

ersten Kasse diese schließen und den Kassenbereich verlassen konnte, wandte der Täter sich einer zweiten Kasse zu. Er schob nochmals die Hand mit der Pistole durch den Schlitz unterhalb des Sicherheitsglases hindurch in Richtung des Kassierers und forderte Geld. Sodann zog er die Hand wieder heraus und schoss an die Decke. Danach schob er eine Tüte durch den Schlitz des Sicherheitsglases und richtete die Waffe wieder auf den Kassierer, ohne sie erneut durch den Spalt zu schieben. Nachdem er die Tüte mit dem Geld bekommen hatte, verließ der Täter die Sparkasse.

Zum Tatzeitpunkt hatte der Kläger seinen Schreibplatz vom Eingang aus gesehen in der hinteren linken Ecke des Raumes hinter einer Trennwand. Nach eigenen Angaben arbeitete er zunächst dort, wollte aber unabhängig vom Geschehen ohnehin gerade aufstehen, um sich hinter den Kassen vorbei über einen Treppenaufgang in den Aufenthaltsraum im ersten Obergeschoss zu begeben. Dabei hörte er, dass jemand "hau ab" bzw. "raus" rief, wobei er nicht an einen Überfall dachte, sondern an einen störenden Hund. Nachdem er hinter der Trennwand hervorgekommen war, nahm er den Täter an der Kasse wahr. Er ging jedoch nicht zurück an seinen Arbeitsplatz, sondern weiter hinter der Kasse vorbei, weil er dachte, dass ihm hinter den schusssicheren Scheiben nichts passieren könne. In dem Moment, als er hinter den Kassen war, fiel der Schuss. Der Kläger ging weiter zu dem Treppenaufgang ins erste Obergeschoss und verständigte von dort über ein Handy die Polizei.

5

Unter dem 05.08.2013 erstattete die Stadt-Sparkasse E Unfallanzeige. Die Rechtsvorgängerin der Beklagten, der Rheinische Gemeindeunfallversicherungsverband (im Folgenden: Beklagte), bot dem Kläger mit Schreiben vom 22.08.2013 an, falls er sich durch die Unfallfolgen beeinträchtigt fühle, sich an die beratende Psychologin Frau I aus E zu wenden. Der Kläger nahm dieses Angebot am 29.09.2003 wahr. Unter dem 12.10.2003 erstattete Frau I einen Bericht an die Beklagte, in welchem sie die Diagnosen "F. 43.1 Posttraumatische Belastungsstörung (Retraumatisierung)" und "V.a. Persönlichkeitsveränderung i.R. einer lang andauernden Belastung" stellte. Nach eigenen Angaben sei der Kläger 1968 in einen Verkehrsunfall verwickelt gewesen, ferner sei er im März und im Oktober 1979 bereits Opfer bewaffneter Überfälle bei der Sparkasse gewesen. Wegen einer Bluttransfusion sei er außerdem 1983 an Hepatitis C erkrankt.

6

Zu den Überfällen im Jahr 1979 konnte die Sparkasse auf Anfrage der Beklagten keine Auskunft mehr erteilen. Gegenüber Sachverständigen berichtete der Kläger später hierzu, dass er bei dem Überfall 03/1979 mit einer Pistole auf der Brust vom Täter per Handzeichen hinauskomplimentiert worden sei, danach habe sich der Täter anderen Kollegen zugewandt. Bei dem Überfall 10/1979 sei er mit einer Schusswaffe auf den Kopf geschlagen worden und habe ambulante ärztliche Versorgung in einer Klinik benötigt.

7

Am 08.12.2003 fand ein Gespräch zwischen dem Kläger, Frau I und Herrn O1, einem Mitarbeiter der Beklagten, statt. Danach wollte der Kläger trotz negativer Arbeitsumstände (Aushilfe in der Kasse bei Pausen oder im Vertretungsfall) weiterhin seine Arbeit aufnehmen, obwohl Frau I und Herr O1 ihm zu einer Arbeitsunfähigkeit rieten. Am 12.12.2003 fand ein weiteres Gespräch zwischen dem von der Beklagten kontaktierten Betriebsarzt des Evangelischen Krankenhauses E Dr. I, einer Mitarbeiterin der Personalabteilung der Sparkasse, des stellvertretenden Zweigstellenleiters und Herrn O1 statt. Danach sollte eine Vertretung in dem Kassenschalter in Zukunft unterbleiben. Der Arbeitsplatz des Klägers wurde als nach wie vor gefährlich angesehen. Der Kläger wollte aber unbedingt in Kundennähe in der dortigen Zweigstelle verbleiben. Da sich der Arbeitsplatz im entferntesten Teil abseits des Kassenraumes befand, wurde er dort belassen.

8

Die Krankenkasse des Klägers, die Barmer Ersatzkasse (BEK), teilte der Beklagten mit, dass der Kläger ab dem 09.01.2004 wegen einer rezidivierenden Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, krankgeschrieben sei. Frau I berichtete der Beklagten am 27.04.2007 unter Angabe der Diagnose "F 43.1 Posttraumatische Belastungsstörung nach drittem Überfall am 26.06.2003, inzwischen voll remittiert", dass die Trauma-Behandlung bei dem Kläger bald abgeschlossen werden und eine Arbeitsbelastungserprobung eingeleitet werden könne.

