

Zur Beurteilung schwerer posttraumatischer Belastungsstörungen (Kriterien nach den Klassifizierungssystemen DSM-IV und ICD-10).

§ 8 Abs 1 SGB VII

Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen vom 16.05.2007 – L 17 U 127/06 –  
Bestätigung des Urteils des SG Detmold vom 11.04.2006 - S 1 U 228/04 -

Streitig war, ob bei der Klägerin eine schwere posttraumatische Belastungsstörung als Folge eines Arbeitsunfalls anzuerkennen war. Der Senat hat hierzu neben dem Klassifizierungssystem ICD-10 das des DSM-IV herangezogen. Nach den - strengeren - Kriterien des DSM-IV läge bei der Klägerin schon deshalb keine posttraumatische Belastungsstörung vor, weil der Angriff auf sie (sie wurde gestoßen und stürzte über 3 bis 4 Treppenstufen auf eine gepflasterte Hofeinfahrt) objektiv nicht existenzbedrohend gewesen sei. Das DSM-IV fordere nämlich den Nachweis eines Ereignisses, das unabhängig vom Erleben des Betroffenen schwer bedrohlich war. Demgegenüber trenne ICD-10 nicht so deutlich zwischen dem objektiven und subjektiven Aspekt der Bedrohungssituation, was nach Ansicht des Senats "zu Vagheiten und Interpretationsspielräumen" führe. Bei weiter Auslegung der ICD-10-Kriterien ließe sich daher eine Traumatisierung "möglicherweise" auch allein aus dem subjektiven Erleben begründen. Damit bewege "man sich jedoch auf völlig unsicherem Terrain", denn "inersubjektive Vorgänge und Vorstellungen, die der Betroffene in der Vergangenheit durchlebt haben will, lassen sich nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit beweisen".

In einer solchen Situation könne daher der Vollbeweis nur gelingen, wenn "das Unfall-opfer, das immerhin ein Interesse am Ausgang des Rechtsstreits hat, überaus glaubwürdig und seine Angaben hundertprozentig glaubhaft wären". Zu diesem Personenkreis gehöre die Klägerin jedoch nicht, da ihr gesamter Vortrag von erheblichen Widersprüchen und Ungereimtheiten geprägt sei (das Ereignis habe "ihr Leben zerstört" usw). Auch auf Grund weiterer Umstände hat der Senat deshalb das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung verneint.

Anzumerken ist, dass eine Sachverständige, Chefärztin einer Abteilung für Psychotherapeutische Medizin, der Klägerin demgegenüber eine hohe Glaubwürdigkeit attestierte; sie wagte sogar die Feststellung, dass die Aussagen der Klägerin "in ihrem Wahrheitsgehalt nicht anzuzweifeln" seien. Eine Feststellung, die den Senat angesichts der Sachlage "schon sehr erstaunlich" dünkte.

Das **Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen** hat mit **Urteil vom 16.05.2007 – L 17 U 127/06 –** wie folgt entschieden:

## Tatbestand

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte eine schwere posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1) mit chronischer Schmerzstörung (F 45.4) als Folge des Arbeitsunfalls vom 16. November 2002 anerkennen muss.

Die im September 1970 geborene Klägerin betreibt mit ihrem Ehemann in M eine Pizzeria mit Bringdienst. Am Unfalltag bestellte ein Kunde mehrere Pizzas, die der Fahrer des Bringdienstes auslieferte. Der Kunde weigerte sich, die Lieferung anzunehmen und zu bezahlen. Gegen 23.00 Uhr fuhren die Klägerin und ihr Ehemann mit dem Pkw zur Wohnung des Kunden, um ihn zur Rede zu stellen und ihre Kaufpreisforderung geltend zu machen. Vor der Wohnungstür des Kunden kam es daraufhin zwischen ihm und der Klägerin zu einem Streit, wobei er sich unsachlich und beleidigend äußerte. Als sich die Klägerin gerade abwenden wollte um zu gehen, versetzte ihr der Kunde einen Stoß. Sie verlor das Gleichgewicht und stürzte über drei bis vier Treppenstufen auf die gepflasterte Hofeinfahrt.



