

L 22 U 14/08

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

22

1. Instanz

SG Cottbus (BRB)

Aktenzeichen

S 7 U 128/00

Datum

13.02.2003

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 22 U 14/08

Datum

14.08.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 13. Februar 2003 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob eine posttraumatische Belastungsstörung sowie Verbrennungen der oberen und unteren Atemwege als Folgen eines Unfallereignisses vom 14. Juli 1998 anzuerkennen sind und der Klägerin Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 80 v. H. zu gewähren ist.

Die 1947 geborene Klägerin, die zuletzt nach einer Umschulung als Sozialpädagogin bei dem G G e. V. beschäftigt war und lernbehinderte, in Berufsausbildung befindliche Jugendliche betreut hatte, war nach dem Ereignis vom 14. Juli 1998 ab dem 17. Juli 1998 bis zum 24. Juli 1998 arbeitsunfähig, vom 25. Juli bis zum 09. August 1998 mit ihrem damaligen Lebensgefährten in Urlaub und ab dem 10. August 1998 durchgehend arbeitsunfähig. Sie bezog bis zu ihrer Aussteuerung (22. September 2000) Krankengeld, danach Arbeitslosengeld und Rente wegen Erwerbsunfähigkeit.

Das Beschäftigungsverhältnis der Klägerin mit ihrem letzten Arbeitgeber endete nach Auseinandersetzungen um die Bewertung des Verhaltens der Klägerin bei und nach dem geltend gemachten Ereignis vom 14. Juli 1998 mit einer ordentlichen Kündigung des Arbeitgebers zum 31. März 2000.

Mit Arbeitsunfallanzeige vom 16. Juli 1998 zeigte der Arbeitgeber der Klägerin bei der Beklagten einen Unfall der Klägerin mit einer Verletzung der Atemwege wegen "Überhitzung" an: Die Klägerin habe am 14. Juli 1998 mit einer Gruppe von Auszubildenden die Glasbläserwerkstatt des UG (Betrieb der Beigeladenen) besucht. Nach einer Demonstration des Glasblasens durch einen Glasbläser habe die Klägerin selbst diesen Vorgang geübt und dabei versehentlich heiße, toxische Dämpfe eingeatmet. Die Verletzte habe die Arbeit am Tag danach, dem 15. Juli 1998 eingestellt.

Am 15. Juli 1998 suchte die Klägerin den Facharzt für Innere Medizin Dipl.-Med. K auf, der ein akutes allergisches Exanthem und eine Konjunktivitis bei "bekannter" (Pollen)Allergie diagnostizierte und - ohne Bezug auf einen Unfall - Beschwerden der Klägerin in Luftröhre ("Brennen") und Magen (Krankheitsbericht Dipl.-Med. K vom 01. Juli 1999). Er schrieb der Klägerin, die sich von ihm nicht ernst genommen fühlte, auf deren Drängen hin für den 15. Juli 1998 krank.

In der Nacht vom 15. auf den 16. Juli 1998 rief die Klägerin wegen nächtlicher Luftnot die Bereitschaftsärztin Dr. med. R an, die ihr empfohlen habe, sich einen kalten Lappen auf die Stirn zu legen.

Am 16. Juli 1998 begab sich die Klägerin in die Behandlung der HNO-Ärztin Dr. med. M, die - nach Angabe der Klägerin, sie habe in der Glasbläserei heiße Dämpfe inhaled - einen HNO-Bericht für die Beklagte (vom 17. Juli 1998) erstellte und die Klägerin krankschrieb. Als "Befund" ist im Bericht festgehalten: "Nase und Nasennebenhöhlen: Schleimhaut gereizt", "Kehlkopf und Luftröhre: Kehlkopf und Trachealschleimhaut hochrot."; die "Diagnose" lautet: "Hitzeschädigung obere Luftwege". Als "Unfallfolge" ist angegeben: "hochgradige Reizung Kehlkopf und Trachealschleimhaut".

Am 17. Juli 1998 stellte sich die Klägerin wieder bei Dipl.-Med. K vor, der sie zum Röntgen des Thorax schickte; bei diesem Besuch äußerte die Klägerin die Vermutung eines Zusammenhangs mit dem Einatmen heißer Luft bei einem Glasbläserbesuch (Krankheitsbericht Dipl.-Med.

K vom 01. Juli 1999 und Kopie des Notfall-/Vertretungsscheines vom 15. Juli 1998).

Am 21. Juli 1998 erstattete die Fachärztin für Augenheilkunde Dipl.Med. H der Beklagten eine ärztliche Unfallmeldung: die Klägerin habe beim Glasblasen heiße Luft (900 Grad) in die Augen bekommen und eine Konjunktivitis bei Zustand nach Dampfinhalation erlitten.

Am 21. und 24. Juli 1998 stellte sich die Klägerin bei der Allgemeinärztin Dr. med. S vor; die Ärztin diagnostizierte bei der Klägerin "schon Besserung, aber insgesamt depressive Stimmungslage, jetzt viel dyspeptische Beschwerden (infolge Kortisontherapie bei HNO-Arzt)". Bezüglich des Rachenraumes stellte die Ärztin als Befund fest: "Rachen reizlos, trocken" (Ärztliche Unfallmeldung vom 21. Juli 1998 und Krankheitsauskunft vom 16. Dezember 1998).

Am 23. Juli 1998 begab sich die Klägerin in die Behandlung der HNO-Ärztin Dr. med. S vor, die – bei "geröteter Larynx und Luftröhre" – eine "Hitzeschädigung der Trachea" diagnostizierte.

Am 10. August 1998 – nach Rückkehr der Klägerin aus dem Urlaub – schrieb der Hausarzt der Klägerin Dr. med. B sie wieder arbeitsunfähig wegen "akuter Reizbronchitis".

Am 28. August 1998 stellte sich die Klägerin dann dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. med. S vor, in dessen Behandlung sie bereits 1994 und 1997 gewesen war. Dr. med. S gibt in seinem Krankheitsbericht für die Beklagte vom 16. Dezember 1998 als psychischen Befund an: "Ausreichend kontaktfähige Patientin, Stimmung deutlich gereizt, vorwurfsvoll, inadäquate affektive Resonanz, geringe psychosomatische Unruhe, Ambivalenz, inhaltliches Denken auf Unfall ausgerichtet, körperliche Missempfindung, Kränkungen." Unabhängig vom Unfall bestünden rezidivierende depressive Anpassungsstörungen und somatoforme Störungen.

Über die nachfolgenden stationären Krankenhausaufenthalte der Klägerin vom 29. September bis zum 09. Oktober 1998 in der Klinik für Innere Medizin und vom 20. Oktober bis zum 04. Dezember 1998 in der Klinik für Neurologie und Psychiatrie, jeweils des H-Klinikums B S erstattete der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. T unter dem 16. Februar 1999 für die Beklagte einen "ausführlichen Krankheitsbericht", in welchem er eine Anpassungsstörung der Klägerin mit psychosomatischem Beschwerdekomples und einer Hyperthyreose diagnostizierte.

Zum Unfallhergang erstattete der der Diplomchemiker G (Präventionsabteilung der Beklagten) einen Unfalluntersuchungsbericht (vom 11. Mai 1999): Nach den Angaben des Glasbläfers habe es sich um ca. 15 cm³ Luft in einem Glasröhrchen gehandelt. Dass ein Teil hiervon bis in die tieferen Atemwege gelangen könne, wenn gleichzeitig der Mund/Rachenraum nicht geschädigt werde, sei sehr zweifelhaft. Toxische Bestandteile habe die heiße Luft nicht enthalten. Keiner der Anwesenden (Auszubildende, der Glasbläser) habe von dem vermeintlichen Unfall irgendeine Reaktion der Klägerin mitbekommen, was bei einer Verbrennung aber sehr wahrscheinlich gewesen wäre.

Unter dem 26. Mai 1999 gab der Arbeitgeber der Klägerin der Beklagten eine "zusammenfassende Darstellung zum Arbeitsunfall vom 14. Juli 1998 im U". Bezogen auf den geltend gemachten Unfallhergang wird darin berichtet, dass die Klägerin mit einer Gruppe von sechs Auszubildenden den Glasbläser im U G besucht habe: Nach Demonstration habe das Glasblasen probiert werden können. Zeugen eines Unfalls gebe es nicht, obwohl der Glasbläser und sechs Lehrlinge unmittelbar anwesend gewesen seien, wobei nur eine der anwesenden Personen unter Beobachtung der anderen Anwesenden habe blasen können. Keine der anwesenden Personen habe überhaupt etwas von dem Vorgang bemerkt. Die Arbeit sei an diesem Tag auch nicht von der Klägerin eingestellt worden, da diese – nach eigener Aussage – keine Schmerzen gehabt habe.

Auf Anfrage der Beklagten teilte die HNO-Ärztin Dr. med. M unter dem 19. Juli 1999 mit, dass sie bei ihrer Untersuchung der Klägerin am 16. Juli 1998 einen Kehlkopf-/Trachealbefund gesehen habe, der bei Beachtung der Anamnese (Hitzeeinwirkung, keine Infektanamnese) einen ursächlichen Zusammenhang zum Ereignis vom 14. Juli 1998 sehr wahrscheinlich gemacht habe. Sie habe lediglich die Befunde aufgenommen und im Zusammenhang mit der Anamnese gewertet.

Nach arbeitsmedizinischer Stellungnahme (Dr. W vom 05. Oktober 1999) lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 14. Oktober 1999 die Gewährung von Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung aufgrund des Ereignisses vom 14. Juli 1998 ab. In der Begründung wird ausgeführt, dass ein Unfall als plötzliches, zeitlich eng begrenztes Ereignis, das von außen auf den Körper eingewirkt und dabei einen Körperschaden verursacht habe, hier nicht gegeben sei. Weder das Unfallereignis an sich, noch ein Körperschaden unmittelbar nach oder bei dem Glasblasen habe mit dem in der gesetzlichen Unfallversicherung erforderlichen Vollbeweis nachgewiesen werden können. Bei einer Verbrennung durch das Einatmen heißer Luft durch den Mund sei es nicht nachvollziehbar, dass gerade im Mund- und Rachenraum keinerlei Auffälligkeiten festgestellt worden seien. Nicht erklärbar sei, dass eine maximal mögliche Menge von 15 cm³ Luft von einer Temperatur von mehr 1000 Grad Celsius zu einer Verletzung des Kehlkopfes und der Luftröhre geführt haben soll, jedoch keine Schmerzreaktion und keine feststellbaren Hautrötungen im Mund- und Rachenraum zur Folge gehabt habe. Unter Berücksichtigung der physiologischen Abläufe beim Einatmen sei ein solcher Geschehensablauf unmöglich.