Die BEK teilte der Beklagten am 1.10.2004 zu Vorerkrankungen im Bereich "Psyche" mit, dass der Kläger bei seit dem 01.04.1966 bestehender Mitgliedschaft vom 25.-28.07.1989 wegen eines Erschöpfungszustandes, vom 13.-29.08.1990 wegen einer reaktiven Depression, vom 19.08.-09.09.1997 wegen eines Erschöpfungssyndroms sowie vom 09.01.-27.06.2004 wegen einer rezidivierenden depressiven Störung arbeitsunfähig gewesen sei. 10

In einer weiteren Stellungnahme vom 11.10.2005 teilte Frau I der Beklagten unter Angabe der Diagnose "Traumafolgestörung bzw. Z.n. Posttraumatischer Belastungsstörung (remittiert) nach drittem Überfall am 26.06.2003" mit, dass der Kläger grundsätzlich froh sei, wieder arbeiten zu gehen und sich freue, wenn er am Arbeitsplatz sei und seine Kunden bediene, jedoch eine Reduzierung seiner Belastungsfähigkeit bemerke. Eine stationäre medizinische Behandlung werde befürwortet. 11

Auf Veranlassung der Beklagten absolvierte der Kläger vom 29.11.2005 bis zum 17.01.2006 eine Maßnahme im B-Gesundheitszentrum E, einer ambulanten psychosomatischen Einrichtung. Der Kläger wurde dort von dem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Herrn H sowie der Psychologin Frau S unter den Rehabilitationsdiagnosen "Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10 F. 43.1 und somatoforme autonome Störung F 45.3" behandelt. 12

In einem Bericht vom 21.11.2006 über die weitere einzeltherapeutische Behandlung des Klägers wegen posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) seit Januar 2006 teilte die Psychologin S vom B-Gesundheitszentrum E der Beklagten mit, dass eine Verlängerung dieser Therapie notwendig sei, da der Kläger noch unter starken Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefiziten aufgrund von Erregungszuständen leide und somit dem Alltagsgeschehen nicht in voller Aufmerksamkeit folgen könne. Seine Konzentrationsfähigkeit sei erheblich beeinträchtigt, es imponiere eine erhöhte und für den Kläger sehr belastende und Kraft zehrende Schreckhaftigkeit. Er erscheine in seiner gesamten psychophysiologischen Konstitution beeinträchtigt. 13

Die Beklagte zog die Akte nach dem Schwerbehindertenrecht vom Versorgungsamt E bei. Diese umfassten einen ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik und Reha-Zentrum M e.V., Innere Abteilung, vom 25.04.1984 betreffend eine stationäre Rehabilitationsbehandlung vom 07.03.-14.04.1984. Als Diagnosen wurden eine Non A - Non B Hepatitis, ein Z.n. Oberschenkelchaftfraktur re, ein Z.n. Radiusfraktur mit posttraumat. Arthrose des re Handgelenks angegeben. In einem Bericht der Internistin Dr. O vom 20.06.1984 ist angegeben, dass der Kläger seit Jahren unter (1.) Kreislaufregulationsstörungen, Angina pectoris, Belastungsdyspnoe, Schwindelzuständen, (2.) Z.n. Oberschenkelchaftbruch re. und Nagelung, Unterarmbruch und Schädelprellung 1968, (3.) einer vegetativen Störung und Schlafstörung, (4.) Wirbelsäulenbeschwerden, Skoliose, rez. HWS-BWS-LWS-Syndromen, (5.) Arthrose im rechten Handgelenk, (6.) Struma diffusa und (7.) seit 1984 unter Hepatitis Non-A-Non-B leide. Wegen der Diagnosen zu 1., 3., 4. und 5. hätten 1972, 1974, 1976, 1978 und 1980 Kuraufenthalte stattgefunden. In einem Fragebogen des Versorgungsamtes vom 12.02.2001 hat der Kläger angegeben, wegen der Hepatitis C 1990, 1991, 1993, 1994, 1995, 14

1996, 1997, 1998, 1999 und 2000 jeweils Kuren bzw. Heilverfahren durchlaufen zu haben. Als Beschwerden gab er an, unter dauernden Beschwerden im rechten Hüft- und Kniegelenk, dauernden Schmerzen im rechten Handgelenk, einem sehr starken Erschöpfungszustand, zeitweisigem Unwohlsein, Konzentrationsstörungen, Magenbeschwerden, Sodbrennen, Entzündung der Speiseröhre zu leiden und seit 1994 ca. 15 Nierenkoliken durchgemacht zu haben. Ähnliche Beschwerden äußerte er in einem Fragebogen vom 15.10.2002.

