

L 3 U 4692/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 1 U 785/10
Datum
10.05.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 U 4692/11
Datum
12.03.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

1. Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 10. Mai 2011 abgeändert. Unter entsprechender Abänderung des Bescheids der Beklagten vom 05. November 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02. Februar 2010 wird festgestellt, dass bei der Klägerin als Folge des Wegeunfalls vom 18. Mai 2006 in der Zeit vom 26. Juni 2006 bis zum 23. Juli 2006 eine Anpassungsstörung mit dominierender Angstsymptomatik (ICD-10: F43.23) bestanden hat.

2. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

3. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Feststellung weiterer Unfallfolgen und die Zahlung einer Verletztenrente. Die im März 1954 geborene Klägerin war auf Grund ihrer Beschäftigung in einem Speditionsunternehmen in Mannheim bei einer der Rechtsvorgängerinnen der Beklagten (im Folgenden einheitlich: Beklagte) gesetzlich unfallversichert. Am 18.05.2006 gegen 13:35 Uhr erlitt die Klägerin einen Verkehrsunfall. Als Führerin eines Pkw befand sie sich auf dem Weg zu ihrer Arbeitsstelle. Der vor ihr in die gleiche Richtung fahrende Pkw kam ins Schleudern und drängte den Pkw der Klägerin, der mit etwa 50 km/h fuhr, über die Gegenfahrbahn nach links von der Straße ab. Der Pkw der Klägerin überquerte den Grünstreifen links zwischen der Fahrbahn und den Gleisen einer Straßenbahnlinie sowie diese Gleise selbst und kam auf dem hinter den Gleisen liegenden Grünstreifen zum Stehen. Die Klägerin musste (wohl) aus dem Wagen geschnitten werden. Ausweislich der später beigezogenen Ermittlungsakte konnte sie, während sie eingeklemmt war, mit ihrem Handy telefonieren. Ausweislich des Durchgangsarztberichts (D-Berichts) von Prof. Dr. A. vom 19.05.2006 erlitt die Klägerin hierbei eine HWS-Zerrung und eine Thorax-Prellung. Es sei eine stationäre Behandlung im orthopädisch-unfallchirurgischen Zentrum Mannheim notwendig. Nach der stationären Versorgung befand sich die Klägerin ab dem 22.05.2006 bei dem Orthopäden Dr. B. in Weiterbehandlung. Dieser teilte der Beklagten unter dem 07.07.2006 mit, bei einer Vorstellung am 26.06.2006 habe sich keine deutliche Befundbesserung gezeigt, es stehe eine begleitende psychologische Betreuung im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (im Folgenden: ZI) ab dem 27.06.2006 an. Das ZI teilte der Beklagten unter dem 26.07.2006 mit, die Klägerin habe sich dort vom 17.07. bis 21.07.2006 in der Tagesklinik Psychosomatik in teilstationärer Behandlung befunden und sei arbeitsfähig entlassen worden. In dem Antrag auf Kostenübernahme für diese Behandlung vom selben Tage wurde - nach Aktenlage erstmals - die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, engl.: PTSD - post traumatic stress disorder) gestellt und mit F43.1 nach der ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation [WHO]) codiert. Unter dem 16.08.2006 teilte Dr. B. mit, die Klägerin sei seit dem 24.07.2006 wieder arbeitsfähig. Vom ZI forderte die Beklagte einen Behandlungsbericht an. In einem Telefonat am 25.08.2006 teilte Dipl.-Psych. Klaus vom ZI mit, er könne diesen Bericht nicht herausgeben, da dieser zu viele Informationen enthalte, die die Beklagte nicht erhalten dürfe. Es wurde dann vereinbart, zumindest einen Teil des Berichts zu übersenden. Unter dem 29.08.2006 übersandte dann Dipl.-Psych. C. vom ZI einen Behandlungsbericht, in dem mehrere Absätze geschwärzt waren. Als Diagnose war eine "PTBS nach Autounfall" angegeben. Die Klägerin habe anamnestisch angegeben, sie sei nach dem Unfall "in ein Loch gefallen", könne nicht mehr arbeiten, meide den Unfallort und habe große Schwierigkeiten, Auto zu fahren. Sie erlebe den Unfall immer wieder nach. Zu der Behandlung führte der Bericht aus, der Zustand der Klägerin habe sich gebessert. Schon zweimaliges Erzählen der Erlebnisse habe zu einer Entlastung geführt. Die Klägerin sei erstmals wieder - zu Fuß - zum Unfallort gegangen. Für die Zeit nach der Entlassung sei eine kognitiv-behaviorale Therapie im Zentrum für Psychologische Psychotherapie (ZPP) zu empfehlen. Am 08.09.2006 gelangte dann auch eine ungeschwärzte Version des Entlassungsberichts zu den Akten. Hieraus ergab sich, dass die Klägerin 1978/1979 wegen eines Suizidversuchs stationär im ZI und 2003 unter der Diagnose "depressive Episode" stationär in einer anderen Klinik behandelt worden war, dass sie seit etwa 10 Jahren regelmäßig das Tranxilium Nordazepam (ein angstlösendes, zentral muskelrelaxierendes, sedierendes und schlafförderndes Medikament) nahm, dass ihr Vater sie als Kind geschlagen habe und ihr gegenüber

versucht habe, sexuell übergriffig zu werden. Die Beklagte lehnte daraufhin mit Schreiben vom 19.09.2006 an das ZI die Übernahme der Behandlungskosten ab. Mit Schreiben ihres Prozessbevollmächtigten vom 03.07.2009 wandte sich die Klägerin an die Beklagte. Sie teilte mit, sie habe bei dem Unfall eine PTBS erlitten. Diese habe sich verschlimmert. Es sei nun eine nochmalige, längerfristige stationäre Behandlung notwendig. Sie bat um Prüfung, ob ihr weitere Leistungen zuständen. Sie legte zwei Atteste von Dr. Bühler bzw. Dr. E. vom Zentrum für Nervenheilkunde Stadtmitte (im Folgenden: ZNS) vor. Unter dem 31.05.2006 war ausgeführt, die Klägerin sei affektiv herabgestimmt, habe Schlaf- und Konzentrationsstörungen, massive Ängste mit physiologischen Reaktionen und Flashback-Erlebnisse. Unter dem 30.10.2008 war angegeben, es bestehe eine PTBS nach dem Unfall vom 18.05.2006, es komme trotz intensiver Behandlung immer wieder zu Flashback-Erinnerungen, die Klägerin gerate auf dem Weg zur Arbeit in Unruhe, im Auto klopfe das Herz bis zum Hals und sie habe Bilder des Unfallgeschehens vor sich. In einem beigefügten Bericht des Universitätsklinikums Heidelberg, Prof. Dr. Herzog, vom 21.08.2007 war neben einem sekundären Fibromyalgie-Syndrom der Verdacht auf (V.a.) depressive Episode bei Trauma-folge-stö-rung nach Autounfall genannt. Die Beklagte zog das Vorerkrankungsverzeichnis der Klägerin von ihrer Krankenkasse, der