Die Klägerin blieb dort im strömenden Regen regungslos liegen, wurde - während sich ihr Ehemann um sie kümmerte - weiter beschimpft und musste mit dem Rettungswagen in die Unfallchirurgische Klinik am Klinikum Kreis I gebracht werden.

Dort fand Chefarzt PD Dr. T weder knöcherne Verletzungen noch Platzwunden und diagnostizierte Prellungen am Hinterkopf, dem rechten Handgelenk und der Wirbelsäule. Eine stationäre Behandlung lehnte die Klägerin aufgrund einer "Krankenhausphobie" ab und stellte sich am 19. November 2002 mit Schmerzen, Schwindel und Übelkeit bei dem niedergelassenen Internisten Dr. X in M vor, der ihr Schmerzmittel und Bettruhe verordnete. Am nächsten Tag konsultierte sie den niedergelassenen Chirurgen/ Unfallchirurgen O in M und beklagte "Schmerzen im Bereich des ganzen Körpers". Im Durchgangsarztbericht vom 20. November 2002 beschrieb er eine "wehleidige, heftig klagende Unfallverletzte", die "das Unfallereignis psychisch nicht adäquat verarbeitet" habe und die prellungsbedingten Schmerzen stark übertreibe. Am 27. November 2002 suchte die Klägerin den niedergelassenen Nervenarzt Dr. T1 in M auf und schilderte ihm Flashbacks und Alpträume, in denen sie die Auseinandersetzung mit dem Kunden immer wieder vor sich sehe. Sie leide unter Kopfschmerzen, Schweißausbrüchen und ängstige sich vor allem, was mit der Pizzeria zu tun habe. Dr. T1 diagnostizierte eine posttraumatische Belastungsstörung, ein Angstsyndrom, Schlafstörungen sowie Rücken- und Kopfschmerzen nach Prellungen. Eine Computertomographie (CT) des Schädels (Neurocranium) und eine Kernspintomographie der Halswirbelsäule (HWS) blieben am 22. Januar 2003 ohne traumatischen Befund.

Im Feststellungsverfahren zog die Beklagte eine beratungsärztliche Stellungnahme des niedergelassenen Neurologen und Psychiaters Dr. L aus D vom 26. Februar 2003 bei: Infolge des Unfalls habe die Klägerin eine akute Belastungsstörung erlitten und sei deshalb höchstens vier Wochen arbeitsunfähig gewesen. Diese akute Belastungsstörung habe sich aber nicht zu einer posttraumatischen Belastungsstörung chronifiziert, weil die dafür erforderlichen diagnostischen Eingangskriterien fehlten.

Mit Bescheid vom 24. März 2003 teilte die Beklagte der Klägerin mit, sie habe sich bei dem Ereignis am 17. (gemeint: 16.) November 2002 eine akute psychische Belastungsstörung zugezogen. Aufgrund dieser Erkrankung sei sie bis zum 15. Dezember 2002 "unfallbedingt" arbeitsunfähig und behandlungsbedürftig gewesen. Soweit sich die Belastungsstörung danach chronifiziert habe, sei das Ereignis hierfür nicht mehr verantwortlich. Ein Leistungsanspruch über den 15. Dezember 2002 hinaus bestehe deshalb nicht.

Dagegen erhob die Klägerin am 14. April 2003 Widerspruch. Die Beklagte ließ sie daraufhin durch den niedergelassenen Neurologen und Psychiater Dr. S aus C untersuchen. Ihm schilderte die Klägerin Alpträume, in denen sie das Ereignis und die Beleidigungen immer wieder neu erlebe. Sie wache dann nachts mehrfach schweißgebadet auf. Sie befürchte, dass ihr ähnliches nochmals wiederfahren könne und erschrecke oft, wenn jemand plötzlich ins Zimmer trete. Seit dem Ereignis meide sie Aktivitäten außer Haus, könne in der Pizzeria nicht mehr helfen und leide unter Nacken-, Rücken- und Handschmerzen. In seinem Gutachten vom 09. Februar 2004 verneinte Dr. S physische Verletzungsfolgen und eine posttraumatische Belastungsstörung, weil das Ereignis glimpflich verlaufen und weder lebensbedrohlich noch stark erniedrigend gewesen sei. Stattdessen diagnostizierte er eine konversionsneurotisch getönte Depression, die auf einem Entschädigungsbegehren oder einer Selbstüberforderung als Gastronomin, Hausfrau und Mutter beruhe. Insoweit sei das Ereignis nur als Gelegenheitsursache einzuordnen. Mit Widerspruchsbescheid vom 18. August 2004, der dem Klägerbevollmächtigten am 23. August 2004 zugegangen ist, wies die Beklagte den Widerspruch zurück.