Nach weiterer Auskunft der BEK vom 19.11.2007 war der Kläger vom 29.11.2005 bis 21.02.2006 wegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig, und einer PTBS, vom 27.04.-25.05.2007 wegen PTBS und akuter Belastungsreaktion, vom 06.07.-06.08.2007 und vom 21.09.-17.10.2007 jeweils wegen PTBS arbeitsunfähig. 15

Unter dem 13.03.2008 erstattete die Psychologin S einen weiteren Behandlungsbericht, wonach das Traumageschehen aufgrund der Vielzahl der Überfälle chronifiziert sei. Die bekannten Symptome wie Ängste, Anspannung und Erschöpfung ab den Mittagsstunden am Arbeitsplatz persistierten. 16

Die Beklagte beauftragte den Neurologen und Psychiater Dr. W mit der Begutachtung des Klägers. In seinem Gutachten vom 22.04.2008, erstellt aufgrund ambulanter Untersuchung am gleichen Tag, führte Dr. W aus, dass der Kläger unter Affekt- und Stimmungs labilität, vegetativer Unausgeglichenheit bei übergenau-zwanghafter und nachhaltiger Persönlichkeit leide. Bezüglich des nach dem Ereignis vom 26.06.2003 verstärkt geschilderten Vorsorgeverhaltens handele es sich nicht um eine abnorme Verhaltensweise bzw. krankheitswertige Reaktion. Die Schilderungen des Tathergangs im Tatort-Befundbericht seien mit einem Ereignis, welches eine traumatische Belastungsreaktion oder eine PTBS herbeiführen könne, nicht vereinbar. Die mit dem Überfall verbundenen emotionalen Reaktionen und das Folgeverhalten seien in Anbetracht der Persönlichkeit des Klägers als angemessen einzuschätzen. Wegen der Folgen des Überfalls vom Juni 2003 oder der Ereignisse von 1979 sei keine Heilbehandlung erforderlich gewesen. Arbeitsunfähigkeit habe deshalb ebenfalls nicht vorgelegen, eine unfallbedingte MdE habe zu keiner Zeit bestanden. 17

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 09.06.2008 führte Dr. W auf Anfrage der Beklagten aus, dass psychovegetative Störungen einschließlich Depression bei dem Kläger 1984 und 1985 ärztlich beschrieben worden seien. Die schädigenden Ereignisse hätten unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsstruktur des Klägers mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer traumatischen Belastungsreaktion geführt, sodass zumindest zeitweilig nach den Ereignissen psychovegetative Störungen vorgelegen hätten. Die Feststellungen seines Vorgutachtens seien allerdings insofern zu bestätigen, dass der Kläger bei der jetzigen Untersuchung keine Zeichen einer anhaltenden erlebnisreaktiven, den Unfällen zuzuordnenden psychischen Störung geboten habe. 18

Die Beklagte holte zu dem Gutachten Dr. W eine neurologisch-psychiatrische Stellungnahme von Dr. C vom 26.06.2008 ein. Dieser hielt das Gutachten Dr. W für schlüssig und nachvollziehbar. Eine größere psychovegetative Störung sei bei der nur begrenzten Traumalogie und den aktenkundigen Verlaufsdaten zu verneinen, auch unter Berücksichtigung einer etwaigen Retraumatisierung. Im Rahmen des aktuellen Ereignisses sei der Kläger absolut nicht in einer überwältigend hilflosen Bedrohungssituation gewesen. Er habe sich vielmehr der Bedrohung aus eigener Kraft entziehen können. Die Arbeitsunfähigkeit bis 21.02.2006 sei mit hinreichender Wahrscheinlichkeit als Folge des Unfallereignisses anzusehen. Ab Ende der Verletztengeldzahlung im Februar 2006 liege keine messbare MdE vor. Unter dem 31.07.2008 ergänzte Dr. C handschriftlich "MdE 10 % bis Febr. 2006". 19

Die Beklagte erkannte das Ereignis vom 26.06.2003 mit Bescheid vom 08.08.2008 als Arbeitsunfall an. Als Folge des Unfalls habe eine vorübergehende erhöhte Aufmerksamkeits- und Vorsorgebereitschaft in risikobelastenden Alltags- und Arbeitssituationen bestanden. Nicht anerkannt werde eine Affekt- und Stimmungs labilität sowie eine vegetative Unausgeglichenheit bei übergenu-zwanghafter und nachhaltiger Persönlichkeit. Die MdE sei nicht in rentenberechtigendem Maße gemindert.	20
Gegen den Bescheid legte der Kläger am 21.08.2008 Widerspruch ein.	21
Die Beklagte holte eine weitere beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. C vom 14.10.2008 ein, der seine vorherigen Ausführungen bekräftigte und auf die eindeutig nachgewiesene, schon vor dem Unfall manifeste psychische Symptomatik verwies.	22
Mit Teil-Abhilfebescheid vom 20.11.2008 gewährte die Beklagte dem Kläger aufgrund einer Stützrentensituation eine Rente auf unbestimmte Zeit vom 26.06.2003 bis 28.02.2006 nach einer MdE von 10 v.H.	23
Unter dem 21.11.2008 teilte die Beklagte dem B-Gesundheitszentrum E mit, dass zukünftige Behandlungen zu Lasten der Krankenversicherung durchzuführen seien.	24
Mit Schreiben vom 17.12.2008 erhielt der Kläger seinen Widerspruch aufrecht. Ihm sei Rente auf unbestimmte Zeit auch über den 28.02.2006 hinaus und nach einer MdE von 30 v.H. zu gewähren. Außerdem seien die Behandlungsmaßnahmen fortzusetzen, einer Einstellung derselben werde widersprochen.	25
Mit Widerspruchsbescheid vom 11.03.2009 wies die Beklagte den Widerspruch gegen die Begrenzung des Rentenanspruchs und die Höhe der MdE sowie die Ablehnung der Kostenübernahme für die weitere Behandlung zurück. Zur Begründung bezog sie sich auf die Ausführungen Dr. W und Dr. C.	26
Mit seiner am 14.04.2009 vor dem Sozialgericht Düsseldorf (SG) erhobenen Klage hat der Kläger sein Begehren weiter verfolgt. Dies hat er im Wesentlichen damit begründet, dass seit dem Überfall bei ihm vorhandene psychische Beschwerden im Wesentlichen auf dieses Ereignis zurückzuführen und daher entsprechend zu berücksichtigen seien. Hinzu komme, dass er Ende Mai 2009 einen Herzinfarkt erlitten habe. Als Ursache des zugrunde liegenden erhöhten Blutdrucks sei die Nichtbehandlung durch die Psychotherapeutin Frau S seit Dezember 2008 aufgrund der ablehnenden Haltung der Beklagten anzusehen.	27
Der Kläger hat beantragt,	28
die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 08.08.2008 in der Gestalt des Bescheides vom 20.11.2008 sowie des Widerspruchsbeacheides vom 11.03.2009 zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Versicherungsfalles vom 26.06.2003 für die Zeit ab dem 27.06.2003 eine Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 50 % zu gewähren sowie die Kosten für eine weitere psychotherapeutische Behandlung zu übernehmen.	29
Die Beklagte hat beantragt,	30
die Klage abzuweisen.	31
Sie hat an der getroffenen Entscheidung festgehalten.	32
	33