AOK, bei. Darin waren Zeiten der Arbeitsunfähigkeit u. a. wegen Neurasthenie (chronische Erschöpfung) vom 19.01. bis 09.02.2001, wegen depressiver Episode vom 02.12.2002 bis 15.04.2003 sowie wegen Intoxikation, Komas, depressiver Episode und respiratorischer Insuffizienz vom 31.12.2007 bis zum 02.01.2008 verzeichnet. Auf Nachfrage der Beklagten berichtete Dr. E. unter dem 18.08.2009 ergänzend, die Diagnosen lauteten "PTBS nach früheren Traumatisierungen, Wiedererleben traumatischer Erfahrung im Rahmen eines Verkehrsunfalls". In dem beigefügten Arztbrief von Dr. D. vom 25.09.2008 war ausgeführt, der Unfall habe wohl frühere schwierige biografische Ereignisse reaktualisiert, seit Ende 2007 habe die depressive und Angstsymptomatik vor dem Hintergrund einer zugespitzten ehelichen Situation zugenommen, nach der Intoxikation am 31.12.2007 sei die Klägerin auf der Intensivstation des Universitätsklinikums Mannheim beatmet worden, wobei sie eine suizidale Absicht bestreite. Aktuell seien die PTBS-Kriterien nicht erfüllt. Ferner zog die Beklagte weitere ärztliche Unterlagen bei, auf die verwiesen wird, darunter die Berichte von Dr. E. vom 14.10.2008, der einen erheblich besseren Zustand der Klägerin schilderte als unter dem 30.10.2008 und von Dr. F. vom 03.06.2008, der eine PTBS verneint und ausführt, der Unfall habe die bestehende - auch auf schwierige biografische Erlebnisse zurückzuführende - psychosomatische Symptomatik "angestoßen". Mit Bescheid vom 05.11.2009 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen des Unfalls vom 18.05.2006 ab. Als Unfallfolge wurden eine Prellung des Brustkorbs und eine Zerrung der Halswirbelsäule anerkannt. Die darüber hinaus bestehende Beschwerden beruhten auf vorbestehenden Erkrankungen. Während des Widerspruchsverfahrens gelangte der Kurentlassungsbericht der AHG-Klinik für Psychosomatik Bad H., Dr. G., vom 05.10.2009 zu den Akten. Darin ist ausgeführt, bei der Klägerin handle es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, eine PTBS und um Nikotinabusus. Der Bericht enthält weitere Ausführungen zu ihrer Kindheit im Hinblick auf mögliche Missbrauchserfahrungen. Die Klägerin habe angegeben, die Erinnerungen daran seien mit dem Autounfall verstärkt worden. Zu dem Unfall hatte die Klägerin ausgeführt, sie habe auf den Schienen gestanden und Todesangst gehabt. Bei einer testpsychologischen Untersuchung namens PDS (PTSD Diagnostic scale, ein Selbstbeurteilungsverfahren), so der Bericht weiter, sei der Schweregrad einer PTBS maximal ausgeprägt gewesen, insbesondere das Symptomcluster Vermeidung. Die Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin mit Bescheid vom 02.02.2010 zurück. Insbesondere könne die geltend gemachte PTBS nicht als Unfallfolge anerkannt werden. Der Unfall erfülle nicht die erforderlichen Kriterien für diese Diagnose. Nach den anerkannten Diagnosemanualen ICD-10 und DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen] der American Psychiatric Association, Stand 1996) sei als "A-Kriterium" zu fordern, dass das auslösende Ereignis von ungewöhnlicher Schwere und Beeindruckungscharakter für die Seele gewesen sei und dass der Betroffene unmittelbar mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen reagiert habe. Der Unfall habe diese Schwere nicht gehabt, auch habe die Klägerin nicht unmittelbar danach mit den genannten Symptomen reagiert. Am 01.03.2010 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben. Sie hat beantragt, die Beklagte unter Aufhebung der genannten Bescheide zur Feststellung "weiterer Unfallfolgen" sowie zur Gewährung einer Verletztenrente in unbestimmter Höhe ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt zu verurteilen. Sie hat vorgetragen, sie leide an einer PTBS, die der Unfall verursacht habe. Die Diagnose sei gesichert. Auch die chronische Schmerzstörung beruhe mittelbar auf dem Unfallgeschehen. Der Unfall sei schwer gewesen und habe sie in Todesangst versetzt. Insbesondere hat sich die Klägerin auf den Entlassungsbericht der AHG-Klinik berufen. Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Sie hat ausgeführt, bei der Klägerin hätten - auf psychischem Gebiet - erhebliche krankhafte Veränderungen vorbestanden. Sie hat hierzu auf einen Suizidversuch 1978/1979, anamnestisch stattgehabte sexuelle Übergriffe, mehrfache depressive Episoden vor 2006, das Schmerzsyndrom mit seit Jahren stattfindender orthopädischer Behandlung ohne Besserung und die Zunahme der depressiven und Angstsymptomatik Ende 2007 hingewiesen. Die Beklagte hat daran festgehalten, die diagnostischen Kriterien einer PTBS lägen sowohl nach der ICD-10 als auch nach der DSM-IV nicht vor. Mit Bescheid vom 05.03.2010 stellte das Landratsamt des Rhein-Neckar-Kreises als Versorgungsamt bei der Klägerin wegen einer seelischen Krankheit mit funktionellen Organbeschwerden und Fibromyalgiesyndrom, einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung und Polyarthrose sowie einer Refluxkrankheit der Speiseröhre bei Speiseröhrengleitbruch ab dem 01.05.2006 einen Grad der Behinderung (GdB) von 50 fest. Das SG hat die Akten der Ortschaftsbehörde (Stadt Mannheim) zum Ordnungswidrigkeiten-verfahren gegen den Unfallverursacher beigezogen und zum Gegenstand des Verfahrens gemacht. Das SG hat von Amts wegen den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. I. (Psychiatrisches Zentrum Nordbaden - PZN) zum Gerichtssachverständigen ernannt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 24.10.2010 ausgeführt, die Diagnose einer PTBS sei für keinen Zeitpunkt nach dem Unfall zu stellen gewesen, da das relevante A-Kriterium nicht erfüllt sei. Rückblickend habe vielmehr eine Anpassungsstörung mit dominierender Angstsymptomatik (F43.23Z) bestanden. Die Klägerin habe sich aber damals in der tagesklinischen Behandlung rasch stabilisieren können. Daneben beständen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) und zeitweise - nämlich seit Anfang 2008 - zeitweise kombinierte dissoziative Störungen (F44.7). Die Anpassungsstörung, die aber nur bis Ende Juli 2006 bestanden habe, habe auf einem multifaktoriellen Bedingungsgeflecht beruht, bei der Klägerin hätten schädigungsunabhängige Ursachen eine