Hiergegen erhob die Klägerin unter dem 02. November 1999 Widerspruch und trug vor, dass sie beim Versuch eine von ihr schon geblasene Kugel weiter zu vergrößern versehentlich schadstoffreiche Luft mit einem tiefen Atemzug in sich hinein gezogen habe. Sie habe sofort einen thermischen Schock erlitten, der ihr Schmerzempfinden ausgeschaltet habe, und ein Inhalationstrauma. Aufgrund ihrer Allergien habe sie auch einen allergischen Schock erlitten. Nach dem Blasversuch habe sie sich stark benommen gefühlt und an der frischen Luft erst einmal erholt. Nach ca. einer Stunde hätten sich erste Krankheitssymptome, wie sie auch bei einer Allergie auftreten könnten, gezeigt. Das habe sie auf die staubige, schadstoffreiche Luft in der Glasbläserwerkstatt zurückführt, ohne zu ahnen, dass nur eine Ursache in Betracht gekommen sei, nämlich das Einatmen des schädigenden Luftstromes. Im Laufe des Tages hätten sich dann neben den üblichen Beschwerden einer Allergie weitere Krankheitszeichen wie Magenbeschwerden, Schmerzen in der Luftröhre, im Kehlkopf, im Mund- und Rachenraum sowie eine enorme körperliche Erschöpfung und Verspannung der Gesichtsmuskulatur eingestellt. Als sich ihr Zustand nach dem Besuch bei Dipl.-Med. K ständig verschlimmert habe, sei der Schock plötzlich von ihr gewichen und sie habe gewusst, dass sie beim Glasblasen die heiße mit Schadstoffen angereicherte Luft eingeatmet habe. Eine Allergie wäre wieder vergangen, denn sie sei schon lange aus dem Allergie auslösenden Umfeld heraus gewesen. In Panik habe sie in der Nacht die Bereitschaftsärztin angerufen und am nächsten Tag eine HNO-Fachärztin aufgesucht.

Auf Nachfrage der Beklagten teilte die HNO-Ärztin Dr. M (unter dem 30. April 2009) mit, dass sie am 16. Juli 1998 eine gereizte Nasenschleimhaut, eine granulierte Rachenhinterwand sowie - wie bereits beschrieben - einen hochroten Kehlkopfeingang sowie eine hochrote Trachea gesehen habe. Im Zusammenhang mit der Anamnese, die keinerlei Hinweise auf einen akuten Infekt aufgewiesen habe, sondern lediglich die intensive Beschreibung über das Ereignis in der Glasbläserei enthalten habe, habe sich für sie nur der Schluss ergeben, dass es einen Zusammenhang haben können.

Die Beklagte holte beim Organisationsdienst für Gesundheitsschutz und Vorsorge der Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie eine arbeitsmedizinische Stellungnahme (unter Einbeziehung einer schriftlichen Stellungnahme des Technischen Aufsichtsdienstes dieser Berufsgenossenschaft vom 06. Juli 2000) ein. Der Arbeitsmediziner Dr. S hat in seiner schriftlichen Stellungnahme vom 16. August 2000 festgestellt, dass der Unfallhergang als glaubhaft anzusehen sei, da die Verletzung der Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut der Klägerin bereits am 17. Juli 1998, 2 Tage nach dem angeschuldigten Unfallereignis, von einem Facharzt beschrieben worden sei. Eine starke Rötung der Schleimhaut ohne Einblutung spreche für eine Verbrennung ersten Grades, die folgenlos ausheile. Heiße Dämpfe um das Glas herum entstünden beim Glasblasen allerdings nicht, so dass eine zusätzliche Verletzung der Augen nicht glaubhaft oder möglich sei. Die Verletzung sei nicht mit einer Rauchgasvergiftung vergleichbar, wie sie z. B. bei Bränden vorkomme. Eine Verletzung tieferer Etagen des Atemtraktes sei angesichts der geringen aufgenommenen Luftmenge nicht denkbar, da sich die Luft immer weiter abkühle, je weiter sie in den Körper eindringe und sich wieder mit der dort vorhandene Luft vermische. Aufgrund der Größe des Werkstücks könnten nur wenige Kubikzentimeter heiße Luft aufgenommen worden sein. Ein allergischer Schock durch die vorgenannte Aufnahme von heißer Luft sei nicht denkbar, da es sich dabei nicht um allergene Substanzen gehandelt habe. Es sei anzunehmen, dass der Atemzug sofort reflektorisch unterbrochen werde, sobald das Schmerzempfinden einsetze. Aus diesem Grunde sei eine tiefe Inhalation von großen Mengen heißer Luft nicht denkbar.

Mit Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 04. September 2000 wurde der Widerspruch der Klägerin zurückgewiesen, da ein Arbeitsunfall nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen worden sei.

Hiergegen hat die Klägerin am 05. Oktober 2000 Klage beim Sozialgericht Cottbus (SG) erhoben. Sie hat vorgetragen, dass sie am Unfalltag trotzdem bis ca. 16 Uhr weitergearbeitet habe. Während dieser Zeit habe ihr Hals zu schmerzen begonnen, die Augen hätten getränt und die Nase sei gelaufen, was sie in Kenntnis ihrer bestehenden Allergien zunächst nicht weiter ernst genommen habe. Am Tag vor dem Unfall habe sie mit den Schülern Kräuter gesammelt, weshalb sie an eine Pollenallergie gedacht habe. Bei sich zu Hause habe sie, als sie in den Spiegel gesehen habe, sich ganz grau wahrgenommen und auch Halluzinationen gehabt: Sie habe sich doppelt im Spiegel gesehen, einmal vollkommen gesund, einmal vollkommen grau im Gesicht. Da ihre Hausärztin nicht anwesend gewesen sei, sei sie am nächsten Tag zu Dr. med. K gegangen, der ihr etwas gegen die Allergie verschrieben habe; er habe sie zunächst auch nicht krank schreiben wollen, da die Beschwerden von ihm für nicht sehr gravierend gehalten worden seien. In der folgenden Nacht habe sie von dem Unfall und dem Einatmen der heißen Luft geträumt und die Bereitschaftsärztin Dr. R angerufen, die ihre Beschwerden, wie Dipl.-Med. K, nicht ernst genommen habe. Erst am nächsten Tag habe sie die HNO-Ärztin Frau Dr. M aufgesucht. Bewusst geworden sei ihr das Unfallereignis erstmals durch das "Trauerlebnis" in der Nacht, bevor sie die HNO-Ärztin aufgesucht habe.

Die Klägerin hat erstinstanzlich beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 14. Oktober 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04. September 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung aufgrund des Ereignisses vom 14. Juli 1998 zu gewähren, hilfsweise festzustellen, dass die Verbrennungen der oberen und unteren Atemwege sowie die psychische Erkrankung der Klägerin Folge eines Arbeitsunfalls vom 14. Juli 1998 sind.

Die Beklagte hat erstinstanzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das SG hat Befundberichte eingeholt von der B-Klinik (vom 15. Januar 2001 über ein einmaliges Vorgespräch dort vom 02. August 2000), von Dipl.-Med. K (vom 15. Januar 2001), von der Allgemeinmedizinerin Dr. med. S (vom 18. Januar 2001 mit weiteren medizinischen Unterlagen), von der Augenärztin Dr. med. H (vom 24. Januar 2001), von der HNO-Ärztin Dr. med. M (vom 31. Januar 2001) und vom Chefarzt der Psychiatrischen Klinik der Landesklinik L Dr. med. R (vom 05. Februar 2001 über eine stationäre Behandlung der Klägerin vom 19. Oktober bis 10. November 1999 mit den Diagnosen: posttraumatische Belastungsstörung mit somatischem Beschwerdekomples und reaktive Depression mit akuter Suizidalität).

Weiterer Beweis ist durch Einholung zweier schriftlicher Sachverständigengutachten erhoben worden. In seinem schriftlichen Sachverständigengutachten vom 26. Juni 2001 hat der Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. med. C - nach ambulanter Untersuchung der Klägerin vom 08. Juni 2001 - auf seinem Fachgebiet eine chronisch-obstruktive Lungenerkrankung mit geringgradigen Einschränkungen der dynamischen Lungenfunktionsparameter ohne Hinweise auf eine Lungenüberblähung, ohne Störung des Gasaustauschs und ohne Rechtsherzbelastung sowie eine exogene, allergene persistierende Symptomatik, eine chronisch-ischämische Herzerkrankung NYHA I bis II sowie einen Zustand nach Heißlufttrauma der oberen Atemwege (Mund-, Rachen- und Kehlkopf) am 14. Juli 1998 ohne bleibende Schäden an genannten Organen diagnostiziert; fremdfachlich hat er degenerative Wirbelsäulenveränderungen mit rezidivierenden Blockierungen (anamnestisch), einen Morbus Basedow (anamnestisch) sowie eine schwere erlebnisreaktive Störung mit depressiver Verstimmung angegeben. Die von der Klägerin geäußerten Beschwerden, wie Luftnot, vor allem bei körperlichen Anstrengungen, seien glaubhaft und objektivierbar und seien als Symptome einer bereits vor dem Unfall am 14. Juli 1998 bestehenden Vorschädigung des Bronchialsystems und nicht als mittelbare Folge des Unfalls zu werten. Es liege keine somatisch verursachte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bei der Klägerin vor. In seinem nervenfachärztlichen Gutachten vom 15. Dezember 2001 hat der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie-Psychotherapie Dr. med. L - nach ambulanter Untersuchung der Klägerin vom 29. Oktober 2001 - eine dissoziative Störung bei vermeidend - selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung (ICD10: F60.6), Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD 10: F43.1), jedoch nicht im Vordergrund stehend, diagnostiziert und kausal auf den Unfall vom 14. Juli 1998 zurückgeführt. Es bestehe ein eindeutiger zeitlicher Zusammenhang. Die Schwere des Traumes erfülle zwar nicht die Kriterien einer "außergewöhnlichen Bedrohung", die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (ICD 10: F 43.1)"; bei möglicherweise

bestehender neurotischer Fehlentwicklung habe sich das Trauma aber in einer vulnerablen Phase ereignet. Derealisationserleben, das Gefühl des Hilflos-Ausgeliefert-Seins und weitere schwere Kränkungen, zum Beispiel der Vorwurf, dass die Klägerin einen Arbeitsunfall oder arbeitsunfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vorgetäuscht hätte, hätten bei bestehender Selbstwert- und Schamproblematik zur Konversion eines neurotischen Konflikts in körperliche Symptomatik (primärer Krankheitsgewinn) geführt. Mit Andauern des Verfahrens sei es bei der Klägerin zur neurotischen Fixierung auf die Alternativen Anerkennung des Traumas und Reintegration der von ihr als gespalten erlebten Persönlichkeit zu einem Ganzen durch eine spezifische Traumatherapie oder Rehabilitation durch Beweis ihrer Unschuld durch Obduktion nach Tod durch Suizid gekommen. Die Persönlichkeitsstörung der Klägerin sei im Rahmen des von ihr ausgeübten Berufs gut kompensiert gewesen, Funktionseinschränkungen hätten vor dem Unfall nicht vorgelegen. Die unfallbedingte MdE sei mit 40 v. H. einzuschätzen, und zwar im Sinne einer stärker behinderten Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit.