Das SG hat Befundberichte der behandelnden Ärzte des Klägers eingeholt, namentlich von Dr. G, O-Centrum E vom 15.09.2009, von Dr. H/Frau S, B-Gesundheitszentrum E, vom 15.09.2009 sowie von Dr. N, Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vom 12.10.2009. Auf den Inhalt der Berichte wird Bezug genommen.

Das SG hat sodann weiter Beweis erhoben durch Einholung eines nervenfachärztlichen Zusammenhanggutachtens von der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. L, erstellt am 05.09.2010 aufgrund ambulanter Untersuchung des Klägers am 21.07.2010. Diese ist zu dem Ergebnis gekommen, dass bei dem Kläger keine Gesundheitsstörungen vorgelegen haben, welche mit Wahrscheinlichkeit ursächlich im Sinne der Entstehung oder Verschlimmerung durch das Ereignis vom 26.06.2003 bedingt oder wesentlich mit bedingt gewesen seien. Das Gesamtverhalten des Klägers nach dem Ereignis stelle lediglich eine nahtlose Fortsetzung seiner lebenslangen, persönlichkeitsbedingten Verhaltensweise dar. Es handele sich bei dem Beschwerdevortrag um ein Tendenzverhalten, wobei nach den Akten alles dafür und nichts dagegen spreche, dass dies schon seit 2003 im Wesentlichen so sei. Dabei sei davon auszugehen, dass es bei dem Kläger auf dem Boden von Persönlichkeitsbesonderheiten in der Vergangenheit und auch derzeit immer noch einmal zu Erschöpfungssituationen und depressiven Verstimmungen gekommen sei und komme. Dies sei aber dokumentiertermaßen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 26.06.2003 nicht der Fall gewesen. Das Ereignis sei lediglich im Nachhinein instrumentalisiert worden, um Wünsche nach besonderen Arbeitsbedingungen und Entlastung umzusetzen. Es seien andere Faktoren, vor allem Änderungen in den täglichen Routinen und Gewohnheiten, die diese Persönlichkeit beeinträchtigen könnten, nicht episodische Schreckerlebnisse. Zum Vorliegen einer PTBS hat Dr. L ausgeführt, dass das schädigende Ereignis, speziell was die Rolle des Klägers anbetreffe, sicher nicht geeignet sei, eine unmittelbare schwere seelische Verletzung des Klägers im Sinne einer PTBS hervorzurufen. Der Kläger sei nicht unmittelbar von einer Bedrohung katastrophalen Ausmaßes betroffen gewesen, er habe sogar die Möglichkeit gehabt, sich aus dem Raum, in dem sich der Täter aufgehalten habe, zu entfernen, er sei nicht den Ereignissen hilflos ausgeliefert gewesen. Auch eine andere, vorübergehende psychoreaktive Störung nach diesem Schreck habe nicht vorgelegen. Es habe zu keinem Zeitpunkt überhaupt krankhafte psychopathologische Befunde gegeben, zeitnah nicht einmal irgendeine Reaktion des Klägers, auch kein Meiden des Ortes des Geschehens, und dies bei einem Probanden, der ausweislich der Aktenlage keine Hemmungen habe, bei Missbefindlichkeiten einen Arzt aufzusuchen und sich krankschreiben zu lassen.