disponierende Rolle gespielt, jedoch wäre es ohne den Unfall nicht zu der konkreten Störung 2006 mit dominierender Angstsymptomatik gekommen. Die depressive Erkrankung der Klägerin sei unfallunabhängig zu beurteilen, sie habe vorbestehende Ursachen in der Biografie und Persönlichkeitsstruktur und sei durch den Unfall nicht eigenständig oder gar richtunggebend beeinflusst worden. Auch die Schmerzerkrankung habe schon vor dem Unfall bestanden und sei durch den Unfall nicht richtunggebend verschlimmert worden; solche Störungen könnten nach medizinischer Ansicht durch anhaltende Misshandlungen oder emotionale Vernachlässigungen in der Kindheit verursacht werden. Die kombinierte dissoziative Störung sei erstmals 2009 diagnostiziert worden und nach den Angaben der Klägerin ab Januar/Februar 2008 manifest gewesen. Solche Störungen träten typischerweise nach psychosozialen Belastungen auf. Hierzu sei auf die Angaben zu einer zugespitzten ehelichen Situation Ende 2007 hinzuweisen, auch wenn die Klägerin eine Suizidversuch in Abrede stelle. Auch diese Erkrankung, die erst Jahre nach dem Unfall aufgetreten sei, sei unfallunabhängig. Die unfallbedingte Anpassungsstörung habe bis Ende Juli 2006 eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 v.H. verursacht, danach habe keine unfallbedingte MdE mehr bestanden. Dr. I. hat seine Einschätzungen u. a. darauf gestützt, dass auf Grund von Widersprüchlichkeiten in den Angaben der Klägerin sowie knapp bzw. deutlich auffälligen Werten in den Validierungstestungen SFSS (Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome: 17 Punkte bei einem cut-off von 16) und WMT (Word Memory Test) von einer

eingeschränkten Validität ihrer Angaben auszugehen sei. Auf die Einwendung der Klägerin, insbesondere die AHG-Klinik Bad H. habe eine PTBS sicher diagnostiziert und für schwer befunden, hat Dr. I. unter dem 31.01.2011 ergänzend ausgeführt, die Ärzte in jener Klinik hätten ihre Diagnose unter Bezug auf die ICD-10 gestellt, das von ihnen verwendete Testverfahren PDS beziehe sich jedoch auf das DSM-IV. Jenes Klassifikationssystem habe für die PTBS etwas andere Kriterien. Auch fordere es, in Begutachtungsfällen Beschwerdeaggravation und Simulation auszuschließen. Solche Hinweise auf eine explizite Überprüfung der Validität der Angaben der Klägerin im Screening-Verfahren PDS seien dem Bericht der Klinik nicht zu entnehmen. Allerdings entspreche es klinischer Praxis, dass ein Behandler - anders als ein Gutachter - die Validität der Angaben des Patienten nicht hinterfrage. Ferner, so Dr. I., habe die Klinik das A-Kriterium für eine PTBS nach der ICD-10 nur teilweise diskutiert, es fehle die objektive Komponente, die verlange, dass das traumatisierende Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes gewesen sein müsse und bei "nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung" auslösen würde. Es sei auch festzuhalten, dass das B-Kriterium nicht bejaht werden könne, nachdem die Klägerin bei der Begutachtung Wiedererlebnisse des Unfalls auf konkrete Befragung explizit ausgeschlossen habe. Im Termin zur mündlichen Verhandlung hat das SG die Klägerin persönlich angehört. Wegen des Ergebnisses wird auf das Protokoll vom 10.05.2011 verwiesen. Die Klägerin hat dort neben ihrem Hauptantrag hilfsweise auch beantragt, zum Beweis einer PTBS als Unfallfolge drei - konkret benannte - Mitarbeiter der AHG-Klinik als Zeugen zu hören sowie Dr. I. zur mündlichen Erläuterung seines Gutachtens zu laden. Mit Urteil vom selben Tage hat das SG die Klage abgewiesen. Ein Anspruch auf Rente bestehe nicht. Bei der Klägerin hätten über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus keine unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen vorgelegen, die ihre Erwerbsfähigkeit um wenigstens 20 v.H. vermindert hätten. Sie habe bei dem Unfall eine HWS-Zerrung und eine Thoraxprellung erlitten, die innerhalb weniger Wochen folgenlos ausgeheilt seien. Daneben habe eine Anpassungsstörung mit dominierender Angstsymptomatik bestanden, die erfolgreich teilstationär behandelt worden sei. Eine PTBS als Unfallfolge bestehe nicht. Der Autounfall erfülle das zu fordernde A-Kriterium für diese Diagnose auch nicht annähernd. Das Schleudern über Straßenbahnschienen nach einem Touchieren durch ein anderes Auto sei sicher ein beeindruckender Vorgang, der die von Dr. I. festgestellte Anpassungsstörung begründet habe. Bei einer Geschwindigkeit von 50 km/h innerorts habe aber kein katastrophales Ereignis vorgelegen, das jedermann in Verzweiflung stürzen würde. Die Klägerin habe nicht etwa über Nacht eingeklemmt in ihrem Kfz auf einem unbeschränkten Bahnübergang gestanden. Vielmehr seien ihr sofort Passanten zu Hilfe geeilt. Sie selbst sei gefasst gewesen, sie habe, noch während sie im Auto eingeklemmt war, mit ihrem Handy telefoniert. Zu einer Amnesie sei es entgegen ihrem Vortrag im Termin nicht gekommen, denn sie habe bei ihrer polizeilichen Vernehmung am 22.06.2006 detaillierte Angaben machen können. Vor diesem Hintergrund könne nicht der zeitweise von einigen Behandlern gestellte Diagnose einer PTBS gefolgt werden. Im Hinblick darauf sei auch nicht den hilfsweise gestellten Beweisanträgen zu folgen gewesen. Darüber hinaus lägen zwar auf psychiatrischem Gebiet weitere Diagnosen vor. Dies beruhen jedoch nicht auf dem Unfall. Die Testergebnisse bei Dr. I. hätten erhebliche aggravatorische Tendenzen gezeigt. Die Klägerin habe seit den 1970-er Jahren an psychischen Erkrankungen gelitten. Sie habe auch mehrere Selbstmordversuche unternommen, zuletzt im Dezember 2007. Gegen dieses Urteil, ihrem Prozessbevollmächtigten am 06.10.2011 zugestellt, hat die Klägerin am 28.10.2011 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Sie behauptet, sie leide an einer PTBS. Sie trägt vor, diese sei schwer ausgeprägt und beruhe auf dem Unfall vom 18.05.2006. Hierzu beruft sie sich insbesondere auf die Diagnosen und Angaben der Behandler in der AHG-Klinik für Psychosomatik Bad H. sowie im ZI Mannheim. Die Klägerin beantragt teilweise sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 10. Mai 2011 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheids vom 05. November 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02. Februar 2010 zu verurteilen, weitere Unfallfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet festzustellen und zu verurteilen, ihr Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 v.H. zu gewähren. Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Sie verteidigt das angegriffene Urteil und ihre Entscheidungen. Der Senat hat Beweis erhoben zunächst durch schriftliche Vernehmung der ärztlichen Behandler der Klägerin als sachverständige Zeugen. Facharzt für Innere Medizin Kriszt von der AHG-Klinik hat unter dem 31.01.2012 (Bl. 54 ff. Senatsakte) bekundet, die PDS sei ein anerkanntes Selbstbeurteilungsverfahren zur Diagnostik und Erfassung des Schweregrades einer PTBS. Sie erfasse auch die durch die Störung bedingten Beeinträchtigungen in sozialen und beruflichen Funktionsbereichen. Die Diagnose einer PTBS erfolge - und so sei bei der Behandlung der Klägerin auch verfahren worden - aufgrund der anamnestischen Angaben, der vorliegenden Vorbefunde, des psychopathologischen Befunds und der Verhaltensbeobachtung während des stationären Aufenthalts. Die Definition der PTBS beziehe sich auf die (beiden) gültigen Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV). Bei der Diagnosestellung bei der Klägerin habe er - der Zeuge - sich an die ICD-10 gehalten. Diese setze als A-Kriterium ein außergewöhnliches Trauma voraus, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde. Dieses sei bei der Klägerin zu bejahen gewesen. Sie habe beschrieben, sie habe Todesangst erlebt, massive Hilflosigkeit und einen Kontrollverlust, habe anschließend unter Schock gestanden, in der Folge zunehmend Ängste entwickelt und Intrusionen, die sich auch auf traumatische Erlebnisse aus der Kindheit bezogen hätten. Aus Sicht des Zeugen war der Unfall "durchaus geeignet, das bis dato grenzwertig kompensierte Funktionsniveau der Klägerin so stark zu labilisieren, dass letztlich eine anhaltende, insbesondere psychische Dekompensation" resultiert sei. Bei der Klägerin, so der Zeuge Kriszt abschließend, könne wegen der Komplexität des Störungsbildes mit chronifizierter Schmerzstörung und rezidivierender depressiver Störung sowie "mitbedingt" durch die PTBS ein "GdS" (Grad der Schädigungsfolgen) von 30 angenommen werden. Prof. Dr. J., Prof. Dr. K. und Dipl.-Psych. C. vom ZI haben in ihrer gemeinschaftlichen Aussage vom 04.06.2012 (Bl. 66 ff. Senatsakte) nach Aktenlage mitgeteilt, die Symptomatik der Klägerin sei bei ihrer Aufnahme am 17.07.2006 bereits gebessert gewesen und habe sich in nur wenigen Tagen teilstationärer Behandlung weiter gebessert. Es sei eine ambulante Anschlusstherapie empfohlen worden. Die Diagnostik habe sich auf ein strukturiertes Anamneseinterview (SKID I) und eine PDS gestützt. Beide Diagnosemittel bezögen sich auf das DSM-IV. Auf Grund dieser Instrumente sei die Diagnose einer PTBS gestellt worden. Das DSM-IV setze - anders als die ICD-10 - nicht voraus, dass das traumatische Ereignis bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung hervorrufen könne. Das DSM-IV stelle die subjektive Reaktion des Betroffenen in den Vordergrund. Außerdem reiche nach der ICD-10 ein Vermeidungssymptom aus, während das DSM-IV deren drei fordere. Sofern man - statt des DSM-IV - die ICD-10 zu Grunde lege, sei zu bezweifeln, dass der Unfall der Klägerin das dortige A-Kriterium erfüllt habe, hierzu sei jedoch eine genaue Befragung zum Unfall notwendig. Die Diagnose der PTBS sei damals nach den Testergebnissen und den Angaben der Klägerin gestellt worden. Es habe außerdem eine leichte depressive Episode vorgelegen; ob diese durch den Unfall bedingt gewesen sei oder schon zuvor vorgelegen habe, könne nach Aktenlage nicht beantwortet werden. Ferner hätten Tabakabhängigkeit und eine histrionische Persönlichkeitsakzentuierung, die allerdings nicht den Kriterien einer Persönlichkeitsstörung entsprochen hätte, vorgelegen. Wegen des weiteren Ergebnisses dieser Beweisaufnahme wird auf die schriftlichen Aussagen der Zeugen (von Facharzt für Inneres Kriszt vom 31.01.2012 und Prof. Dr. J., Prof. Dr. K. und Dipl.-Psych. C. vom ZI vom 04.06.2012) Bezug genommen. Der Berichterstatter des Senats hat Dr. I., den erstinstanzlich beauftragten Gerichtssachverständigen, ergänzend vernommen. Dieser hat bekundet, die beiden gängigen Klassifikationssysteme beschrieben die PTBS in der Tat unterschiedlich. Nach dem DSM-IV könne eine PTBS schon auf Grund solcher Traumata diagnostiziert werden, die nach anderen Systemen nicht ausreichten, etwa auf Grund eines Berichts über ein traumatisches Ereignis im Fernsehen. In den Unterlagen der Behandler der Klägerin seien oft die Diagnoseschlüssel der ICD-10 genannt, obwohl die Voraussetzungen dafür gar nicht vorgelegen hätten. Auch das verwendete Interviewsystem, das SKID, beruhe auf den Anforderungen des DSM-IV; außerdem seien die Angaben der Klägerin nicht hinterfragt worden, und Alternativursachen für ihre

Beschwerden seien nicht untersucht bzw. ausgeschlossen worden. Behandler hätten aber oft auch nicht alle Vorbefunde und seien daher auf die Angaben des Patienten angewiesen. Bei der Begutachtung bei ihm – dem Sachverständigen – habe die Klägerin diskrepante Angaben gemacht. Sie habe z. B. vorgetragen, sie sei kerngesund bis auf eine länger bestehende Migräne. Erst auf Nachfragen und unter Vorhalt der Vorbefunde habe erarbeitet werden können, dass sie schon vor dem Unfall psychisch beeinträchtigt gewesen sei. Es sei völlig plausibel, dass die Klägerin ihre Beschwerden ab dem Unfall auf diesen zurückführe und möglicherweise Schwierigkeiten habe, auf andere mögliche Ursachen wie den sexuellen Missbrauch in ihrer Herkunftsfamilie oder die Ehekonflikte hinzuweisen. Dieses Verhalten sei eine externe Attribuierung, die keinen Krankheitswert habe. Es erleichtere das Ertragen. Auf Nachfrage hat der Sachverständige angegeben, die Klägerin habe auch erst auf Nachfrage Auskünfte über den Unfall gegeben, die auf eine PTBS hindeuten könnten, z. B. erst dann von Wiedererinnerungssituationen berichtet. Auf weitere Nachfrage hat Dr. I. die MdE, wenn die vorhandenen Beeinträchtigungen doch auf dem Unfall beruhten, auf 