Nach dem Scheitern einer vergleichswisen Beendigung des Verfahrens hat die Klägerin noch einen "Krankheitsbericht" des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses Hamburg, in dem sie sich am 25. September 2002 vorgestellt hatte, zu den Akten gereicht, wonach sich bei der körperlichen Untersuchung der Klägerin keine verbrennungstypischen Narben im Gesichts-, Hals- und Brustbereich hätten finden lassen.

In der öffentlichen Sitzung des SG vom 13. Februar 2003 sind Frau M K und der Glasbläser S G zum Ereignis vom 14. Juli 1998 vernommen worden; wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Anlage 1 und 2 zur Sitzungsniederschrift vom 13. Februar 2003 (Bl. 202, 203 f. der Gerichtsakten) Bezug genommen.

Durch Urteil des SG vom 13. Februar 2003 ist die Klage abgewiesen worden. In den Entscheidungsgründen des Urteils wird ausgeführt, dass das Vorliegen eines Arbeitsunfalls nicht festgestellt werden könne. Keiner der befragten Zeugen habe etwas von einem Unfall bemerkt, obwohl die Klägerin im Zentrum des Interesses der Anwesenden gestanden habe, habe niemand ein Zurückzucken oder eine sonstige abwehrende Reaktion wahrgenommen, die bei einer Verbrennung willensunabhängig, unwillkürlich erfolge. Bei der von der Klägerin vorgetragenen Unfalldarstellung sei es unwahrscheinlich, dass sich Schmerzen nach dem Kontakt erst viele Stunden später einstellten. Der Vortrag, sie habe erste Krankheitssymptome etwa eine Stunde nach dem angeschuldigten Vorgang verspürt, sei erst in der Begründung des Widerspruchs in der Reaktion auf den Bescheid der Beklagten, in dem auf das Fehlen einer sofortigen Reaktion verwiesen worden war, erfolgt. Der Vortrag der Klägerin, sie habe ihre Beschwerden zunächst auf eine durch Werkstattluft hervorgerufene allergische Reaktion zurückgeführt, vermöge nicht zu überzeugen. Bei einer, wie von der Klägerin behaupteten Verbrennung durch ca. 1000 Grad heiße Gase, wäre das Verschweigen dieses Ereignisses gegenüber dem aufgesuchten Arzt und die Vermutung einer allergischen Reaktion lebensfremd. Darüber hinaus spreche die Größe der verwendeten Glasröhrchen gegen den behaupteten Vorgang. Es könne maximal von einem Luftvolumen 10 cm³ ausgegangen werden. Da es der menschlichen Lunge nicht möglich sei, durch Ansaugen ein völliges Vakuum in einem derartigen Röhrchen zu erzeugen, müsse das maximal ansaugbare Luftvolumen deutlich unter vorstehend genanntem Wert angenommen werden. Darüber hinaus sei zu berücksichtigen, dass aufgrund der Form des Mundstücks, die 4 mm lange pipettenartige Anspitzung, die einen vollständigen Verschluss des Mundes nicht ermögliche, ein Einatmen immer mit dem Ansaugen von Frischluft verbunden sei. Durch die schlechte Wärmeleitfähigkeit der Luft sowie durch den Abstand von 170 mm bis zum Erhitzungszentrum falle die Temperatur der Luft zur Einlassöffnung sehr stark ab. Im möglichen Ansaugbereich könne, worauf der TAD der Beklagten überzeugend hingewiesen habe, eine Lufttemperatur von maximal 80 bis 100 Grad Celsius angenommen werden. Durch die geringe 4 mm große Öffnung könne zudem nur ein äußerst geringer Teil dieser Luft angesaugt worden sein. Ein Einatmen eines tiefen zur Schädigung geeigneten Atemzuges sei überhaupt nicht möglich. Auch die festgestellten Gesundheitsbeeinträchtigungen sprächen gegen den behaupteten Schädigungsvorgang. Es seien lediglich Reizungen bzw. Rötungen der Nase- und Nasennebenhöhenschleimhäute sowie des Kehlkopfes und der Luftröhrenschleimhäute, nicht jedoch der Mund- und Rachenschleimhäute von der Ärztin Dr. med. M festgestellt worden. Bei einer Verbrennung durch das Einatmen heißer Luft durch den Mund sei nicht nachvollziehbar, dass gerade im Mund- und Rachenraum keinerlei Auffälligkeiten festgestellt worden seien. Sofern die sonstigen Umstände des Besuchs in der Glasbläserwerkstatt am 14. Juli 1998 mit einer Gruppe von Auszubildenden die festgestellte psychische Erkrankung der Klägerin ausgelöst haben sollten, sei die diesbezüglich krankhafte Anlage bereits derart ausgeprägt gewesen, dass es zur Auslösung der Erscheinungen keines besonderen äußeren Anlasses bedurft hätte. Vielmehr hätte, eine Verbindung hier einmal unterstellt, jeder andere potenziell die Heiterkeit der Auszubildenden auslösende Anlass (etwa Stolpern, Versprechen, Fallenlassen eines Buches oder sonstigen Gegenstandes) die festgestellte psychische Erkrankung der Klägerin auslösen können. Die vorstehend genannten Umstände könnten damit unter keinem Gesichtspunkt als wesentliche Ursache im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung betrachtet werden. Die vom Gerichtssachverständigen Dr. L in seinem Gutachten angenommene kausale Beziehung basiere auf der von ihm zugrunde gelegten Annahme eines Traumas (durch Einsaugen der heißen Luft). Der von der Klägerin angeschuldigte Vorgang habe aber, wie dargestellt, nicht festgestellt werden können.

Gegen das der Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 23. Mai 2003 zugestellte Urteil ist von dem die Klägerin im Berufungsverfahren vertretenen Prozessbevollmächtigten am 12. Juni 2003 Berufung beim SG eingelegt worden.

Zur Begründung des Rechtsmittels stützt sich die Klägerin auf die Aussage des Zeugen G, wonach klar sei, dass es beim Ansaugen der heißen Luft durch die Klägerin zum Zusammenfallen der Glaskugel gekommen sei. Die Temperatur der aus dem Glaskörper entweichenden Luft, die mit Druck in den Mundraum und weiter in die Luftröhre und Lunge gepresst worden sei, als die Glaskugel in sich zusammengefallen und die darin enthaltene Luft herausgeströmt sei, sei noch nahe am Schmelzpunkt des Glases gewesen. Die Klägerin habe das Mundstück mit ihren Lippen so fest umschlossen, dass die für die Abkühlung der heißen Luft erforderliche Frischluft nicht in den Mund habe strömen können. Ein Ansaugen von Frischluft durch die Nase sei nicht möglich gewesen, da die Nase der Klägerin aufgrund ihrer Allergie verstopft gewesen sei. Die Luftmenge, die durch die Öffnung geströmt sei, könne auch nicht so gering gewesen sein, wie vom Technischen Aufsichtsdienst behauptet. Das SG sei unter Missachtung der physikalischen Gesetze bei gleichzeitiger Übernahme der von Parteiinteressen geprägten Angaben des TAD der Beklagten zu seiner Entscheidung gelangt. Darüber hinaus habe sich das SG nicht mit dem Befund von Dr. med. M vom 16. Juli 1998 auseinandergesetzt, wonach eine Hitzeschädigung der oberen Luftwege diagnostiziert worden sei. Soweit sich das SG auf das Gutachten von Dr. med. Ch stütze, sei dies unbrauchbar, da der Sachverständige über die von ihm angewandten Untersuchungsmethoden geschwiegen und keine eingehende Untersuchung der Lungen vorgenommen habe. Es sei auch kein Sachverständiger für Verbrennungen befragt worden, obwohl die Klägerin ihren Sachvortrag ausschließlich auf das Vorhandensein von Verbrennungen stütze und auch von den behandelnden Ärzten im Hinblick auf Verbrennungen behandelt worden sei.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 13. Februar 2003 und den Bescheid der Beklagten vom 14. Oktober 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04. September 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 80 v. H. wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. Juli 1998 zu gewähren, hilfsweise, festzustellen, dass Verbrennungen der oberen und unteren Atemwege sowie eine posttraumatische Belastungsstörung Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. Juli 1998 sind.

Die Beklagte, die die erstinstanzliche Entscheidung verteidigt, beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Auf Anforderung des Landessozialgerichts hat die Allgemeinmedizinerin Dr. med. S Patientenunterlagen der Klägerin in Kopie übersandt (insbesondere Reha-Entlassungsbericht der B-Klinik vom 22. November 2001 über eine stationäre Heilbehandlung der Klägerin vom 04. September bis zum 30. Oktober 2001, nervenfachärztliches Rentengutachten Dr. med. M vom 30. Dezember 2000, sozialmedizinische Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Land Brandenburg vom 07. September sowie 29. November 1999). Sowohl die HNO-Ärztin Dr. med. M als auch Dr. med. S haben ihre Originalkrankenkartei über die Klägerin übersandt. Die psychotherapeutische Praxis Dr. S hat eine Aufzeichnung über ein Gespräch mit der Klägerin aus dem Zeitraum zwischen Oktober 1998 und August 2000 übersandt. Die Landesklinik L hat ihre Originalpatientenakten über einen stationären Aufenthalt der Klägerin vom 19. Oktober bis zum 10. November 1999, das H-Klinikum B drei Originalpatientenakten über stationäre Aufenthalte der Klägerin vom 29. September bis 09. Oktober 1998, 20. Oktober 1998 bis 04. Dezember 1998 und 18. Dezember 1998 zu den Akten gegeben. Die Klägerin hat ein schriftliches Sachverständigengutachten (vom 20. Dezember 2004) des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. S, das in einem beim SG gegen die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte von der Klägerin geführten Klageverfahren (Az. S 11 RA 806/03) eingeholt worden war, übersandt.