34

Auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG hat das SG ein weiteres Gutachten eingeholt von Prof. Dr. Dr. U (LVR Klinikum E - Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie). In seinem Gutachten vom 20.03.2012, erstellt aufgrund testpsychologischer und klinischer Untersuchungen vom 12.08., 26.08., 16.12.2011, 20.01., 03.02. und 09.03.2012 hat der Sachverständige ausgeführt, dass bei dem Kläger eine chronifizierte PTBS (ICD 10: F43.1) sowie eine rezidivierende depressive Störung, derzeit leichte Episode (ICD 10: F 33.0) vorliege. Es sei durch das Ereignis vom 26.06.2003 sicherlich zu einer Retraumatisierung bei vorher gut kompensierter, verdeckter PTBS gekommen. Weitere bedingende Faktoren für die heutigen Gesundheitsstörungen seien zwei Banküberfälle aus dem Jahre 1978 bzw. 1979, möglicherweise sogar der Wegeunfall 1968 und der jahrelange Krankheitsverlauf bei chronischer und lebensbedrohlicher, inzwischen aber abgeheilter Hepatitis. Ohne diese Gesamtleidensgeschichte - so der Sachverständige - hätte der Banküberfall vermutlich nicht die heutigen psychosomatischen Auswirkungen gehabt. Zum Vorliegen einer PTBS hat der Sachverständige ausgeführt, dass die Kriterien A-E der PTBS nach ICD 10 erfüllt seien. Wenn ein Täter in einer geschätzten Entfernung von 2,5 bis 3 m mit einer Schusswaffe hantierte und sie sogar zur Drohung einsetze, sei das Kriterium A erfüllt.

35

Der Kläger leide unter anhaltenden Nachhallerinnerungen und Wiedererleben der Belastungssituation, ausgelöst durch spezifische Triggerreize, z.B. das Knacken von Ästen, plötzlicher lauter aggressiver Ausrufe oder Bilder von Maskierten (Kriterium B). Auch Kriterium C sei erfüllt, denn der Kläger vermeide den Bereich der Kassenboxen, vermeide, über die Ereignisse zu sprechen, spalte sie von seinem emotionalen Erleben so gut wie möglich ab, sofern das Gespräch nicht umgangen werden könne, meide Erinnerung durch Filme im Fernsehen und öffentliche Plätze, an denen er sich stärker durch menschliche aggressive Einflüsse bedroht fühle. Kriterium D sei erfüllt, denn der Kläger leide unter einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung, Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Hypervigilanz und erhöhter Schreckhaftigkeit. Da der Kläger bereits für die Zeit unmittelbar nach dem letzten Überfallereignis entsprechende Symptome beschreibe und von der Psychologin I innerhalb von sechs Monaten die Diagnose PTBS gestellt worden sei, sei auch Kriterium E erfüllt. Auch alle Kriterien nach DSM IV für eine PTBS seien erfüllt. In seinem Resümee führt Prof. Dr. Dr. U aus, dass das bei dem Kläger nachweisbare, zumindest mittelschwere posttraumatische Belastungssyndrom zurückgehe auf eine lange Serie von akuten und chronischen traumatischen Ereignissen, über sein ganzes Erwachsenenleben mehr oder weniger gleichmäßig verteilt. Ohne diese gesamte Leidensgeschichte hätte der Banküberfall 2003 mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu dem heutigen Krankheitsbild geführt. Es sei nicht zu belegen, dass Herr U angesichts seiner medizinischen Vorgeschichte sich heute in einem besseren Zustand befände, wenn er in den Überfall von 2003 nicht verwickelt worden wäre. Dieser weitere traumatische Vorfall im Leben des Klägers sei für das Zustandekommen seines heutigen Krankheitsbildes weder notwendig noch zwingend hinreichend.

In der hierzu eingeholten ergänzenden Stellungnahme vom 30.09.2012 hat die Sachverständige Dr. L u. a. ausgeführt, dass das Ereignis nicht geeignet gewesen sei, eine PTBS auszulösen. Der Kläger sei einer Einwirkung durch den Täter nicht ausgesetzt gewesen. Er habe auch nicht aus der Entfernung gesehen, wie etwas Schreckliches passiert sei, in dem Sinne, dass er alleine durch Bilder davon hätte geschockt sein können. Dieser Teil der Kriterien für die Auslösung einer PTBS, dass es auch reichen könne, Zeuge zu sein, gelte z.B. für den Anblick schlimmer, aber wirklich passierter, nicht möglicherweise drohender Verletzungen und Leichen, wenn also der tatsächliche Anblick, nicht die bloße Möglichkeit, dass es einen solchen Anblick hätte geben können, an sich etwas gewesen sei, das fast jeden Menschen schwer erschüttert hätte. Sich ungesehen aus der Gefahrenzone entfernen zu können und nur zu sehen und zu wissen, dass da ein Überfall statfinde, reiche nicht aus, um der Definition eines auslösenden Ereignisses für eine PTBS zu entsprechen. Ein Vermeidungsverhalten nach dem Banküberfall sei nicht gegeben gewesen. In der ersten Zeit nach dem Überfall sei keine Krankschreibung erfolgt und nichts beschrieben, was auch nur auf vermehrte Missbefindlichkeiten hindeute. Die von Prof. Dr. Dr. U erhobene Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung lasse sich nicht durch entsprechende Befunde belegen. Im Übrigen könne die Beurteilung von Prof. Dr. Dr. U so nicht nachvollzogen werden, da der Beschwerdevortrag des Klägers wie ein Befund behandelt werde und nicht auf Plausibilität geprüft worden sei. Schon bei ihrer gutachterlichen Untersuchung sei der Beschwerdevortrag und das Verhalten des Klägers entsprechend seiner Wesensart sorgfältig ausgearbeitet und vorbereitet gewesen. Sie habe keine Konzentrationsstörungen feststellen können, sondern ein zweckorientiertes Aggravationsverhalten. Das multiple Beschwerdebild habe schon vor dem Unfall bestanden. Zudem seien die gutachterlichen Ausführungen von Prof. Dr. Dr. U in sich widersprüchlich. Zum Einen werde eine Störung als vorbestehend dann aber als unfallbedingt angegeben. Am Ende heiße es dann, dass der Überfall keine wesentliche Teilursache sei.