20 bis 30 v.H. geschätzt. Wegen der weiteren Aussagen des Sachverständigen wird auf das Protokoll der nichtöffentlichen Sitzung vom 05.09.2012 verwiesen. Im Nachgang zu seiner Vernehmung hat Dr. I. noch den Entlassungsbericht der salus-Klinik Friedrichsdorf, Dr. L., vom 04.07.2003 über eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme der Klägerin vom 04.03. bis 15.04.2003. Darin sind eine depressive Episode, n.n.b. (nicht näher bezeichnet), Tabakabhängigkeit, Zustände im Zusammenhang mit Menopause und Klimakterium sowie eine Refluxerkrankung diagnostiziert. In der Anamnese waren Angaben der Klägerin über Misshandlungen und sexuellen Missbrauch durch ihren Vater enthalten. Leistungseinschränkungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt waren bei jener Rehabilitation nicht gefunden worden. Auf Antrag und Kostenrisiko der Klägerin hat der Senat ein Gutachten bei Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. E. eingeholt. Dieser Sachverständige hat unter dem 10.04.2013 angegeben, bei der Klägerin beständen eine Anpassungsstörung bei rezidivierender depressiver Störung, diese derzeit schwer ausgeprägt ohne psychotische Phänomene, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotionaler Labilität und histrionischen und depressiven Anteilen, mit Somatisierungsneigung und mit spezifischer sozialer Phobie, exazerbiert nach einem subjektiv lebensbedrohlich erlebten Unfall, daneben beständen eine anhaltende somatoforme Schmerzkrankung sowie eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis (Fibromyalgie). Eine PTBS habe auch nach dem Unfall nicht vorgelegen, weil – wie für diese Diagnose nötig – die Symptome nicht mindestens sechs Monate angedauert hätten. Der Gesundheitszustand habe sich nach dem Unfall deutlich und anhaltend verschlechtert, die damalige ausgeprägte Belastungsstörung habe sich nach teilstationärer Behandlung gebessert, die Klägerin sei – zunächst – wieder in der Lage gewesen, Auto zu fahren und habe sich auch einen neuen Pkw gekauft. Seit dieser Zeit hätten die Beschwerden im Zusammenhang mit der rheumatischen Erkrankung zugenommen und würden behandelt, obwohl das geklagte Ausmaß der Schmerzen durch die rheumatische Erkrankung nicht zu erklären sei. Nach dem Unfall hätten sich Probleme am Arbeitsplatz eingestellt, bedingt durch Konzentrationsstörungen und Grübeleien der Klägerin in Bezug auf den Unfall und das Verhalten ihres Ehemannes nach dem Unfall. Die lebensbedrohliche Intoxikation Ende 2007 sei höchstwahrscheinlich in suizidaler Absicht zu sehen, auch wenn die Klägerin dies später bestritten habe. Die ambulante Psychotherapie seit 2007 habe den Gesundheitszustand nicht mehr langfristig stabilisieren können. Eine Besserung habe dann doch die stationäre Behandlung in der Klinik Bad H. 2009 gebracht, hierauf sei wahrscheinlich auch der im Grunde unauffällig Befund bei der Begutachtung durch Dr. I. im Herbst 2010 zurückzuführen. In der Folgezeit habe sich der Gesundheitszustand aber wieder verschlechtert. Insgesamt, so Dr. E., scheine es offensichtlich, dass der Unfall vom 18.05.2006 der Auslöser einer Reaktualisierung eines früheren traumatischen Konflikts mit dem Vater, vielleicht mit dem älteren Bruder, darstelle. Zunächst sei nur der Unfallgegner für diese Reaktualisierung maßgeblich gewesen, den die Klägerin als ebenso unempathisch beschreibe wie ihren Vater. Unterhalten werden die Symptomatik aber bis heute durch den anhaltenden Konflikt mit dem Ehepartner, der die Reaktualisierung des Vaterkonflikts am Leben halte. Bei dem – ebenfalls – durchgeführten Validierungstest (SFSS) habe die Klägerin auf allen überprüften Subskalen auffällige Werte erreicht (Gesamtwert 49 bei cut-off von 16). Dies weise "eindeutig" auf eine Simulation oder Aggravation hin (S. 36 f. GA). Hierzu hat der Sachverständige ausgeführt (S. 45 f. GA), die "zumindest teilweise unrealistische Selbsteinschätzung", die sich "vor allem" aus dem SFSS ergebe, sei am ehesten durch die außerordentliche Wut, ja den Hass, zu erklären, der mit der Reaktualisierung wieder spürbar geworden sei. Die Klägerin verliere bei der Beschäftigung mit sich selbst und mit ihrer Symptomatik, auch bei Bearbeitung der Fragebögen, den Bezug zur Realität. Insgesamt, so Dr. E., habe das Unfallereignis eine vorbestehende Erkrankung der Klägerin richtunggebend verschlimmert. Die unfallbedingte MdE werde auf 20 v.H. geschätzt. Die Beklagte hat gegen dieses Gutachten eingewandt, Dr. E. sei langjähriger Behandler der Klägerin. Er selbst habe in jener Rolle eine PTBS diagnostiziert, negiere diese Diagnose aber nun in dem Gutachten. Wegen der weiteren Einwände der Beklagten wird auf ihren Schriftsatz vom 03.05.2013 verwiesen. Dr. E. hat unter dem 24.07.2013 auf die Stellungnahme der Beklagten erwidert, die Klägerin sei nach dem Ende der stationären Behandlung 2002/2003, die eine Erschöpfungssymptomatik betroffen habe, erst nach dem Unfall wieder in psychiatrischer Behandlung gewesen. Es treffe nicht zu, dass sich die Klägerin selbst nicht an den Unfall erinnern könne, es seien auch Wiedererinnerungen zu verzeichnen, vielleicht habe sie die Erinnerungen in Form einer dissoziativen Amnesie zeitweise verdrängt. Hinsichtlich der Diagnosen sei festzustellen, dass als Unfallfolge die Anpassungsstörung bestehen bleibe, während die rezidivierende depressive Störung als vorbestehend anzusehen sei. Nach der Behandlung 2003 habe keine derart leicht ansprechbare "Schadenslage" bestanden, dass auch ein anderes, alltägliches Ereignis den jetzigen Zustand mit Wahrscheinlichkeit ausgelöst hätte. Die Beklagte hat unter dem 05.09.2013 auf eine mündliche Verhandlung verzichtet. Die Klägerin hatte ebenfalls bereits in ihrem Schriftsatz vom 12.09.2013 einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt, aber zugleich weitere Beweisanträge gestellt. Auf diese wird Bezug genommen. Nachdem der Senat die Klägerin darauf hingewiesen hatte, dass ihre Erklärung wegen dieser Einschränkungen möglicherweise unwirksam und keine weitere Beweisaufnahme beabsichtigt sei, hat die Klägerin unter dem 21.02.2014 erneut auf mündliche Verhandlung verzichtet, ohne ihre Beweisanträge aufrecht zu erhalten.