Auf Veranlassung des Landessozialgerichts hat der Chefarzt für Psychiatrie und Psychotherapie des Krankenhauses S Dr. med. K ein schriftliches Sachverständigengutachten nach ambulanter Untersuchung der Klägerin vom 10. Juni 2005 erstattet. Er hat auf neuropsychiatrischem Gebiet eine gemischte Persönlichkeitsstörung der Klägerin mit histrionischen und paranoiden Zügen, eine dissoziative Störung gemischt mit körperlichen Wahrnehmungsstörungen sowie mit Depersonalisationsphänomenen und eine posttraumatische Belastungsstörung mit atypischer Auslösung und atypischem Verlauf diagnostiziert. Die posttraumatische Belastungsstörung, aber auch die dissoziative Störung habe sich augenscheinlich nach dem angeschuldigten Unfallereignis 1998 entwickelt. Auffällig sei jedoch die Diskrepanz zwischen der objektiv nachvollziehbaren Traumatisierung, sowohl körperlich wie seelisch, und der subjektiv erlebten schwersten körperlichen und seelischen Traumatisierung. Eine derartige Diskrepanz lasse sich nur im Rahmen einer massiv erhöhten Vulnerabilität zum Zeitpunkt des Unfalls erklären. Diese erhöhte Verletzlichkeit erkläre sich einerseits aus einer vorbestehenden Persönlichkeitsstörung, die jedoch offensichtlich im Rahmen der Partnerschaft und auch im Rahmen der beruflichen Tätigkeit als relativ kompensiert angesehen werden müsse. Darüber hinaus könne der ambivalent besetzte Partnerschaftstrennungskonflikt, der bereits vor dem Unfallereignis bestanden habe, eine erhöhte Verletzlichkeit bezüglich einer psychischen Traumatisierung zur Folge gehabt haben. Insbesondere auf der Basis der beschriebenen Persönlichkeitsstörung habe sich bei der Klägerin über Jahre ein paranoid querulatorischer Kampf um ihr Recht bezüglich der Anerkennung des Unfalls entwickelt. Eine derartige Entwicklung sei eher untypisch im Rahmen einer posttraumatischen Störung, müsse also überwiegend als Folge der vorbestehenden Persönlichkeitsstörung interpretiert werden. Ein Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der Entstehung der Persönlichkeitsstörung der Klägerin könne vollständig ausgeschlossen werden. Allerdings sei festzustellen, dass die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung offensichtlich im Rahmen der privaten und beruflichen Verhältnisse der Klägerin vor dem Ereignis als relativ kompensiert anzunehmen sei. Inwieweit bereits vor dem Unfallereignis im Rahmen der verschiedenen Berufe der Klägerin Auffälligkeiten und Eigenheiten bestanden hätten, die bereits durch Kollegen störend empfunden worden seien, lasse sich im Nachhinein nicht eruieren. In Betrachtung der beruflichen Karriere der Klägerin falle allerdings auf, dass es häufig zu Umschulungen und Berufs- und Arbeitsstellenwechseln gekommen sei. Dies könne zumindest ein Hinweis darauf sein, dass im Rahmen der Persönlichkeitsstörung vermehrte Konflikte und Anpassungsprobleme bei der Klägerin bestanden hätten. Dies seien jedoch aus heutiger Sicht eher Vermutungen. Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung basiere auf der Erhebung des aktuellen psychopathologischen Befundes sowie der Analyse der Verhaltensweisen der Klägerin und darüber hinaus auf der Basis der zahlreichen Akten und ärztlichen Unterlagen. Das Unfallereignis habe offensichtlich maßgeblich zu einer Dekompensation der Persönlichkeitsstörung und Entwicklung der oben beschriebenen Symptomatik geführt. Als Folge dieser dekompenzierten Persönlichkeitsstörung sei auch die so genannte dissoziative Störung zu interpretieren. Gemeint sei damit die Entwicklung der massiven subjektiven körperlichen Symptome (Lungen- und Atemwegsschädigung) sowie auch das subjektive Erleben einer Art von Persönlichkeitsspaltung. Die Auslösung der dissoziativen Störung im Sinne eines nicht lösbaren Konfliktes, wie er in der ICD 10-Beschreibung verlangt werde, könne mehrere Ursachen bei der Klägerin haben. Einerseits könnte durchaus der ambivalent ungelöste Partnertrennungskonflikt, der bereits vor dem Unfallereignis bestanden habe, eine Rolle gespielt haben. Darüber hinaus müsse dem subjektiv erlebten Unfallereignis eine auslösende Rolle beigemessen werden. Dabei sei allerdings zu beachten, dass weniger das Unfallereignis selbst, sondern vielmehr das subjektiv erlebte Unrecht mit Nichtanerkennung und Nichtachtung des Unfalls durch den Betrieb und die Beklagte als ursächlicher Konflikt für die Entwicklung der schweren dissoziativen Störung interpretiert werden müsse. Erst durch dieses subjektive Erleben sei im Rahmen der Unfallverarbeitung die gravierende Symptomatik, die bis heute in einem chronisch-paranoid querulatorischen Kampf um das vermeintliche Recht der Klägerin münde, entstanden. Auf der Basis der genannten Persönlichkeitsstörung sei auch die posttraumatische Belastungsstörung eher atypisch ausgelöst worden, da üblicherweise ein belastendes Trauma mit außergewöhnlichem Bedrohungspotenzial als Auslöser einer posttraumatischen Belastungsstörung verlangt werde. Neben dem untypischen Auslösemechanismus bei der Klägerin seien die wiederholten unausweislichen Erinnerungen oder Wiederinszenierungen des Ereignisses bei der Klägerin sowie die typischen Flashback-Erlebnisse eher in den Hintergrund gegenüber den dissoziativ ausgelösten körperlichen Beschwerden und dem von der Klägerin chronisch geführten Kampf um vermeintliche Gerechtigkeit getreten. Immerhin ließen sich einige Symptome und Verhaltensweisen der Klägerin typischerweise im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung erklären, so z.B. der dort beschriebene deutliche emotionale Rückzug, die Gefühlsabstumpfung, die Vermeidung von Reizen etc ... Es liege in der Natur psychischer Störungen, dass sie nicht objektivierbar, messbar und darstellbar seien, entsprechend gelinge es nicht, sicher abzuschätzen, wie hoch der Anteil der vor bestehenden Persönlichkeitsstörung bei der Entwicklung der späteren dissoziativen Störung und posttraumatischen Belastungsstörung zu bemessen sei. Auf jeden Fall hätten die bereits beschriebenen vor bestehenden psychischen Störungen bzw. Veranlagungen wesentlichen Anteil bei der Entwicklung des heute festzustellenden Krankheitsbildes. Es erscheine angemessen etwa die Hälfte der Ausprägung des heutigen Krankheitsbildes der vor bestehenden Veranlagung zuzusprechen und die andere Hälfte dem Unfallereignis. Folge man dieser Annahme, wäre als Unfallfolge eine Gesamt-MdE von 40 zu akzeptieren, dies insbesondere bei

Berücksichtigung des objektiv als relativ gering zu bezeichnenden körperlichen und seelischen Traumas. Es handele sich um ein nach vielen Jahren stark chronifiziertes und verfestigtes Krankheitsbild, das als praktisch therapieresistent anzusehen sei. Unabhängig von der gerichtlichen Entscheidung werde dieses Krankheitsbild fortbestehen, vermutlich selbst dann, wenn die Klägerin vollständig Recht bekäme. Bei der Klägerin lägen keine einfachen Begehrnsvorstellungen vor. Ihr paranoid-querulatorisches Verhalten mit ihrem Kampf um Gerechtigkeit sei nicht als bewusste Begehrnsvorstellung, sondern vielmehr als psychische Störung im Rahmen einer dekompenzierten Persönlichkeitsstörung mit paranoiden und histrionischen Zügen zu bewerten.

Nachdem die Beklagte die Auffassung vertreten hatte, dass das Sachverständigengutachten bezüglich des hälftigen Verursachungsanteils des Unfallereignisses schon deshalb nicht nachvollziehbar sei, weil der Sachverständige weniger das Unfallereignis selbst, sondern – entsprechend der Persönlichkeitsstruktur der Klägerin – das subjektive Erleben dieses Ereignisses als auslösend für die dissoziative Störung betrachtet habe und im Übrigen die hochgradig abnorme Reaktionsweise der Klägerin bei relativ geringem Trauma eher auf die Persönlichkeitsstörung der Klägerin als leicht ansprechbare Krankheitsanlage hinweise, hat der Sachverständige mit schriftlicher Ergänzung vom 15. Dezember 2005 darauf hingewiesen, dass aus seiner Sicht weniger die objektive Traumatisierung als die subjektiv erlebte Traumatisierung der Klägerin entscheidend sei. Unter Berücksichtigung der aktuellen Standardliteratur zur Unfallbegutachtung (z. B. Mehrhoff/Meindl/Muhr, Unfallbegutachtung, 11. Auflage, 2005, S. 255, 256) sei es im Fall der Klägerin gerechtfertigt, einen Teil der im Gutachten festgestellten neuropsychiatrischen Gesundheitsstörung mit Wahrscheinlichkeit ursächlich dem Unfallereignis zuzuordnen, obgleich nach Aktenlage und nach naturwissenschaftlicher Auffassung eine deutliche körperliche Verletzung nicht eingetreten sei.

Mit weiterer schriftlicher Stellungnahme vom 06. März 2006 hat der Sachverständige ausgeführt, dass auch bei Annahme eines nicht erfolgten Inhalationstraumas ein Ereignis stattgefunden habe, welches bei der Klägerin zu einer subjektiven Traumatisierung geführt habe. Diese subjektive Traumatisierung sei im Falle der Klägerin zugegebenermaßen als durchaus pathologische Reaktion auf ein Ereignis zu werten, welches bei einem primär psychisch gesunden Menschen zu keinerlei Traumatisierung führen würde. Diese pathologische Reaktionsweise der Klägerin, die auf einer vor bestehenden Persönlichkeitsstörung beruhe, schließe aber die Herstellung eines zumindest teilweise vorhandenen Kausalzusammenhangs zwischen subjektiver Traumatisierung und Entwicklung der psychischen Störung im Gefolge (posttraumatische Belastungsstörung) nicht aus. Das traumatisierende Erlebnis könne nach seiner Kenntnis nur das Schreckerlebnis der Klägerin am 14. Juli 1998 gewesen sein, wobei die Klägerin, zumindest subjektiv, fälschlicherweise heiße Luft eingeatmet habe. Selbst wenn ein objektives Inhalationstrauma naturwissenschaftlich ausgeschlossen werden könne, also praktisch nicht stattgefunden haben könne, habe ein wie auch immer geartetes Schreckenerlebnis bei der Klägerin zu einer zugegebenermaßen pathologischen psychischen Dekompensation, namentlich im Sinne der posttraumatischen Belastungsstörung, geführt. Andere objektive oder subjektive Traumatisierungen seien nach seiner Kenntnis nicht festzustellen. Inwieweit eine geringe objektive Traumatisierung im Sinne hier eines Bagatellerlebnisses eine Anerkennung einer psychischen Störung als Folge eines derartigen geringen objektiven Traumas rein rechtlich ausschließe, könne er als Mediziner nicht beurteilen.