36

37

Mit Urteil vom 30.07.2013 hat das SG die Klage als unbegründet abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Zahlung einer Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung und ebenso wenig auf Übernahme der Kosten einer psychotherapeutischen Behandlung. Solches sei nicht unfallbedingt erforderlich. Dies ergebe sich insbesondere aus dem Gutachten der gerichtlichen Sachverständigen Dr. L. Ihr Gutachten sei widerspruchsfrei und überzeugend begründet. Nachvollziehbar sei ihrem zu Gutachten entnehmen, dass eine sorgfältige Abschichtung unfallunabhängiger Symptome vorgenommen worden sei. Es sei auch nicht nachvollziehbar, wie angesichts der konkreten Ereignisse hier ein größerer psychischer Schaden entstanden sein sollte. Anders als bei den Banküberfällen in den Vorjahren sei der Kläger bei dem hier angeschuldigten Ereignis in keiner Weise direkt betroffen gewesen. Auch aus dem auf Antrag des Klägers eingeholten Gutachten von Prof. Dr. U ergebe sich nichts dergleichen. Dieses Gutachten sei bereits in sich widersprüchlich. Einerseits würden unfallbedingte Beschwerden festgestellt, andererseits werde aber deren wesentliche Ursächlichkeit in Abrede gestellt. Zudem verkenne der Gutachter, dass die bloße Möglichkeit einer wesentlichen Ursächlichkeit nicht ausreiche.

Gegen das ihm am 16.08.2013 zugestellte Urteil hat der Kläger am 10.09.2013 Berufung eingelegt. Zur Begründung bezieht er sich im Wesentlichen auf die Ausführungen von Prof. Dr. Dr. U. Er sei auch bei dem dritten Banküberfall erheblich beteiligt worden, was sich insbesondere aus dem abgegebenen Schuss an die Decke ergebe. Überdies sei gerade durch die Auswirkungen dieses dritten Banküberfalls ein sog. "Flashback" eingetreten, so dass sämtliche, gerade überwundene Beeinträchtigungen aus den vorangegangenen Überfällen wieder akut geworden seien. Nach den Ausführungen Prof. Dr. Dr. U` stehe fest, dass eine entsprechende Traumatisierung in dem in Rede stehenden Ausmaß ohne den dritten Banküberfall nicht erfolgt wäre. Zur Untermauerung seiner Ausführungen hat der Kläger eine Bescheinigung des Facharztes für Allgemeinmedizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Dr. N vom 04.09.2013 vorgelegt, wonach den Schlussfolgerungen im Gutachten von Prof. Dr. Dr. U zugestimmt werden könne und den Ausführungen von Dr. L nicht zu folgen sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 30.07.2013, zugestellt am 16.08.2013, S 6 (36) U 38/09, abzuändern und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 08.08.2008 in der Gestalt des Bescheides vom 20.11.2008 sowie des Widerspruchsbescheides vom 11.03.2009 zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Versicherungsfalles vom 26.06.2003 für die Zeit ab dem 27.06.2003 eine Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 50 % zu gewähren, sowie die Kosten für eine weitere psychotherapeutische Behandlung zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Gerichtsakten und die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen. Ihre Inhalte sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

46

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger ist durch den angefochtenen Bescheid vom 08.08.2011 in der Fassung des Bescheides vom 20.11.2008 und des Widerspruchsbescheides vom 11.03.2009 nicht beschwert, da dieser nicht rechtswidrig ist (§ 54 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz -SGG-). Der Kläger hat aufgrund des anerkannten Arbeitsunfalls vom 26.06.2003 keinen Anspruch auf die Gewährung von Verletztenrente über die bereits mit den angefochtenen Bescheiden für die Zeit vom 27.06.2003 bis zum 28.02.2006 aufgrund einer Stützrentensituation gewährte Rente nach einer MdE von 10 v.H. hinaus. Auch ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für die weitere psychotherapeutische Heilbehandlung besteht nicht.