Entscheidungsgründe:

1. Der Senat entscheidet über die Berufung der Klägerin gemäß [§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung. Beide Beteiligte haben dazu ihr Einverständnis erteilt, die Klägerin zuletzt - ohne Bedingungen - unter dem 21.02.2014. Die zuvor angekündigten Beweisanträge haben sich erledigt, nachdem die Klägerin an ihnen nicht mehr festgehalten hat. 3. In der Sache ist die Berufung der Klägerin zu einem kleineren Teil erfolgreich. Sie ist statthaft und auch im Übrigen zulässig ([§§ 143, 151 Abs. 1 SGG](#)) sowie hinsichtlich des Feststellungsantrags teilweise begründet. Insoweit war das angegriffene Urteil des SG abzuändern. a) Allerdings waren die Anträge der Klägerin als Anfechtungs-, Feststellungs- und Leistungsklage zulässig. Insbesondere waren der Feststellungsantrag ("weitere Unfallfolgen") und der Leistungsantrag auf Gewährung einer Verletztenrente zumindest in der ergänzten Fassung, wie sie der Senat im Tatbestand aufgeführt hat, ausreichend bestimmt im Sinne von [§ 92 Abs. 1 Satz 3 SGG](#). Der Feststellungsantrag ist nach [§ 55 Abs. 1 Halbsatz 1 Nr. 3 SGG](#) einzustufen (vgl. Bayerisches LSG, Urt. v. 20.06.2012, [L 2 U 224/11](#), Juris Rn. 20). In diesem Rahmen kann ein Versicherter zumindest auf einem einigermaßen eingegrenzten Fachgebiet die Feststellung "weiterer Unfallfolgen" begehren, ohne sich z. B. auf eine bestimmte Diagnose festlegen zu müssen. Dass es der Klägerin ausschließlich um Unfallfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet geht - etwa eine PTBS, eine Anpassungsstörung oder eine depressive Erkrankung -, ergibt sich aus ihren Ausführungen deutlich. Der Senat hat,

wie ausgeführt, den Antrag entsprechend gefasst. Der Leistungsantrag ist auf eine Verurteilung dem Grunde nach gerichtet; dies ist nach [§ 130 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) möglich. Ferner waren sowohl die Feststellung als auch die Rente Gegenstand des angegriffenen Bescheids und des Vorverfahrens, sodass die Voraussetzungen des [§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) und des [§ 78 Abs. 1 SGG](#) erfüllt sind. Die Beklagte hatte unter dem 05.11.2009 nicht nur über die Rentengewährung entschieden. Zwar nur in der Begründung des Bescheids, aber gleichwohl ausreichend deutlich hat sie es mit der Formulierung "Die darüber hinaus bestehenden Beschwerden sind nicht durch den Arbeitsunfall entstanden" auch abgelehnt, die psychischen Erkrankungen der Klägerin als Unfallfolgen anzuerkennen. b) Die rechtlichen Voraussetzungen der Feststellung der Folgen eines Arbeitsunfalls nach [§ 8 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) und eines Anspruchs auf Verletztenrente ([§ 56 Abs. 1 SGB VII](#)) hat das SG in dem angegriffenen Urteil zutreffend dargelegt. Darauf wird, um Wiederholungen zu vermeiden, verwiesen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). c) Die Klage ist im Feststellungsteil zu einem kleineren Teil begründet. Für einen kurzen Zeitraum unmittelbar nach dem Unfall waren bei der Klägerin weitere Unfallfolgen anzuerkennen, nämlich eine Anpassungsstörung mit dominierender Angstsymptomatik. Über diesen Zeitraum hinaus bis heute können dagegen keine weiteren Unfallfolgen festgestellt werden. Insbesondere bestand bei der Klägerin zu keinem Zeitpunkt nach dem Unfall eine PTBS. aa) Voraussetzung für die Anerkennung psychischer Gesundheitsstörungen als Unfallfolge ist zunächst die Feststellung der konkreten Gesundheitsstörungen, die bei dem Verletzten vorliegen und seine Erwerbsfähigkeit mindern. Angesichts der zahlreichen in Betracht kommenden Erkrankungen und möglicher Schulenstreite sollte diese Feststellung nicht nur begründet sein, sondern aufgrund eines der üblichen Diagnosesysteme, z. B. der ICD-10 oder des DSM-IV, und unter Verwendung der dortigen Schlüssel und Bezeichnungen erfolgen, damit die Feststellung nachvollziehbar ist. Denn je genauer und klarer die bei dem Versicherten bestehenden Gesundheitsstörungen bestimmt sind, um so einfacher sind ihre Ursachen zu erkennen und zu beurteilen sowie letztlich die MdE zu bewerten. Begründete Abweichungen von diesen Diagnosesystemen aufgrund ihres Alters und des zwischenzeitlichen wissenschaftlichen Fortschritts sind damit nicht ausgeschlossen (BSG, Urt. v. 09.05.2006, [B 2 U 1/05 R](#), Juris Rn. 22 m.w.N.). Liegt eine derart zu erfassende Erkrankung vor, so muss zwischen dem Unfallereignis und dieser als Unfallfolge geltend gemachten Erkrankung entweder mittels des Gesundheitserstschadens, z. B. bei einem Sprunggelenksbruch, der zu einer Versteifung führt, oder direkt, z. B. bei einer Amputationsverletzung, ein Ursachenzusammenhang nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung bestehen (BSG, a.a.O., Rn. 12). Nach dieser Lehre werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (BSG, a.a.O., Rn. 14 unter Verweis auf: Reichsversicherungsamt, AN 1912, S 930 f.) Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden, wobei auch wertende Elemente vorhanden sind. Hierzu gelten folgende Grundsätze: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Um wesentlich zu sein, muss das Unfallereignis nicht "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig" sein, auch eine rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Ist diese Ursache nicht der Unfall, so kann dieser in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (BSG, a.a.O., Rn. 15). bb) Nach diesen Kriterien bestand bei der Klägerin zu keinem Zeitpunkt nach dem Unfall eine PTBS. Der Senat folgt insoweit den übereinstimmenden Feststellungen und Einschätzungen der beiden Gerichtssachverständigen Dr. I. und Dr. E. ... Beide haben diese Diagnose nicht gestellt. Dr. I. hat seine Einschätzung, eine PTBS habe nie vorgelegen, auf mehrere der Kriterien der ICD-10 gestützt. Seiner Ansicht nach war nicht nur das A-Kriterium nicht erfüllt, weil ein Unfall, wie ihn die Klägerin erlitten hat, nicht bei fast jedem tiefgreifende Verzweiflung hervorrufen würde. Er hat auch die Kriterien B und C (Wiedererinnerungen und Vermeidungsverhalten, beides jeweils konkret bezogen auf die Unfallsituation) verneint und in der Folge das E-Kriterium, wonach die relevanten Symptome spätestens sechs Monate nach dem Trauma auftreten müssen (vgl. Hautzinger/Thies, Klinische Psychologie: Psychische Störungen kompakt, Verlag Beltz-PVU, Weinheim, 2009, S. 14). Diese Erwägungen hat auch Dr. E. erwähnt und verneint. Nach diesen