Dagegen hat die Klägerin am 23. September 2004 vor dem Sozialgericht (SG) Detmold Klage erhoben und vorgetragen, sie sei nach dem Sturz zu später Nacht im strömenden Regen vor der Tür des Kunden hilflos liegen geblieben und habe dort weitere Demütigungen über sich ergehen lassen müssen. Sie sei den Attacken des aggressiven Kunden über längere Zeit in jeder Hinsicht schutzlos ausgeliefert gewesen. Da er sich geweigert habe, einen Krankenwagen zu rufen, hätten medizinische Sofortmaßnahmen erst verzögert einsetzen können. Die "übertriebene Schmerzreaktion" und die "hohe und schnelle nervöse Erregungsbereitschaft", die Dr. S festgestellt habe, seien typische Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Denn es sei bekannt, dass Entsetzen, Hilflosigkeit, Todesangst oder die Furcht vor ernsthaften Verletzungen fast regelmäßig zu langandauernden psychischen Störungen führe. Sie habe das Ereignis auch über den 15. Dezember 2002 hinaus in sich aufdrängenden Erinnerungen, Träumen oder Abträumen wiedererlebt, sei betäubt, übererregt und schreckhaft gewesen und habe unter Angst und Depressionen gelitten.

Zu Beweis Zwecken hat das SG von Amts wegen ein Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. W, Chefarzt des Instituts für Neurologie/Psychiatrie der Kliniken St. B in W, vom 11. Januar 2005 eingeholt. Bei der Exploration hat die Klägerin angegeben, sie könne in der Pizzeria nicht mehr arbeiten, weil sie ihre rechte Hand unfallbedingt nicht mehr benutzen und nachts nicht mehr schlafen könne. Außerdem müsse sie ihren jüngeren Sohn versorgen, der 2004 geboren worden sei. Im Alltag sei sie im Wesentlichen inaktiv und könne aufgrund unfallbedingter Ängste das Haus nur noch in Begleitung des Ehemannes verlassen. Der Unfall habe "ihr Leben ...zerstört". Der Ehemann hat fremdanamnestisch bestätigt, dass die Klägerin häufig schlecht schlafe und Angstträume habe. Sie fahre gelegentlich selbst Auto, bringe den älteren Sohn zur Schule, mache Besorgungen und nehme in der Pizzeria (telefonische) Bestellungen entgegen. Der Sachverständige (SV) hat ausgeführt, sämtliche Unfallfolgen seien spätestens am 16. Dezember 2002 abgeklungen gewesen. Die psychischen Beschwerden, die danach noch vorhanden gewesen seien, hingen mit dem Ereignis vom 16. November 2002 keinesfalls wesentlich zusammen. Denn der Sturz sei letztlich glimpflich verlaufen und habe weder zu Rötungen, Schwellungen oder Abschürfungen an Kopf, Rücken und Händen geführt, wie dem Durchgangsarztbericht vom 17. November 2002 zu entnehmen sei. Die Prellungen seien innerhalb weniger Wochen abgeklungen. Angesichts dessen könne das Ereignis die Klägerin seelisch keinesfalls so schwerwiegend traumatisiert haben, dass sich daraus fortbestehende Somatisierungs-, Schon- und Rückzugstendenzen erklären ließen. Eine ausreichende Bedrohungslage, aus der sich eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln könne, liege nicht vor. Die fortbestehenden Verstimmungszustände, die Unausgeglichenheit, die Somatisierungstendenzen und das gereizte Verhalten gegenüber dem Ehemann seien der Primärpersönlichkeit der Klägerin, innerehelichen Konflikten und sonstigen unbewältigten Problemen der Persönlichkeitsentwicklung anzulasten.