Nach weiteren Einwendungen der Beklagten hat der Sachverständige mit weiterer schriftlicher Stellungnahme vom 19. Juni 2006 noch ausgeführt, dass er aufgrund der fehlenden Dokumentation bekennen müsse, dass eine positive Beweisführung zum Vorliegen einer psychischen Traumatisierung im Rahmen des Primärerignisses im Nachhinein nicht mehr möglich sei. Aufgrund dieser Umstände sei es im Nachhinein aus heutiger Sicht praktisch auch unmöglich, den Anteil einer praktisch nicht mehr zu beweisenden Traumatisierung bei der Verursachung des heutigen Krankheitszustandes abzugrenzen. Die primäre Einschätzung in seinem Gutachten, dass die Traumatisierung etwa einen 50prozentigen Anteil bei der Verursachung der heutigen psychischen Störung habe, also auf jeden Fall wesentlich zu dem aktuellen psychischen Störungsbild beigetragen habe, lasse sich somit aus heutiger Sicht nicht mehr halten. Diese Veränderung ergebe sich aus den bereits genannten Umständen, da er zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen sei, dass eine gewisse Traumatisierung unstrittig sei. Aufgrund der dargestellten mangelnden positiven Beweisbarkeit dieser Umstände müsse festgestellt werden, dass aus heutiger Sicht im Nachhinein nicht mehr positiv zu beweisen sei, ob das vermeintliche Traumaereignis wesentlich an dem heutigen Gesundheitszustand beteiligt gewesen sei. Eine genaue prozentuale Angabe, wie im Primärgutachten, sei aus heutiger Sicht entsprechend erst Recht nicht möglich. Entsprechend müssten einige Fragen aus gutachterlicher Sicht auch offen bleiben. U. a. sei nicht zu bestreiten, dass die Klägerin durchaus eine Krankheitssymptomatik entwickelt habe, die typischerweise bei einer posttraumatischen Belastungsstörung auftrete. Das Krankheitsbild und die Zusammenhänge seien auch im Rahmen stationärer Behandlung von Kliniken festgestellt worden, die als sehr fachkompetent bezüglich posttraumatischer Belastungsstörung anerkannt seien (Lund B). Unklar bleibe weiterhin, welche anderen Ereignisse oder Lebensumstände (Unfall unabhängig) zu einer derartigen psychischen Dekompensation bei der Klägerin geführt hätten. Bekannte, von der Klägerin geschilderte biografische Umstände erschienen nicht ausreichend, eine derartige schwerwiegende psychische Störung zu verursachen, wie sie zum Gutachtenzeitpunkt festzustellen gewesen sei. Auch bei der Annahme einer vor bestehenden Persönlichkeitsstörung sei eine derart gravierende psychische Störung ohne deutliche Auslöser schwer nachvollziehbar. Die gravierende Krankheitsentwicklung deute durchaus auf eine stattgehabte psychische Traumatisierung hin, was aus heutiger Sicht aber nicht mehr positiv beweisbar sei.

Nachdem der Prozessbevollmächtigte der Klägerin noch darauf hingewiesen hatte, dass es nicht nachvollziehbar sei, dass der Sachverständige einerseits in seinem Gutachten sehr wohl organische Schäden im Sinne von Rötungen im Bereich der Atemwege als Folge eines Ereignisses vom 14. Juli 1998 erkannt habe, nunmehr aber jegliche objektive Schädigungsfolgen bestreite, ist Dr. med. K in nichtöffentlicher Sitzung des Senats vom 23. August 2006 zur Ergänzung und Erläuterung seiner schriftlichen Ausführungen vernommen worden. Bezüglich des Ergebnisses dieser Beweisaufnahme wird auf die Anlage 1 zur Sitzungsniederschrift vom 23. August 2006 (Bl. 503 ff. der Gerichtsakten) Bezug genommen.

Zum Verfahren ist die U C GmbH G, vertreten durch die DBV- Winterthur Versicherungs- AG, die von der Klägerin zivilrechtlich in Anspruch genommen wird (Landgericht Cottbus, Az. [3 O 267/01](#)), beigelegt (Beschluss vom 18. Juli 2008).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der beigelegten Verwaltungsakten der Beklagten (Aktenzeichen) Bezug genommen, die dem Senat vorgelegt haben und die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 14. Oktober

1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04. September 2000 ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Verletztenrente unter Anerkennung einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie von Verbrennungen der oberen und unteren Atemwege als Folge eines Arbeitsunfalls vom 14. Juli 1998.

Es lässt sich schon nicht feststellen, dass die Klägerin am 14. Juli 1998 überhaupt einen Arbeitsunfall erlitten hat. Selbst wenn es sich um einen solchen gehandelt haben sollte, lassen sich Erkrankungen der Klägerin nicht mit Wahrscheinlichkeit auf ein Verletzungsereignis vom 14. Juli 1998 zurückführen.

Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts richtet sich der geltend gemachte Anspruch hier nach den Vorschriften des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII). Denn der Versicherungsfall ereignete sich nach dem 01. Januar 1997, dem Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des SGB VII (vgl. Art. 36 Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz, [§ 212 SGB VII](#)).

Versicherte haben Anspruch auf eine Verletztenrente, wenn ihre Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist ([§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Arbeitsunfälle sind gemäß [§ 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit); Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#)). Soweit – neben dem Erfordernis des inneren bzw. sachlichen Zusammenhangs ([§ 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#)) – eine Einwirkung "von außen" gefordert wird, ist damit gemeint, dass ein aus innerer Ursache, aus dem Menschen selbst kommendes Ereignis nicht als Unfall anzusehen ist (ständige Rechtsprechung, vgl. BSG [SozR 2200 § 548 Nr. 56](#)). Wesentlich für den Begriff des Unfalls ist also, dass die versicherte Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis – dem Unfallereignis – geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls, sondern für die Gewährung einer Verletztenrente (vgl. BSG, Urteil vom 12. April 2005, [B 2 U 11/04 R](#), [BSGE 94, 262](#)). Nach ständiger Rechtsprechung ist Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls, dass die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Unfallgeschehen) und die Gesundheitsstörung erwiesen sind, d.h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden kann (Vg. [BSGE 45, 285](#); [58, 80](#), 83; [61, 127](#), 128). Hingegen genügt für die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität die hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. [BSGE 58, 80](#); [61, 127](#), 129); das bedeutet, dass nach sachgerechter Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalles mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang spricht, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist ([BSGE 45, 285, 286](#); [60, 58, 59](#)). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. [BSGE 63, 277](#), 280); daran fehlt es, wenn die Krankheitsanlage so leicht ansprechbar gewesen ist, dass die Auslösung akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte (vgl. [BSGE 62, 220, 221](#); BSG HVBG-Info 2001, 1713). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. [BSGE 6, 70](#), 72; BSG [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#) S. 33). Auch wenn die von der Klägerin zurzeit des Unfalls ausgeübte Verrichtung – das Blasen einer Glaskugel in der Glasbläserwerkstatt der U- GmbH G – Teil der versicherten Tätigkeit der Klägerin als Sozialpädagogin in ihrem Beschäftigungsunternehmen, dem G G e. V. gewesen ist (sachlicher Zusammenhang) – denn diese Handlung der Klägerin war auf betriebliche, nicht eigenwirtschaftliche/private Zwecke ausgerichtet, nämlich den Schülerinnen, die sie zur Glasbläserwerkstatt gebracht, dort beaufsichtigt und wieder in die Schulungsstätte zurückgebracht hat, im Rahmen einer Vorführung Einblick in die Arbeitswelt eines Glasbläfers zu geben –, lässt sich nicht feststellen, dass es bei der Klägerin zu einer schädigenden – hier thermischen und/oder toxischen – Einwirkung bei einem Glasblasevorgang gekommen ist. Festzustellen ist, dass bei dem Glasblasversuch der Klägerin am 14. Juli 1998 kein Zeuge eine körperliche oder sprachliche Reaktion bemerkt hat, die wenigstens mittelbar darauf schließen ließe, dass die Klägerin – wie von ihr behauptet – heiße Luft mit einer Temperatur "von ca. 1000 ° C" eingeatmet hätte. Der Zeuge G, der als Glasbläser die Technik des Glasblasens der Gruppe einschließlich der Klägerin am Unfalltag demonstriert hat und der sich an dem Besuch der Gruppe und insbesondere auch Details des Blasvorgangs der Klägerin gut erinnern konnte, hat bei seiner Vernehmung vor dem SG am 13. Februar 2003 lediglich bekundet, dass sich die Klägerin den Finger gehalten habe, woraufhin er dieser ein Pflaster angeboten habe, obwohl die Klägerin auf seine Anfrage erklärt habe, dass nichts weiter sei. Er hat sich, als er seiner Chefin über die Vorkommnisse vom 14. Juli 1998 berichtete, nur zu einer möglichen Verletzung am Finger der Klägerin geäußert und war nach seinem Bekunden sehr erstaunt darüber, dass es gar nicht um den Finger, sondern um einen anderen Vorgang gehen sollte, von dem er nichts bemerkt habe. Die Klägerin hat nach der Aussage des Zeugen G nach Beendigung des Blasvorgangs keinerlei besondere, auf ein Einatmen heißer Gase schließen lassende Reaktion gezeigt; vielmehr habe sie ihm, dem Zeugen, den Glaskörper in die Hand gegeben und sei aufgestanden. Auch die Schilderung des Glasblaseversuchs der Klägerin durch den Zeugen G enthält keinerlei Hinweis auf ein Einatmen heißer Gase. Der Zeuge hat ausweislich der Sitzungsniederschrift vom 13. Februar (Anlage 2 zur Sitzungsniederschrift, S. 5) hierzu ausgeführt: "Ich habe den Hinweis gegeben, ihr müsst blasen, nicht ziehen, sonst fällt die Kugel zusammen. Nachdem die Schüler mit ihren Versuchen durch waren, fiel der Blick auf die Klägerin. Die Schüler wollten offensichtlich wissen, was die Klägerin hervorbringt. Die Klägerin war dann bereit. Sie führte einen Versuch durch. Dabei fiel die Kugel zusammen. Sie blies eine Kugel, die allerdings ein wenig unförmig war. Mit dem Wunsch, dieses Ergebnis zu korrigieren, hielt sie die Kugel nochmals in die Flamme. Dabei fiel die Kugel zusammen. Ich habe dann den Glaskörper in den Brockenkasten geworfen." Auf weitere Nachfrage hat der Zeuge ausdrücklich erklärt (Anlage 2 zur Sitzungsniederschrift vom 13. Februar 2003, S. 6): "Als die Kugel zusammenfiel, hat die Klägerin nicht mehr geblasen. Ich habe etwa 4 Führungen im Jahr durchgeführt. Für mich war es immer ein Höhepunkt. Deshalb kann ich mich auch noch erinnern. Auch auf Nachfrage kann ich nicht bestätigen, dass die Klägerin zu dem Zeitpunkt, als das Glas dann zerbrach, geblasen hat. Vielmehr hat sie den Glaskörper nur in die Flamme gehalten. Beim Saugen an dem Glaskörper merkt man am Mund kaum etwas. Das Rohr ist viel zu klein. Es kommt kaum Luft, wenn man zieht." Der aufgrund seines Berufes für die Beobachtung des Glasblasevorgangs besonders sachkundige Zeuge, der zudem den Glasblasversuch der Klägerin aus unmittelbarer Nähe beobachten konnte, hat somit nur bestätigt, dass die Klägerin tatsächlich zweimal angesetzt hat, um eine Glaskugel aus dem Glaskörper über der Flamme durch Blasen zu formen bzw. dass die Glaskugel der Klägerin zusammengefallen sei – er hat aber nicht ausgesagt, dass die Klägerin, entgegen seines ausdrücklichen Hinweises zu blasen und nicht zu ziehen, sonst falle die Kugel zusammen (Anlage 2 zur Sitzungsniederschrift vom 13. Februar 2003, S. 5), heiße Luft angesaugt habe. Da die Zeugin K (Anlage 1 zur Sitzungsniederschrift vom 13. Februar 2003, S. 4) zu dem Vorgang nichts sagen konnte, da sie sich an Einzelheiten, insbesondere schon

daran, ob die Klägerin selbst etwas geblasen habe, nicht mehr erinnern konnte, ist der Senat nicht davon überzeugt, dass die Klägerin mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit heiße Luft beim Glasblasvorgang am 14. Juli 1998 eingeatmet hat.