übereinstimmenden Feststellungen und Einschätzungen der Sachverständigen kann zumindest für die Zeit ab dem 24.07.2006 keine PTBS festgestellt werden. In dieser Zeit waren das B- und das C-Kriterium tatsächlich nicht erfüllt. Das B-Kriterium ist nicht gegeben, wenn sich eine Person bewusst an das Trauma erinnern muss und dann ggfs. mit psychisch auffälligen Symptomen reagiert. Nötig sind vielmehr unbewusste bzw. ungewollte (so ausdrücklich Schönberger/Mehr-tens/Va-lentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 144) "aufdringliche Nachhall-erinnerungen" (flash-backs). Solche Erinnerungen hatte die Klägerin bei Dr. I. für die Zeit nach der Entlassung aus dem ZI am 21.07.2006 konkret verneint. Und ein Vermeidungsverhalten im Sinne des C-Kriteriums lag zumindest in der Zeit nach dieser Entlassung nicht vor. Ab dem Wiederbeginn ihrer Arbeitsfähigkeit am 24.07.2006 ist die Klägerin wieder - mit dem neu erworbenen Pkw - gefahren, auch an der Unfallstelle vorbei. Dies deckt sich mit den Feststellungen von Dr. E. ... Unbewusste Wiedererinnerungen hat auch er nicht feststellen können. Ferner hat er festgehalten, die Klägerin habe erwähnt, sie habe - erst - im März 2008 nicht mehr mit dem Auto an der Unfallstelle vorbeifahren können (S. 43 GA). Ein ausreichendes Vermeidungsverhalten lag demnach auch bei der Untersuchung der Klägerin bei ihm nicht vor. Dagegen vermag der Senat nicht das B- und C-Kriterium und in der Folge auch das E-Kriterium für die Zeit unmittelbar nach dem Unfall bis zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit am 24.07.2006 verneinen. Bereits bei der Vorstellung der Klägerin bei ihm am 26.06.2006 hatte der behandelnde Orthopäde Dr. B. auf eine anstehende teilstationäre Behandlung im ZI hingewiesen. Dort war dann auch ausweislich des Entlassungsberichts vom 20.07.2006 eine PTBS diagnostiziert worden. Die Schilderungen der Klägerin damals, wie sie dieser Bericht wiedergibt, entsprechen den Symptomen einer PTBS: Die Klägerin konnte nicht arbeiten, sei "in einer Loch gefallen", sie habe große Schwierigkeiten, mit dem Auto zu fahren, sie vermeide den Unfallort, sie habe Angst. Auch Wiedererinnerungen schilderte sie dort, wobei sie angab, sie versuche dann, sich abzulenken. Es ist nichts dafür ersichtlich, dass diese Schilderungen, die die Klägerin noch unter unmittelbarem Eindruck des Unfallgeschehens gab, unzutreffend sind. Bezogen auf diese Angaben war für die Zeit nach dem Unfall auch das E-Kriterium erfüllt: Die relevanten Symptome sind nach Aktenlage erstmals vom ZI bei der Aufnahme der Klägerin am 17.07.2006 diagnostiziert worden. Zu Gunsten der Klägerin kann auch davon ausgegangen werden, dass sie bereits vorlagen, als Dr. B. am 26.06.2006 feststellte, dass eine begleitende psychologische Behandlung stattfinden werde. Diese Zeitpunkte liegen weniger als sechs Monate nach dem Unfall. Gleichwohl bestand bei der Klägerin auch in dieser Zeit von der Erstfeststellung dieser Symptome bis zu ihrer Entlassung aus dem ZI keine PTBS. Dies kann der Senat feststellen, ohne entscheiden zu müssen, ob an das A-Kriterium die Anforderungen der ICD-10 (F43.1) oder des DSM-IV (die im Mai 2013 veröffentlichte fünfte Fassung der DSM liegt noch nicht auf Deutsch vor) angelegt werden müssen, die sich nach den überzeugenden Aussagen von Dr. I. bei seiner Anhörung am 05.09.2012 teilweise unterscheiden. Es kommt in diesem Rahmen nicht darauf an, ob der Unfall der Klägerin ein Ereignis war, das "bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde" oder ob es ausreicht, dass die Klägerin subjektiv den Unfall so empfunden hat. Bei

seiner Entscheidung hierzu stellt der Senat maßgeblich auf die Angaben des Wahlarztes der Klägerin, Dr. E., ab, der ausgeführt hat, die für die Diagnose einer PTBS relevanten Symptome müssten länger als sechs Monate bestehen bleiben. Ob diese Zeit wirklich verlangt werden kann, lässt der Senat offen, weil es nach den DSM-IV für die Diagnose einer PTBS ausreicht, wenn die relevanten Symptome wenigstens einen Monat andauern. Selbst diese Anforderung ist hier nicht erfüllt, auch wenn man zu Gunsten der Klägerin annimmt, die Symptome seien schon ab dem 26.06.2006 nachgewiesen. Bei der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit am 24.07.2006 und auch schon bei der Entlassung aus dem ZI am 21.07.2006 waren die Symptome nach zweimaliger Gesprächstherapie abgeklungen, die Klägerin konnte das Erlebte besser annehmen und war auch schon einmal wieder - zu Fuß - zur Unfallstelle gegangen. Die Symptome haben daher in jedem Fall weniger als einen Monat andauert. Vor dem Hintergrund dieser Erwägungen, die sich auf die Einschätzungen der beiden Gutachter stützen, kann der Senat nicht den Beurteilungen der Behandler folgen, die z.T. - so wie auch die Ärzte der AHG-Klinik in Bad H. - die Diagnose einer PTBS gestellt haben. Dr. I. hat überzeugend ausgeführt, dass diese Diagnosestellungen nicht überzeugen. Keiner der Behandler hat die Angaben der Klägerin, auf denen die Diagnosen beruhen, überprüft, was auch nicht zwingend Aufgabe von Behandlern ist. Nachdem beide Gutachter bei den Validitätstestungen durch den SFSS und den WMT Aggravation bzw. sogar Simulation nachweisen konnten, Dr. E. sogar einen ganz erheblich auffälligen SFSS-Wert gefunden hat, können die Eigenangaben der Klägerin jedoch keine Grundlage für eine Diagnostik sein. cc) Auch die bei der Klägerin nach Ansicht beider Gutachter bestehende rezidivierende depressive Erkrankung (ICD-10: F.33), die Dr. I. als gegenwärtig remittiert (F33.4), Dr. E. als schwer ausgeprägt ohne psychotische Symptome (F33.2) eingestuft hat, ist keine Unfallfolge. Auch darin sind sich die beiden Gutachter einig. Dass diese Erkrankung vorbestehend war, ist offensichtlich. Die Klägerin war schon vor dem Unfall am 18.05.2006 mehrfach in Behandlung, im Jahre 2003 hatte die salus-Klinik im Rahmen einer stationären Rehabilitation eine depressive Episode beschrieben, die die Klägerin immerhin für 14 Wochen vor der Rehabilitation arbeitsunfähig gemacht hatte. Der Bericht des ZI vom 20.07.2006 erwähnt darüber hinaus einen Suizidversuch Ende der 1970-er Jahre, der dort in die psychiatrische Anamnese eingeordnet wurde, also nach Einschätzung der dort behandelnden Ärzte psychiatrische Relevanz gehabt haben muss. dd) Bei der Klägerin bestand allerdings nach dem Unfall eine vorübergehende Anpassungsstörung als Unfallfolge. Als Dauererkrankung ist jedoch