Anschließend hat die Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse, Sozialmedizin und Rehabilitationswesen Dipl.-Psych. M, Chefarztin der Abteilung für Psychotherapeutische Medizin mit Psychotraumatologie der Klinik am P in Bad P, gemäß § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) am 28. Dezember 2005 ein weiteres Gutachten erstattet: Die Klägerin verharre in der Zeit des schädigenden Ereignisses, sei mit diesem Zeitintervall stark verhaftet und habe deshalb oft das Gefühl, gerade eben erst von der Treppe gestoßen worden zu sein. Sie kehre in diese Szene gedanklich und emotional häufig zurück, höre die Sprachfetzen mit den Beschimpfungen des Kunden und erlebe ihre Bestürzung und Hilflosigkeit immer wieder neu in Flashbacks, intrusiven Erinnerungen und Alp-



träumen. Dies führe zu affektiven Fehlreaktionen und Fehlwahrnehmungen in der Realität. Die Aussagen der Klägerin seien "in ihrem Wahrheitsgehalt nicht anzuzweifeln", Aggravationstendenzen seien "nicht spürbar". Die Klägerin weise traumabedingt jedem Dritten unbewusst eine Täterrolle zu, auch den männlichen Vorgutachtern Dr. S und Dr. W, die dem negativen (psychoanalytischen) Übertragungs-Gegenübertragungsphänomen erlegen seien. Sie hätten deshalb das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung zu Unrecht verneint und (unbewusst) übersehen, dass die Klägerin die Attacke des Kunden als möglichen tödlichen Angriff erlebt habe. Dabei sei entscheidend, dass es für die Beurteilung der Bedrohungslage ausschließlich auf ihre subjektive Einschätzung ankomme und nicht auf die Kategorien bzw. die Bewertung des Sachverständigen. Die Klägerin erlebe das Trauma in sich aufdrängenden Gedanken und Alpträumen immer wieder und vermeide Aktivitäten, die an den Unfall erinnern können. Deshalb habe sie ihre Aktivitäten deutlich reduziert, sei emotional erstarrt und pessimistisch gestimmt. Ein anhaltend erhöhtes Erregungsniveau zeige sich in Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen und übersteigerten Schreckreaktionen. Sie leide unzweifelhaft an einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung (F 43.1), auf deren Basis sich eine chronifizierte Schmerzstörung (F 45.4) entwickelt habe. Zur Länge der Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit sowie zur Höhe der MdE hat sich die SV nicht geäußert.

Mit Urteil vom 11. April 2006 hat das SG die Klage abgewiesen: Bei dem Ereignis vom 17. (richtig: 16.) November 2002 habe sich die Klägerin Prellungen und eine kurzzeitige akute Belastungsreaktion ("Schock") zugezogen. Die Prellungen und der Schock seien bis zum 15. Dezember 2002 abgeklungen, wie die Verwaltungsgutachter Dr. L und Dr. S sowie der SV Dr. W einmütig und überzeugend dargelegt hätten. Die körperlichen und seelischen Beschwerden, die die Klägerin danach angegeben habe, seien nicht mehr dem Unfall, sondern einer psychogenen Störung mit Somatisierung zuzuordnen. Die brutale Attacke sei glimpflich ausgegangen und könne das Leben der Klägerin keinesfalls "zerstört" haben, wie sie selbst behauptete. Die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung seien nicht erfüllt, weil die Klägerin keiner außergewöhnlichen Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt gewesen sei und nach den fremdanamnestischen Angaben des Ehemanns traumabezogene Aktivitäten nicht vermeide. Soweit die SV M allein auf das subjektive Bedrohungsempfinden der Klägerin abstelle, sei ihr entgegenzuhalten, dass es für die sozialmedizinische Begutachtung ausschließlich auf objektive Befunde ankomme.