Ebenso wenig lässt sich ein initialer Erstschaden feststellen, der wahrscheinlich durch das Einatmen heißer Gase entstanden ist. In Betracht zu ziehen sind dabei als initialer Erstschaden allein Verbrennungen ersten Grades der Kehlkopf- und Trachealschleimhaut. Denn nur eine solche Gesundheitsstörung ist – im Sinne der Entstehung – überhaupt zeitnah mit dem Ereignis vom 14. Juli 1998 ärztlich festgehalten worden. Dies ergibt sich aus dem HNO-Arztbericht von Dr. med. M, den diese für den Unfallversicherungsträger am 17. Juli 1998 nach Untersuchung der Klägerin am 16. Juli 1998, also zwei Tage nach dem angeschuldigten Ereignis, gefertigt hat. Hierin ist als "Befund Kehlkopf und Luftröhre: Kehlkopf- und Trachealschleimhaut hochrot" mitgeteilt. Soweit Dipl.-Med. K bereits am 15. Juli 1998 bei der Klägerin als Befund ein "akutes allergisches Exanthem [Exanthem: entzündliche Hautveränderung auf großen Bereichen der äußeren Haut mit einem bestimmten zeitlichen Ablauf - Beginn, Höhepunkt, Ende -, währenddessen verschiedene Effloreszenzen (Hautblüten, Formen pathologischer Hautveränderungen) hervortreten können, vgl. Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage 2002, S. 495 unter dem Begriff "Exanthem" sowie S. 414 unter dem Begriff "Effloreszenzen"] neben einer objektivierbaren Konjunktivitis bei auskultatorisch befundloser Lunge befundet hat, handelt es sich um Erkrankungen, die sowohl die Klägerin als auch Dipl.-Med. K ohne Weiteres auf eine zum Zeitpunkt des Ereignisses bereits bestehende "bekannte" Allergie zurückgeführt haben. Dies hat auch der Sachverständige Dr. med. C in seinem schriftlichen Sachverständigengutachten vom 26. Juni 2001 nicht anders gesehen, indem er einzig einen "Zustand nach Heißlufttrauma der oberen Atemwege (Mund-, Rachen- und Kehlkopf) am 14.07.1998 ohne bleibende Schäden an genannten Organen" überhaupt in Verbindung mit dem angeschuldigten Ereignis gebracht hat (S. 8 des Gutachtens). In diesem Zusammenhang ist auch festzustellen, dass ein Befund der Mund und Rachenorgane von Dr. med. M nach körperlicher Untersuchung der Klägerin am 16. Juni 1998 nicht erhoben worden ist und im Übrigen nur noch eine Reizung der Nasenschleimhaut festgestellt worden ist, die Dr. med. M gerade nicht in einen Zusammenhang mit einem Unfallereignis gebracht hat; denn nur die "hochgradige Reizung der Kehlkopf- und Trachealschleimhaut" ist von ihr als Unfallfolge mitgeteilt worden.

Eine Gesundheitsstörung im Sinne eines "thermischen Schocks" – so die Klägerin – oder ein "wie auch immer geartetes Schreckerlebnis" – so Dr. med. K (S. 2 seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06. März 2006) – lässt sich nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststellen. Dies hat auch Dr. med. K in seiner weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 19. Juni 2006 (S. 2 unten, 3 oben) zugestanden, indem er ausgeführt hat, dass primär bei der Klägerin keine psychische Traumatisierung zu belegen sei. Gegen einen initialen Erstschaden im Sinne eines Schocks spricht im Übrigen auch, dass keiner der Zeugen Hinweise auf ein Verhalten oder andere körperliche Anzeichen der Klägerin nach dem Inhalationsvorgang beschrieben hat, die auf einen Schmerz oder einen Schock hätten schließen lassen. Im Übrigen hat die Klägerin nach ihrer Erinnerung – mitgeteilt im Gutachten von Dr. med. C vom 26. Juni 2001 (S. 3 des Gutachtens) – nach Beendigung der Vorführung in der Glasbläserwerkstatt, ihre Lehrlinge zurück in die Schulungsstätte begleitet und den Unterricht fortgesetzt, wobei sie sich aber immer schlechter und schlechter gefühlt habe, ihre Augen getränt hätten, die Nase gelaufen sei, die Luft knapp geworden sei. Die Klägerin war also durchaus noch in der Lage gewesen, ihre Arbeit zielgerichtet fortzusetzen, was indiziell eher gegen einen Schockzustand spricht. Weitere körperliche Schäden der Klägerin, insbesondere eine Schädigung des Bronchialsystems, lagen schon vor dem Ereignis vom 14. Juli 2008 vor (S. 8 des Sachverständigengutachtens Dr. med. C).

Die hochgradige Reizung der Kehlkopf- und Trachealschleimhaut lässt sich aber nicht mit Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 14. Juli 1998 zurückführen. Zwar bestand nach der arbeitsmedizinischen Stellungnahme des Organisationsdienstes für Gesundheitsschutz und Vorsorge der Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie vom 16. August 2000, die von der Beklagten zur Untersuchung des Unfallablaufes herangezogen worden ist, die Möglichkeit, dass heiße – maximal 80 bis 100 °C im Ansaugbereich des Glasröhrchens (vgl. Bericht des Technischen Aufsichtsbeamten P vom 06. Juli 2000) –, aber nicht toxische (siehe ebenfalls Bericht P vom 06. Juli 2000) Luft von der Klägerin zu Verbrennungen 1. Grades an den Schleimhäuten führen kann (S.2 oben der arbeitsmedizinischen Stellungnahme); so heiße Luft hätte aber – ebenfalls nach der arbeitsmedizinischen Stellungnahme vom 16. August 2000 (S. 2 unten) – unmittelbar nach dem Unfall zu einer sofortigen Schmerzreaktion der Klägerin führen müssen. Eine solche Schmerzreaktion hat sich aber, wie bereits dargelegt, nicht feststellen lassen bei der Klägerin. Soweit die Klägerin angegeben hat, dass erst eine Stunde nach dem Ereignis "erste Krankheitssymptome wie bei einer Allergie" aufgetreten seien, ist das so unspezifisch, dass sich hieraus ein Indiz für eine Verbrennung der Schleimhäute gerade nicht gewinnen lässt. Frau Dr. med. M hat die hochgradige Reizung der Kehlkopf- und Trachealschleimhaut ausweislich ihrer schriftlichen Stellungnahmen vom 19. Juli 1999 und 30. April 2000 gegenüber der Beklagten auch nur deshalb kausal auf das Unfallereignis bezogen, weil die Klägerin ihr von einer Hitzeeinwirkung, nicht aber von einem Infekt berichtet habe. Dies bedeutet, dass das Krankheitsbild nicht von sich aus auf eine Hitzeeinwirkung schließen ließ und der von Dr. med. M angegebene "Unfallzusammenhang" ausschließlich auf Angaben der Klägerin beruhte. Dass es sich zu diesem Zeitpunkt dabei aber eher um eine Vermutung der Klägerin gehandelt haben dürfte, zeigt die Tatsache, dass die Klägerin eine solche anamnestische Angabe zu einem unfallbedingten Zusammenhang noch am Tag zuvor – dem 15. Juli 1998 – dem von ihr konsultierten Dipl.-Med. K noch nicht gemacht hatte. Nach dem Urlaubsvertretungsschein von Dipl.-Med. K vom 15. Juli 1998 hat die Klägerin am 15. Juli 1998 ihm gegenüber lediglich von einer "bekannten Pollenallergie" gesprochen bei "Brennen in der Luftröhre nach Gräserexposition", nicht aber von einer Hitzeeinwirkung. Gegenüber Dr. med. M wiederum hat die Klägerin von einer Pollenallergie nicht gesprochen, wie deren Angabe gegenüber der Beklagten zeigt, dass gerade der anamnestische Hinweis auf die Hitzeeinwirkung und das Fehlen eines solchen auf einen Infekt zu ihrer Bewertung einer Arbeitsunfallfolge geführt habe. Soweit der Sachverständige Dr. med. C in seinem Sachverständigengutachten vom 26. Juni 2001 einen "Zustand nach Heißlufttrauma der oberen Atemwege (Mund-, Rachen- und Kehlkopf) am 14. Juli 1998 ohne bleibende Schäden an genannten Organen" diagnostiziert hat, hat er ersichtlich – unkritisch und im Hinblick auf die aus seiner Sicht insoweit folgenlose Bewertung – die Bewertung Dr. med. M übernommen, so dass ihr der Senat kein weiteres Gewicht zumisst.