Nach § 56 Abs. 1 Satz 1 und 2 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB VII) haben Versicherte Anspruch auf Rente, wenn ihre Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles - hier: eines Arbeitsunfalls (§ 8 Abs. 1 SGB VII) - über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v.H. oder bei Vorliegen eines Stützrententatbestandes um 10 v.H. gemindert ist. Bei Verlust der Erwerbsfähigkeit wird Vollrente, bei einer MdE wird Teilrente geleistet. Sie wird in der Höhe des Vomhundertsatzes der Vollrente festgesetzt, der dem Grad der MdE entspricht (§ 56 Abs. 3 SGB VII). 47

Dass der Kläger am 26.06.2003 einen Arbeitsunfall in der Verbandszuständigkeit der Beklagten erlitten hat, steht zwischen den Beteiligten aufgrund des Bescheides vom 08.08.2008 fest. Die weitere Voraussetzung für die Gewährung der begehrten Verletztenrente, eine MdE in Folge dieses Versicherungsfalles in Höhe von 50 v.H. ab dem 27.06.2003, ist indes nicht erfüllt. Dies erfordert zunächst, dass überhaupt eine MdE des Versicherten durch eine Beeinträchtigung seines körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens gegeben ist und dass diese Beeinträchtigung in Folge des Arbeitsunfalls eingetreten ist, also über einen längeren Zeitraum andauernde Unfallfolgen vorliegen. Zur Feststellung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in Folge eines Versicherungsfalles muss zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten Unfallfolgen ein Ursachenzusammenhang nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung bestehen. Nach dieser werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (st. Rspr., BSG, Urteil vom 12.01.2010, B 2 U 5/08 R; BSG, Urteil vom 12.04.2005, B 2 U 27/04 R). 48

Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs genügt (hinreichende) Wahrscheinlichkeit (st. Rspr., vgl. BSG, Urteil v. 31.01.2012, B 2 U 2/11 R m.w.N; BSG, Urteil vom 09.05.2006, B 2 U 1/05 R). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (vgl. BSGE 96, 196 = SozR 4-2700 § 8 Nr. 17). 49

Von diesen rechtlichen Voraussetzungen ausgehend steht nach dem Gesamtergebnis der Ermittlungen im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren zur Überzeugung des Senates fest, dass der Arbeitsunfall vom 26.06.2003 bei dem Kläger keine Unfallfolgen hinterlassen hat, die über die bereits von der Beklagten für die Zeit vom 27.06.2003 bis zum 28.02.2006 angenommene MdE von 10 v.H. hinaus eine MdE bedingen. 50

Zwischen den Beteiligten steht aufgrund der angefochtenen Bescheide der Beklagten fest, dass der Kläger als Folge des Arbeitsunfalls vom 26.06.2003 (mindestens) eine vorübergehende erhöhte Aufmerksamkeits- und Vorsorgebereitschaft in risikobelasteten Alltags- und Arbeitssituationen erlitten hat. Diese Gesundheitsschäden bedingen nach den Feststellungen der Beklagten im angefochtenen Bescheid für die Zeit vom 27.06.2003 bis zum 28.02.2006 eine MdE von 10 v.H. Weitere Unfallfolgen, die in der Gesamtschau zu einer 51

höheren und über den 28.02.2006 hinaus festzustellenden MdE führen, sind nicht ersichtlich.

Gesundheitserstschäden, also abgrenzbare Gesundheitsschäden, die unmittelbar durch die versicherte Verrichtung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht sind (BSG, Urteil vom 24.07.2012 - B 2 U 9/11 R) liegen beim Kläger über die von der Beklagten formulierte vorübergehend erhöhte Aufmerksamkeits- und Vorsorgebereitschaft in risikobelasteten Alltags- und Arbeitssituationen hinaus nicht vor, insbesondere keine (weiteren) Gesundheitsschäden auf neurologisch/psychiatrischem Fachgebiet. 52

Voraussetzung für die Anerkennung von psychischen Gesundheitsstörungen als Unfallfolge ist zunächst die Feststellung der konkreten Gesundheitsstörungen, die bei dem Verletzten vorliegen und seine Erwerbsfähigkeit mindern und zwar aufgrund eines der üblichen Diagnosesysteme und unter Verwendung der dortigen Schlüssel und Bezeichnungen, damit die Feststellung nachvollziehbar ist (BSG, Urteile vom 09.05.2006 - B 2 U 40/05 R, B 2 U 1/05 R, B 2 U 26/04 R). 53

Bei Anwendung dieser Grundsätze liegt bei dem Kläger insbesondere nicht die von ihm geltend gemachte PTBS vor. Der im Verwaltungsverfahren gehörte Dr. W und die Sachverständige Dr. L haben das Vorliegen dieser Gesundheitsstörung verneint, weil es an dem sog. "A-Kriterium" aber auch an weiteren Diagnosekriterien fehle. Dies überzeugt den Senat, weil sich die Sachverständigen für ihre Auffassung auf die einschlägigen Diagnosemanuale stützen können. Hierbei ist nach dem Stand der Wissenschaft zur Zeit der Urteilsfindung des Senats noch auf die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - 10. Revision - (ICD-10) und das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen - Textrevision - (DSM-IV-TR) zurückzugreifen. Auch das zwischenzeitlich seit Mai 2013 als Nachfolger des DSM-IV-TR in englischer Sprache zur Zeit der Urteilsberatung aber noch nicht in deutscher Sprache vorliegende diagnostische und statistische Manual 5. Auflage (DSM-5) stützt aber dieses Ergebnis. 54