Nach Zustellung am 10. Mai 2006 hat die Klägerin gegen dieses Urteil am Montag, den 12. Juni 2006 Berufung eingelegt und sich im Wesentlichen auf das Gutachten der SV M und die Behandlungsberichte des Neurologen und Psychiaters Dr. T1 berufen. Die Attacke des Kunden hätte zu sehr schweren Schädelverletzungen, Behinderungen oder sogar zum Tode führen können, wenn sie mit dem Kopf unglücklich auf die Treppe oder den Boden aufgeschlagen wäre. Es treffe nicht zu, dass sie das Geschehen aufgrund unfallunabhängiger Konflikte seelisch fehlverarbeite.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 11. April 2006 zu ändern und unter Aufhebung des Bescheides vom 24. März 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. August 2004 festzustellen, dass der Arbeitsunfall vom 16. November 2002 eine schwere posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1) mit chronischer Schmerzstörung (F 45.4) zur Folge hat, hilfsweise die Revision zuzulassen.



Die Beklagte, die dem angefochtenen Urteil beipflichtet, beantragt,  
die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakte Bezug genommen. Beide Akten waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

## **Entscheidungsgründe**

Die Berufung ist unbegründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, weil der Bescheid vom 24. März 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. August 2004 (§ 95 SGG) rechtmäßig ist und die Klägerin nicht beschwert (§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG). Denn die Beklagte ist nicht verpflichtet, eine schwere posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1) mit chronischer Schmerzstörung (F 45.4) als Folge des Arbeitsunfalls vom 16. November 2002 anzuerkennen. Dass die Klägerin im Berufungsverfahren von der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 4 SGG) zur Feststellungsklage (§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG) übergegangen ist, stellte gem. § 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG keine Klageänderung dar und war deshalb zulässig (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 8. Aufl. 2005, § 60 Rn. 7).

Eine Gesundheitsstörung ist als Unfallfolge anzuerkennen, wenn der geltend gemachte Gesundheitsschaden mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststeht (BSG, Urteile vom 20. Januar 1987, Az.: 2 RU 27/86, BSGE 61, 127, 130 und vom 22. Juni 1988, Az.: 9/9a RVg 3/87, BSGE 63, 270, 271, Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, Handkommentar, § 8 SGB VII Rn. 10) und der Ursachenzusammenhang zwischen ihm und dem Arbeitsunfall hinreichend wahrscheinlich ist. Ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden (BSG, Urteile vom 02. Februar 1978, Az.: 8 RU 66/77, SozR 2200 § 548 Nr. 38 und vom 18. Dezember 1997, Az.: 2 RU 48/96, SGB 1999, 39, 40). Die Faktoren, die für den Ursachenzusammenhang sprechen, müssen die Umstände, die gegen die Kausalität sprechen, deutlich überwiegen (vgl. Schulz-Weidner, SGB 1992, 59, 64f.).

Die Klägerin hat sich bei dem Ereignis vom 16. November 2002 nachweislich Prellungen zugezogen und auf die brutale Attacke des Kunden mit einer akuten Belastungsreaktion (einem "Schock") reagiert. Diese Unfallfolgen rechtfertigten bei großzügiger Betrachtung eine einmonatige Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit. Dies hat die Beklagte zu Recht anerkannt. Danach waren die Prellungen und der Schock weitgehend abgeklungen, wie die Verwaltungsgutachter Dr. L und Dr. S sowie der SV Dr. W einmütig und überzeugend dargelegt haben.

Eine schwere posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1) mit chronischer Schmerzstörung (F 45.4) hat die Klägerin dagegen nicht erlitten. Gegen das Vorliegen einer ("schweren") posttraumatischen Belastungsstörung sprechen die unzureichende Bedrohungslage, das fehlende Vermeidungsverhalten und die zunehmende, jedenfalls stagnierende Krankheitsentwicklung.