auch diese Diagnose nicht zu stellen. (1) Dr. I. hat diese Diagnose für die bereits beschriebenen Symptome der Klägerin, die zu ihrer Behandlung im ZI geführt haben, gestellt. Dem kann gefolgt werden. Bei einer Anpassungsstörung handelt es sich nach der ICD-10 (F43.2) um einen Zustand von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die die Leistungsfähigkeit und die sozialen Funktionen behindern, während eines Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen. Folge ist meist eine depressive (F43.20: nicht länger als einen Monat andauernd; F 43.21: nicht länger als zwei Jahre) oder ängstliche Reaktion (F43.22: Angst und Depression als Folgen gemischt; F43.23: mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen). Diese Anforderungen waren erfüllt. Wie bereits ausgeführt, lagen bei der Klägerin unmittelbar nach dem Unfall sogar einige Kriterien einer PTBS vor. Diese haben nur nicht die erforderliche Dauer von einem (DSM-IV) bzw. sechs Monaten (Dr. E.). Gerade für solche kurzfristigeren Belastungen nach einem traumatischen Erlebnis ist die Diagnose einer Anpassungsstörung geeignet, wobei bei der Klägerin nicht die depressiven Folgen im Vordergrund standen, zumal eine depressive Erkrankung auch vorbestand, sondern die Angstelemente, insbesondere die Angst, am Straßenverkehr teilzunehmen. (2) In zeitlicher Hinsicht geht der Senat, wie schon zur PTBS ausgeführt, zu Gunsten der Klägerin davon aus, dass diese Anpassungsstörung auf Grund des Attests von Dr. B. vom 07.07.2006 bereits ab dem 26.06.2006 als nachgewiesen angesehen werden kann und dann nicht nur bis zur Entlassung aus dem ZI am 21.07.2006 - dort war noch eine ambulante Nachbehandlung empfohlen worden -, sondern bis zum Tag vor der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, also bis zum 23.07.2006, bestanden hat. (3) Für die Zeit danach lag auch keine Anpassungsstörung mehr vor. Insoweit folgt der Senat den Feststellungen und Schlussfolgerungen von Dr. I. ... Dieser hatte bei seiner Untersuchung der Klägerin nur noch einen Zustand nach (ausgeheilte) Anpassungsstörung ("F43.23Z" = symptomloser Zustand nach Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen) gesehen. Dies ist angesichts der Befunde, die Dr. I. erhoben hat, nachvollziehbar. Die Klägerin hatte ihm mitgeteilt, sie sei zwei Monate nach dem Unfall wieder zur Arbeit gegangen, dies habe "ganz normal geklappt", es seien "eigentlich nur die Schmerzen" zurückgeblieben. Dass die Klägerin die Anpassungsstörung nach dem Unfall überwunden hatte, ergibt sich auch aus dem Bericht des ZI, wonach schon nach zweimaliger Therapie eine Erleichterung zu verzeichnen gewesen sei. Auch, dass die Klägerin wieder Autofahren konnte, spricht dagegen, dass die Anpassungsstörung auf Grund des Unfalls fortbestand. Vor diesem Hintergrund kann der Senat nicht die Schlussfolgerungen von Dr. E. zu Grunde legen. Dieser hat allerdings auch auf Dauer eine Anpassungsstörung beschrieben. Der Senat schließt auch nicht aus, dass diese Diagnose zutraf. Immerhin hat sich der psychische Zustand der Klägerin seit 2008 merklich verschlechtert. Sie hatte zunehmend Schwierigkeiten beim Autofahren und bei ihrer Arbeit geschildert. Bei der Untersuchung hat sie mehrfach geweint, war unkonzentriert, brachte keinen vollständigen Satz hervor, hatte eine starre Mimik und Gestik (vgl. S. 32 ff. GA). Aber es bestehen bereits Zweifel am Ausmaß dieser Symptome, nachdem Dr. E. - sogar noch stärker als Dr. I. - mit Hilfe des SFSS eine Aggravation bzw. Simulation feststellen konnte. Diesen Punkt hat der Sachverständige selbst dann in seinem Gutachten später nicht ausreichend hinterfragt. Selbst wenn solche falschen Angaben, wie Dr. E. ausgeführt hat, auf Wut und Depressivität beruhen, so entwerten sie doch die Angaben der Klägerin, sodass diese nicht mehr als Grundlage einer positiven Entscheidung dienen können. Vor allem aber folgt der Senat nicht Dr. E.s Einschätzung, der Unfall sei die wesentliche Ursache für die von ihm festgestellte Anpassungsstörung gewesen. Er hat als unmittelbare Ursache eine "Reaktualisierung" früherer Konflikte der Klägerin mit ihrem Vater gesehen, die durch den Unfall "auf die Bewusstseinssebene gehoben" worden seien. Unabhängig davon, ob in diesem Fall der Unfall eine Ursache im Rechtssinne oder nur ein Auslöser im Sinne einer irrelevanten Gelegenheitsursache war, spricht die Überzahl der Indizien dagegen, dass der Unfall diese Reaktualisierung ausgelöst hat. Insbesondere ist hier auf den zeitlichen Abstand hinzuweisen: Die Klägerin war Ende Juli 2006 wieder beschwerdefrei. Eineinhalb Jahre hat sie gearbeitet, ärztliche Kontakte in dieser Zeit sind in dem Vorerkrankungsverzeichnis ihrer Krankenkasse nicht verzeichnet. Sie hat geschildert, dass sich in dieser Zeit das Klima am Arbeitsplatz verschlechtert hat und sich die - anscheinend vorbestehenden - Konflikte mit ihrem Ehemann verschlimmert hätten. Ende 2007 hat sie einen Suizidversuch unternommen und musste intensivmedizinisch behandelt werden. Erst danach, ab März 2008, hat sich z. B. die Angst entwickelt Auto zu fahren. Vor diesem Hintergrund ist kein relevanter Zusammenhang zwischen Unfall und der möglicherweise 2008 aufgetretenen Anpassungsstörung zu erkennen. ee) Die weiteren Erkrankungen der Klägerin - Dr. E. spricht insoweit von einer Schmerzerkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis - können ebenfalls nicht auf den Unfall zurückgeführt werden. d) Weiterhin besteht wegen der bereits anerkannten und auch wegen der noch anzuerkennenden Unfallfolgen kein Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente. Auch unter Berücksichtigung der zeitweise aufgetretenen unfallbedingten Anpassungsstörung war die Klägerin nach dem Attest von Dr. Haselbach vom 16.08.2006 ab dem 24.07.2006 wieder arbeitsfähig, also etwa zwei Monate nach dem Unfall. Ein Anspruch auf Verletztenrente besteht jedoch erst, wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als 26 Wochen andauert (§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). 4. Die Entscheidung über die Kosten beruht auf § 193 SGG. Nach dem Rechtsgedanken des § 92 Abs. 2 Nr. 1 ZPO sieht der Senat davon ab, der Beklagten die Erstattung außergerichtlicher Kosten für das Berufungsverfahren aufzuerlegen, entsprechend war auch die Kostenentscheidung des SG nicht zu ändern. 5. Gründe für eine Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus
Login
BWB
Saved
2014-03-27