Bei der PTBS handelt es sich - soweit Diagnosesysteme in deutscher Sprache vorliegen - um eine Gesundheitsstörung nach ICD-10 F 43.1 beziehungsweise DSM-IV-TR 309.81. Nach ICD-10 F 43.1 besagt das sog. Traumakriterium (A-Kriterium) Folgendes: Die posttraumatische Belastungsstörung entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Nach DSM-IV-TR 309.81 gilt hinsichtlich des A Kriteriums: Das Hauptmerkmal der posttraumatischen Belastungsstörung ist die Entwicklung charakteristischer Symptome nach der Konfrontation mit einem extrem traumatischen Ereignis. Das traumatische Ereignis beinhaltet unter anderem das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat (Kriterium A1). Die Reaktion der Person auf das Ereignis muss intensive Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen umfassen (Kriterium A2, dieses Kriterium wurde im DSM-5 gestrichen). Diese Voraussetzungen sind hier nicht gegeben. 55

Diesbezüglich ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass der Überfall am 26.06.2003 nicht geeignet gewesen ist, eine PTBS auszulösen. Wie die Sachverständige Dr. L zutreffend ausgeführt hat, war der Kläger einer Einwirkung durch den Täter nicht ausgesetzt und hat auch nicht aus der Entfernung gesehen, wie etwas Schreckliches passierte, in dem Sinne, dass er alleine durch Bilder davon hätte geschockt sein können. Der Kläger konnte sich ungesehen aus der Gefahrenzone entfernen und ist nach eigenen Angaben davon 56

ausgegangen, dass ihm hinter den schusssicheren Scheiben des Kassenbereichs nichts passieren könne. Auch der Umstand, dass der Kläger unmittelbarer Zeuge des Überfalls war, reicht nicht als Kriterium für die Auslösung einer PTBS, denn dies gilt nach den überzeugenden Ausführungen Dr. L z.B. für den Anblick schlimmer, aber wirklich passierter, nicht aber nur möglicherweise drohender Verletzungen oder Tötungen. Eine Initialreaktion im Sinne von Hilflosigkeit, intensiver Angst oder Entsetzen wird nicht beschrieben, vielmehr konnte sich der Kläger vom Tatort entfernen und die Polizei verständigen.

Auch das C-Kriterium einer PTBS nach ICD-10 wie auch nach DSM IV, nämlich das Vermeiden von Umständen, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen bzw. das bewusste Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen, ist nach Auffassung des Senats nicht erfüllt, da der Kläger weiterhin in der Schalterhalle der Sparkassenfiliale an seinem alten Arbeitsplatz tätig war und sogar eine angebotene Umsetzung abgelehnt hat. Lediglich die Arbeit in der Kassenbox - in der er sich zum Zeitpunkt des Überfalles nicht befand - versuchte er zu vermeiden. Der Kläger hat vielmehr eine innerbetriebliche Umsetzung bzw. einen Wechsel der Filiale ausdrücklich abgelehnt und ist - nachdem sein Vorgesetzter ihn während der laufenden Therapie mit anderen Aufgaben betraut hat - sogar auf eigenen Wunsch in die Schalterhalle mit Kundenverkehr zurückversetzt worden. 57

Soweit nach dem D-Kriterium schließlich vor dem Trauma nicht vorhandene Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität vorliegen müssen, weist Frau Dr. L zutreffend darauf hin, dass in den Akten entsprechende Beschwerden (Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten) bereits vor dem Unfall beschrieben wurden. 58

Nach den überzeugenden Ausführungen Dr. L, welchen der Senat auch insoweit folgt, liegen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet auch sonst keine unfallbedingten Gesundheitsstörungen vor, insbesondere keine unfallbedingte Depression eingetreten. Zwar ist ärztlich bescheinigt, dass bei dem Kläger wiederkehrend depressive Verstimmungen auftreten, dies jedoch nicht im ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall. Ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang mit dem auslösenden Ereignis und zu einer Depression passenden Befunden ist nicht beschrieben worden. 59

Der Anspruch des Klägers wird auch nicht durch den auf seinen Antrag hin gehörten Sachverständigen Prof. Dr. Dr. U gestützt. Denn selbst wenn man mit diesem eine PTBS und eine depressive Störung annehmen wollte - was der Senat aus o.g. Gründen ablehnt - so ist die Kausalitätsfrage von diesem Sachverständigen doch recht eindeutig dahingehend beantwortet, dass diese nur "möglicherweise" im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 26.06.2003 stehen. Der Überfall ist, so Prof. Dr. Dr. U, für das Zustandekommen des Krankheitsbildes des Klägers weder notwendig noch zwingend hinreichend. Damit ist er jedenfalls nicht hinreichend wahrscheinlich kausal i.S. der unfallversicherungsrechtlichen Definition. Im Übrigen ist nochmals darauf zu verweisen, dass das Beschwerdebild des Klägers bereits in Berichten über seinen Gesundheitszustand vor dem Überfall aus 2003 in ähnlicher Weise geschildert wurde, sodass die Ausführungen zur Kausalität des Unfalls für den Gesundheitszustand des Klägers auch plausibel sind. 60

Ein Anspruch des Klägers gegen die Beklagte auf Kostenübernahme für eine weitere psychotherapeutische Behandlung besteht ebenfalls nicht. Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung, die unter anderem nach §§ 26 ff SGB VII in Form von Heilbehandlung erbracht werden, setzen unter anderem voraus, dass Gesundheitsstörungen, die einer ärztlichen Behandlung zugeführt werden sollen, infolge eines Versicherungsfalls entstanden sind. Dies ist nach dem Vorstehenden nicht der Fall. 61

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

62

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

63