Die posttraumatische Belastungsstörung entsteht als "Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde" (so die Definition gemäß der International Classification of Diseases [ICD-10: F 43.1], vgl. hierzu Schnyder, Entstehung und Verlauf der posttraumatischen Belastungsstörung, Med Sach 99 (2003), S. 142, 143; Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl. 2003, Kap. 5.1.3, S. 229; Zeit/Jung, Psychiatrische Anamnese im Gutachten, 2. Aufl. 2004, S. 207).

1. Problematisch ist bereits, dass der Stoß und der Sturz auf die gepflasterte Hofeinfahrt objektiv nicht existenzbedrohend waren, von der Klägerin angeblich aber als lebensgefährlich wahrgenommen wurden. Nach den strengen Kriterien des DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), einem eigenständigen Klassifizierungssystem neben dem ICD-10, läge schon deshalb keine posttraumatische Belastungsstörung vor (so Leonhardt/Foerster, Probleme bei der Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung, Med Sach 99 (2003), 150, 151; vgl. auch Senatsurteil vom 11. Februar 2004, Az.: L 17 U 248/02). Denn das DSM-IV fordert den Nachweis eines Ereignisses, das unabhängig vom Erleben des Betroffenen objektiv schwer bedrohlich war. Dies war vorliegend nicht der Fall, und das Ereignis vor der Haustür des brutalen und aggressiven Kunden ist rückblickend äußerst glimpflich ausgefallen. Dies haben die Gutachter Dr. L, Dr. S und Dr. W übereinstimmend angenommen, und auch die SV M meint implizit, dass die objektive Bedrohungssituation nicht ausreicht, um das sog. Stressorkriterium der posttraumatischen Belastungsstörung zu bejahen. Deshalb greift sie allein auf die subjektive Sicht der Klägerin zurück, die sie für stark verletzbar (vulnerabel) hält, und stützt sich auf den ICD-10.

Dieser trennt - anders als das DSM-IV - nicht so deutlich zwischen dem subjektiven und objektiven Aspekt der Bedrohungssituation, was zu Vagheiten und Interpretationsspielräumen führt (Leonhardt/Foerster, a.a.O.). Bei weiter Auslegung der ICD-10-Kriterien ließe sich daher eine Traumatisierung "möglicherweise" auch allein aus dem subjektiven Erleben begründen (Leonhardt/Foerster, a.a.O.). Stellt man ausschließlich darauf ab, wie die Klägerin den Tathergang subjektiv wahrgenommen hat (oder erlebt haben will), so ließe sich das Geschehen durchaus als außergewöhnliche Bedrohung der körperlichen Integrität auffassen. Denn immerhin blieb sie nach dem Sturz in der Novembernacht im strömenden Regen vor der Tür des Kunden angeblich hilf- und bewegungslos liegen und musste dort weitere verbale Demütigungen über sich ergehen lassen. Aus ihrer subjektiven Sicht waren weitere (körperliche?) Attacken des aggressiven Kunden nicht auszuschließen, obgleich sich ihr Ehemann um sie kümmerte und ihr gewissen Schutz bot. Der Krankenwagen traf angeblich erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung ein, und es ist nachvollziehbar, dass alles - jedenfalls nach dem subjektiven Zeitempfinden der Klägerin - lange gedauert hat. Argumentiert man in dieser Weise, so bewegt man sich jedoch auf völlig unsicherem Terrain. Denn innersubjektive Vorgänge und Vorstellungen, die der Betroffene in der Vergangenheit durchlebt haben will, lassen sich nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit beweisen. Der Vollbeweis kann nur gelingen, wenn das Unfallopfer, das immerhin ein Interesse am Ausgang des Rechtsstreits hat, überaus glaubwürdig und seine Angaben hundertprozentig glaubhaft wären. Zu diesem Personenkreis gehört die Klägerin nicht. Denn ihr gesamter Vortrag enthält erhebliche Widersprüche und Ungereimtheiten, und es ist schon sehr erstaunlich, dass die SV M apodiktisch und völlig unkritisch feststellt: "Die Aussagen der Patientin sind in ihrem Wahrheitsgehalt nicht anzuzweifeln". Denn das Verhalten der Klägerin unmittelbar nach dem Unfall ist bereits