Aber auch dann, wenn man – entgegen der Überzeugung des Senates – von einem initialen Erstschaden im Sinne einer Verbrennung 1. Grades des Kehlkopfes und der Trachealschleimhaut ausginge, ergäbe sich hieraus kein Anspruch der Klägerin auf Verletztenrente. Denn die Schleimhautverletzung der Klägerin ist nach dem Sachverständigengutachten Dr. med. C folgenlos verheilt. Schon in der Epikrise der Klinik für Innere Medizin des H Klinikums vom 16. Oktober 1998 wird ein diesbezüglicher krankhafter Befund nicht mehr erhoben. Dass bei der Klägerin heute vorliegende Erkrankungen auf fachinternistischem/lungenfachärztlichem Gebiet nicht weitere Folge von Verbrennungen 1. Grades der Kehlkopf- und Trachealschleimhaut der Klägerin sind, folgt aus dem Sachverständigengutachten Dr. med. C vom 26. Juni 2001. Er hat auf seinem Fachgebiet eine chronisch-obstruktive Lungenerkrankung mit geringgradigen Einschränkungen der dynamischen Lungenfunktionsparameter ohne Hinweise auf eine Lungenüberblähung, ohne Störung des Gasaustauschs, ohne Rechtsherzbelastung, eine exogene Allergie ohne persistierende Symptomatik, eine chronische ischämische Herzkrankheit (NYHA I bis II) sowie einen "Zustand nach

Heißlufttrauma der oberen Atemwege (Mund, Rachen und Kehlkopf) am 14. Juli 1998 ohne bleibende Schäden an genannten Organen" diagnostiziert. Diese Diagnosen beruhen auf von ihm erhobenen Befunden (vgl. S. 7 seines Gutachtens: Bodyplethysmografie, Blutgasanalyse, EKG, Ergo-, Spiro- und Ergooxytensiometrie) sowie in den Akten befindlichen Fremdbefunden. Für die von der Klägerin angeführten weiteren "inneren Verbrennungen" gibt es demnach keinerlei Anhalt, wie auch die von Dr. med. C zugrunde gelegten Befunde des Internisten und Pulmologen Dipl.-Med. Heinrich vom 14. Oktober 1999 ("normale statische und dynamische Lungenvolumina, Reaktivitätstest mit Acetylcholin negativ, Blutgase im Normbereich, unauffällige bronchopulmonale Befunde"), des Internisten/Pulmologen Dr. K vom 04. Februar 1999 ("Asthma bronchiale, normale statische und dynamische Lungenvolumina, Reaktionstest mit Acetylcholin: Zeichen der unspezifischen HR, Blutgase im Normbereich, derzeit unauffällige Lungenfunktionswerte und unauffälliger klinischer Befund"), des Facharztes für Lungenkrankheiten und Allergologie Dr. Med. G vom 26. August 1998 ("Normale Lungenfunktion, normaler Befund in Ruhe, leichte unspezifische Hyperreaktivität; unsere Empfehlung: Es besteht die , dass auf vorbestehender allergischer Grundlage eines Asthma bronchiale der thermische Reiz Auslöser des Folgegeschehens war ") sowie der Inhalt der Epikrise des H-Klinikums B über den stationären Aufenthalt der Klägerin vom 29. September bis 09. Oktober 1998 ("Hinweise für eine relevante pulmonale Erkrankung ergaben sich bei unauffälligem Säure-Basen-Status, unauffälliger Lungenfunktion und altersentsprechendem Röntgen-Thorax-Befund nicht") zeigen.

Auch die bei der Klägerin vorliegenden psychischen Erkrankungen lassen sich zur Überzeugung des Senates – bei unterstelltem Vorliegen eines Arbeitsunfalls – nicht mit Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 14. Juli 1998 zurückführen.

Wie bei körperlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen muss auch bei geltend gemachten psychischen Erkrankungen im Einzelfall jeder Teil der Ursachenkette nach den allgemeinen im Unfallversicherungsrecht geltenden Maßstäben herausgearbeitet und festgestellt werden. Grundlage ist auch insoweit die Theorie der wesentlichen Bedingung, das heißt ursächlich sind nur solche Ursachen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Die Beurteilung der medizinischen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge muss dabei auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand aufbauen. Neben der Feststellung der vorliegenden Gesundheitsstörung muss klar festgestellt werden, worin das schädigende Ereignis liegt. Die denkbaren Ursachen sind hierbei zu ermitteln und auf ihren Einfluss auf die Erkrankung zu würdigen. Dabei muss die Gesundheitsbeeinträchtigung in einem notwendigen ursächlichen Zusammenhang mit der schädigenden Einwirkung stehen. Die Beurteilung, ob und in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch Unfallfolgen beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet. Dabei ist allerdings die Beurteilung der Kausalität im Ergebnis eine Frage der richterlichen Würdigung. Verursacht sind die Gesundheitsstörungen, wenn der Unfall gegenüber sonstigen schädigungsfremden Faktoren wie z. B. Vorerkrankungen nach der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung von überragender Bedeutung für die Entstehung der Gesundheitsstörung war oder zumindest von annähernd gleichwertiger Bedeutung (wesentliche Mitursache). Eine wesentliche Mitursache liegt dann nicht vor, wenn bei Versicherten eine Anlage so stark und leicht ansprechbar war, dass es zur Auslösung akuter Erscheinungen keiner besonderen, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern jedes andere alltäglich vorkommende ähnlich gelagerte Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinungen ausgelöst hätte. Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 09. Mai 2006 ([B 2 U 1/05 R](#), BSGE 56, 196 bis 209) hervorgehoben, dass zur Anerkennung einer psychischen Störung als Unfallfolge zunächst eine exakte Diagnose der Krankheit nach einem der international anerkannten Diagnosesysteme (ICD-10, DSM 4) erforderlich sei; ein Kausalzusammenhang zwischen einem Arbeitsunfall und einer seelischen Krankheit könne nur bejaht werden, wenn nach dem aktuellen medizinischen Erkenntnisstand ein Unfallereignis oder Unfallfolgen der in Rede stehenden Art auch allgemein geeignet seien, die betreffende Störung hervorzurufen.

Unter Berücksichtigung dieser Voraussetzungen lassen sich psychische Gesundheitsstörungen der Klägerin zwar feststellen, nicht aber auf das Ereignis vom 14. Juli 1998 zurückführen.

Übereinstimmend haben die nervenfachärztlichen Gerichtssachverständigen im Klage- und Berufungsverfahren bei der Klägerin auf neuropsychiatrischem Gebiet eine dissoziative Störung gemischt mit körperlichen Wahrnehmungsstörungen sowie mit Depersonalisationsphänomen (ICD 10: F 44.7; S. 12 des Gutachtens Dr. med. L vom 15. Dezember 2001, S. 12 des Gutachtens Dr. med. K vom 27. Juni 2005), Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD 10: F 43.1, S. 12 des Gutachtens Dr. med. Lange) bzw. eine posttraumatische Belastungsstörung mit atypischer Auslösung und atypischem Verlauf (S. 12 des Gutachtens Dr. med. K) sowie ein gemischte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und paranoiden Zügen (ICD 10: F 61.0, so Seite 12 des Gutachtens Dr. med. K bzw. eine vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (ICD 10: F 60.6, S. 12 des Gutachtens Dr. med. L) festgestellt. Was die letztgenannte Persönlichkeitsstörung betrifft, besteht ebenfalls Übereinstimmung zwischen den Sachverständigen, dass sie bereits vor dem Ereignis vom 14. Juli 1998, also vor dem Unfall bestanden haben muss. Bezüglich der Genese einer derartigen Persönlichkeitsstörung hat Dr. med. K ausgeführt, dass sie sich bereits in der Kindheit und Jugend entwickle und sich dann im Erwachsenenalter manifestiere, so dass ein Zusammenhang zwischen dem hier geltend gemachten Unfallereignis und der Entstehung der Persönlichkeitsstörung vollständig ausgeschlossen werden könne (S. 14 seines Gutachtens vom 27. Juni 2005). Diese Persönlichkeitsstörung war – auch insoweit zur Gewissheit der nervenfachärztlichen Sachverständigen – zum Zeitpunkt des geltend gemachten Unfallereignisses ohne Krankheitswert, da es zu einer psychischen Behandlung in der Zeit vor dem Unfallereignis nicht gekommen war (so Dr. med. K, Anlage 1 zur Sitzungsniederschrift vom 23. August 2006, S. 4). Dr. med. K hat ausgeführt, dass die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung "offensichtlich" im Rahmen der privaten und beruflichen Verhältnisse der Klägerin vor dem 24. Juli 1998 als relativ kompensiert anzunehmen sei. Inwieweit bereits vor dem Unfallereignis im Rahmen der Ausübung der verschiedenen Berufe der Klägerin Auffälligkeiten und Eigenheiten bestanden hätten, die bereits durch Kollegen störend empfunden worden seien, lasse sich im Nachhinein nicht eruieren. In Betrachtung der beruflichen Karriere der Klägerin falle allerdings auf, dass es häufig zu Umschulungen und Berufs- bzw. Arbeitsstellenwechseln gekommen sei. Dies könne zumindest ein Hinweis darauf sein, dass im Rahmen der Persönlichkeitsstörung vermehrte Konflikte und Anpassungsprobleme bei der Klägerin bestanden hätten. Dies seien jedoch aus heutiger Sicht eher Vermutungen (S. 14 des Sachverständigengutachtens vom 27. Juni 2006). Insoweit hat Dr. med. K allenfalls eine Krankheitsanlage beschrieben. Diese Einschätzung des Sachverständigen wird auch gestützt durch die Krankenunterlagen, die der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. med. S übersandt hat. Danach hat die Klägerin diesen Arzt erstmals am 17. Februar 1994 und dann noch einmal im Jahre 1997 aufgesucht; diagnostiziert wurde eine depressiv gefärbte Konfliktreaktion bei ambivalenter Partnerbeziehung bei Persönlichkeitsstörung.

Dass das Ereignis vom 14. Juli 1998 wesentliche Ursache für die "Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung" bzw. "posttraumatische Belastungsstörung mit atypischer Auslösung und atypischem Verlauf" sowie die dissoziative Störung der Klägerin gewesen ist, lässt sich nicht mit Wahrscheinlichkeit feststellen. Soweit Dr. med. K in seinem Gutachten vom 27. Juni 2005 noch davon ausgegangen ist, dass die vor bestehenden psychischen Störungen bzw. Veranlagungen wesentlichen Anteil bei der Entwicklung des heute

festzustellenden Krankheitsbildes gehabt hätten und es angemessen erscheine, etwa die Hälfte der Ausprägung des heutigen Krankheitsbildes der vor bestehenden Veranlagung zuzusprechen und die andere Hälfte dem Unfallereignis (S. 19), und in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06. März 2006 ausgeführt hat, dass auch bei Nichtannahme eines objektiven Inhalationstraumas von dieser Bewertung auszugehen sei (S. 2 der ergänzenden Stellungnahme), ist er von dieser Beurteilung in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 19. Juni 2006 (S. 2) abgegangen, indem er ausgeführt hat, dass aufgrund der fehlenden Dokumentation zu bekennen sei, dass eine positive Beweisführung zum Vorliegen einer psychischen Traumatisierung im Rahmen des Primärereignisses im Nachhinein nicht mehr möglich sei. Aufgrund dieser Umstände sei es im Nachhinein aus heutiger Sicht praktisch auch unmöglich, den Anteil einer praktisch nicht mehr zu beweisenden Traumatisierung bei der Verursachung des heutigen Krankheitszustandes abzugrenzen. Die primäre Einschätzung in seinem Gutachten, dass die Traumatisierung etwa einen 50prozentigen Anteil bei der Verursachung der heutigen psychischen Störung gehabt habe, also auf jeden Fall wesentlich zu dem aktuellen psychischen Störungsbild beigetragen habe, lasse sich somit aus heutiger Sicht nicht mehr halten. Dr. med. K hat seinen "Sinneswandel" bei seiner Vernehmung am 23. August 2006 (Anlage 1 zur Sitzungsniederschrift, S. 3) unter Berücksichtigung des medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstandes weiter erklärt: Voraussetzung für die Feststellung eines Wahrscheinlichkeitszusammenhangs zwischen einer psychischen Störung und einem (Unfall)Trauma sei, dass das objektive Ausmaß nicht so geringfügig sein dürfe, dass es fast unwahrscheinlich sei, dass es zu einem Krankheitsbild, wie es bei der Klägerin vorliege, komme. Dieser Grundsatz bestehe nach dem Studium der Literatur nach wie vor, auch wenn die Grenze, ab wann oder wie hoch das objektive Ausmaß eines Unfalles sein müsse, um zu einer bestimmten Störung führen zu können, nicht allgemein bestimmbar sei, sondern nur konkret im Einzelfall beurteilt werden könne. Die Verhältnismäßigkeit zwischen psychischer Störung und Trauma müsse, um einen wesentlichen Kausalzusammenhang bejahen zu können, gewahrt bleiben. Diese Verhältnismäßigkeit scheine ihm im Fall der Klägerin jedenfalls nicht zu bestehen. Von einer "typischen Kausalkette" könne erst Recht keine Rede sein. Damit hat er sich in Gegensatz zur Beurteilung von Dr. med. L im erstinstanzlichen Verfahren gesetzt, der in seinem Gutachten vom 15. Dezember 2001 ausgeführt hat, dass ein eindeutiger zeitlicher Zusammenhang bestehe, die Schwere des Traumas zwar nicht die Kriterien einer "außergewöhnlichen Bedrohung" erfülle, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (ICD 10: F 43.1) ; bei möglicherweise bestehender neurotischer Fehlentwicklung habe sich das Trauma aber in einer vulnerablen Phase ereignet. Derealisationserleben, das Gefühl des Hilflos-Ausgeliefert-Seins und weitere schwere Kränkungen, z. B. der Vorwurf, dass die Klägerin einen Arbeitsunfall oder arbeitsunfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vorgetäuscht habe, führten bei bestehender Selbstwert- und Schamproblematik zur Konversion eines neurotischen Konflikts in körperliche Symptomatik (primärer Krankheitsgewinn). Der Auffassung von Dr. med. L kann – im Gegensatz zu der "geläuterten" Auffassung von Dr. med. K – nicht gefolgt werden. Denn sie berücksichtigt gerade nicht die von Dr. med. K als herrschende wissenschaftliche Lehrmeinung angeführten und auch vom Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 09. Mai 2006 genannten Voraussetzungen für die Feststellung eines Kausalzusammenhangs zwischen einem Arbeitsunfall und einer seelischen Krankheit.

Dies gilt auch für die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 14. Juli 1998 und der posttraumatischen Belastungsstörung der Klägerin. Dr. med. K hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 19. Juni 2006 zu Recht und nachvollziehbar festgestellt, dass aufgrund der primären Unfallmeldungen keine objektiven Belege existierten, die eine psychische Traumatisierung belegen könnten (S. 1 seiner Stellungnahme). Von seiner zuvor (S. 2 seiner ergänzenden schriftlichen Stellungnahme vom 06. März 2006) geäußerten Auffassung eines "auch wie immer gearteten Schreckerlebnisses mit subjektiver Traumatisierung" hat er damit Abstand genommen. Es lässt sich somit ein initialer Erstschaden nach dem geltend gemachten Unfallereignis, der Inhalation von heißer Luft, auch auf fachpsychiatrischem Gebiet nicht feststellen. Dr. med. K hat ausgeführt, dass psychische Auffälligkeiten der Klägerin frühestens am 28. August 1998 durch die Nervenärztin Dr. med. S beschrieben worden seien, wenn auch nicht die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt worden sei (Anlage 1 zur Sitzungsniederschrift vom 23. August 2006, S. 4). Soweit Dr. med. K die Entwicklung einer psychischen Erkrankung deshalb aber nicht für ausgeschlossen gehalten hat, mag dies der herrschenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung entsprechen; es wird damit aber nur ein möglicher Ursachenzusammenhang beschrieben, der sich im Fall der Klägerin gerade nicht als ein wahrscheinlicher feststellen lässt. Diesbezüglich haben sowohl Dr. med. L als auch Dr. med. K festgestellt, dass die Schwere des Traumas hier nicht die Kriterien einer "außergewöhnlichen Bedrohung, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde" (ICD 10: F 43.1, im Einzelnen zitiert S. 17 des Gutachtens Dr. med. K vom 27. Juni 2005, ebenso S. 12 des Gutachtens Dr. med. L), erfüllt. Dr. med. K hat in diesem Zusammenhang von einem "untypischen Auslösemechanismus" bei der Klägerin, einer "atypisch ausgelösten" posttraumatischen Belastungsstörung gesprochen (S. 17, 18 seines Gutachtens). Soweit er in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06. März 2006 noch allein auf eine "subjektive Traumatisierung" der Klägerin abgestellt hat, besteht schon die Schwierigkeit, dass solche innersubjektiven Vorgänge und Vorstellungen, die der Betroffene in der Vergangenheit durchlebt haben will, sich wohl kaum jemals mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit beweisen lassen. Letztlich kann dies dahingestellt bleiben, denn dessen ungeachtet enthält das ICD 10 auch ein gewisses objektives Korrektiv, weil das Ereignis nach dem Klassifizierungssystem "nahe zu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen" muss (siehe Seite 12 des Gutachtens Dr. med. Lange, S. 17 des Gutachtens Dr. med. K). "Nahezu bei jedem" bedeutet, dass auch ein Mensch, der sich nicht wie die Klägerin in einer "vulnerablen Phase" befindet, angesichts der Schwere des Ereignisses in so tiefe Verzweiflung geraten muss wie die Klägerin. Nimmt man einen solchen Menschen zum Maßstab, so hätte ihn das Trauma, das die Klägerin erlebt haben will, sicherlich nicht tief greifend verzweifeln lassen. Auch hierauf hat Dr. med. K hingewiesen, indem er auf die auffällige Diskrepanz zwischen dem objektiv nachvollziehbaren Unfallereignis mit geringer körperlicher und psychischer Traumatisierung und der von der Klägerin wahrgenommenen schweren Traumatisierung hingewiesen und in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06. März 2006 ausdrücklich ausgeführt hat, dass die subjektive Traumatisierung wie im Fall der Klägerin bei einem primär psychisch gesunden Menschen zu keinerlei Traumatisierung führen würde. Gegen einen Ursachenzusammenhang spricht außerdem, dass kennzeichnend für eine posttraumatische Belastungsstörung die abnehmende Krankheitsentwicklung ist. Unfallbedingte psychische Störungen sind direkt nach einem Unfall am stärksten ausgeprägt und bilden sich anschließend (innerhalb von zwei Jahren) langsam zurück (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage 2003, S. 229; S. 18 des Gutachtens Dr. med. K: "Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann, doch selten mehr als 6 Monate nach dem Trauma. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Betroffenen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung über."). Eine dauernde Persönlichkeitsänderung im Sinne der von ihm genannten ICD10:F 62.0-Klassifizierung hat Dr. med. K bei der Klägerin aber ebenso wie Dr. med. L festgestellt. Auch dass sich die Symptome bei der Klägerin zurückgebildet hätten, lässt sich den Gutachten von Dr. med. L und Dr. med. K nicht entnehmen. Dr. med. K hat mitgeteilt, dass bei der Klägerin die wiederholten unausweislichen Erinnerungen oder Wiederinszenierungen des Ereignisses sowie die typischen Flashback-Erlebnisse bei der Klägerin zwar eher in den Hintergrund getreten seien, es ließen sich aber einige Symptome und Verhaltensweisen der Klägerin typischerweise im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung erklären, so z. B. der dort beschriebene deutlich emotionale Rückzug, die Gefühlsabstumpfung, die Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten (S. 18/19 des Gutachtens Dr. med. K). Insoweit lassen sich also, selbst wenn man vom Nachweis einer - wenn auch

atypischen - posttraumatischen Belastungsstörung ausgeht, eher mehr Gründe gegen einen als für einen ursächlichen Zusammenhang mit dem geltend gemachten Unfallereignis finden.

Dies gilt auch für die dissoziative Störung der Klägerin. Hierzu hat Dr. med. K ausgeführt, dass weniger das Unfallereignis selbst, sondern vielmehr das subjektiv erlebte Unrecht mit Nichtanerkennung und Nichtachtung des Unfalls durch den Betrieb und die Beklagte als ursächlicher Konflikt für die Entwicklung der schweren dissoziativen Störungen interpretiert werden müsse. Entsprechend ihrer Persönlichkeitsstruktur habe die Klägerin in diesem Zusammenhang eine völlig fehlende Zuwendung, fehlendes Mitleid, fehlende Beachtung und fehlende Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung des subjektiv so dramatisch erlebten Traumas erlebt. Erst durch dieses subjektive Erleben sei im Rahmen der Unfallverarbeitung die gravierende Symptomatik, die bis heute in einen chronisch-paranoid querulatorischen Kampf um das vermeintliche Recht der Klägerin münde, entstanden. Danach ist wesentliche Ursache für diese Gesundheitsstörung der Klägerin gerade nicht das Unfallereignis, sondern Geschehnisse nach dem Unfallereignis, die die Klägerin aufgrund ihrer vorgegebenen Persönlichkeitsstruktur fehlerhaft verarbeitet hat. Insoweit liegt die Entwicklung des Krankheitsgeschehens im Sinne einer dissoziativen Störung auch nicht mit Wahrscheinlichkeit in dem eigentlichen Unfallgeschehen, sondern in der unfallunabhängig bestehenden Persönlichkeitsstruktur der Klägerin begründet.

Soweit Dr. med. K bei seiner Vernehmung am 23. August 2006 (Anlage 6 zur Sitzungsniederschrift, S. 3) ausgeführt hat, dass er bei der Bewertung des Ursachenzusammenhangs methodisch so vorgegangen sei, dass er im Wege eines "Ausschlussverfahrens" andere Faktoren, die - außerhalb des angeschuldigten Ereignisses - Ursache der psychischen Erkrankung der Klägerin hätten sein können, ausgeschlossen habe und dann, da kein anderes Ereignis für ihn erkennbar gewesen sei, den "Unfall" der Klägerin als wesentliche Ursache angegeben habe, entspricht dies nicht den rechtlichen Voraussetzungen für die Feststellung eines Arbeitsunfalls und dessen Folgen. Denn nur festgestellte Ursachen können in ihrer Gewichtung gegeneinander abgewogen werden, nicht aber solche, die gar nicht vorliegen.

Nach alledem musste die Berufung der Klägerin ohne Erfolg bleiben.

Die Kostenentscheidung, die dem Ausgang des Rechtsstreits entspricht, folgt aus [§ 193 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, da hierfür die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2009-01-12