unplausibel und folgewidrig: Einerseits will sie "ein Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß erlebt haben", andererseits lehnt sie professionelle stationäre Hilfe unter dem Hinweis auf eine "Krankenhausphobie" kategorisch ab. Zwar hat die SV M in der Kindheit der Klägerin Anhaltspunkte für die Entwicklung einer solchen Phobie gefunden (die Klägerin musste als Kleinkind stationär im Kinderkrankenhaus behandelt werden). Auf der anderen Seite war die Klägerin aber durchaus in der Lage, ihren Schlaganfallerkrankten Vater von der Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu überzeugen, konnte ihn in der Klinik drei Monate lang täglich besuchen und die SVen Dr. W und M in Krankenhäusern aufsuchen. Auch dürfte die Klägerin ihre beiden "Risikoschwangerschaften" in Krankenhäusern entbunden haben. Insofern erscheinen ihre Angaben zur ausgeprägten Krankenhausphobie - freilich nur ein Nebenaspekt - unschlüssig. Die SV M hält selbst fest, dass ihr die Klägerin bei der Familienanamnese die Schlaganfallerkrankung des Vaters absichtlich verschwiegen hat. Erst zu einem späteren Zeitpunkt offenbarte sie "überraschenderweise", dass der Vater wegen des Schlaganfalls gerade in der Klinik monatelang behandelt wurde, in der die SV arbeitet. Dass die SV dennoch den Wahrheitsgehalt der klägerischen Angaben nicht anzweifeln möchte, spricht für sich. Denn das Verhalten der Klägerin erlaubt eigentlich nur einen Schluss: Sie wollte den Krankenhausaufenthalt des Vaters und ihre täglichen Besuche verschweigen, um ihre Version von der Krankenhausphobie nicht zu erschüttern. Im Übrigen waren schon dem Chirurgen/ Unfallchirurgen O vier Tage nach dem Ereignis erhebliche Aggravationstendenzen aufgefallen, was die Glaubwürdigkeit der Klägerin und die Glaubhaftigkeit ihrer Angaben ebenfalls stark in Zweifel zieht.

Dessen ungeachtet enthält das ICD-10 aber auch ein gewisses objektives Korrektiv, weil das Ereignis nach diesem Klassifizierungssystem "nahezu bei jedem tiefgreifende Ver zweiflung auslösen" muss. "Nahezu bei jedem" bedeutet: Auch bei psychisch robusten Menschen mit überdurchschnittlich starkem Nervenkostüm. Nimmt man einen solchen Menschen zum Maßstab, so hätte ihn das Trauma, das die Klägerin erlebt hat, sicherlich nicht tiefgreifend verzweifeln lassen. Auch hierauf hat der SV Dr. W zu Recht hingewiesen. Im Ergebnis ist daher das Stressorkriterium weder nach dem ICD-10 noch nach dem DSM-IV erfüllt.

2. Außerdem fehlt ein Vermeidungsverhalten, wie es das ICD-10 fordert. Die Klägerin gibt zwar an, dass sie im Alltag weitgehend inaktiv sei und aufgrund unfallbedingter Ängste das Haus nur noch in Begleitung ihres Ehemannes verlasse. Dagegen hat ihr Ehemann dem SV Dr. W geschildert, dass sie gelegentlich selbst Auto fahre, den älteren Sohn zur Schule bringe, Besorgungen mache und in der Pizzeria (telefonische) Bestellungen entgegen nehme. Ein ausgeprägtes Vermeidungs-, Schon- und Rückzugsverhalten liegt also gar nicht vor. Dass sie in der Pizzeria gelegentlich Anrufe entgegennimmt, die an sich Erinnerungen an das Trauma wachrufen müssten, spricht dafür, dass sie den Vorfall angemessen und realistisch verarbeitet hat. Warum die fremdanamnestischen Angaben des italienischen Ehemanns zum Alltagsverhalten der Klägerin aufgrund eines "sizilianischen Ehrenkodexes" falsch sein sollen, wie die SV M annimmt, erschließt sich dem Senat nicht. Gegen die Behauptung der Klägerin, dass sie sich aufgrund anhaltender Schmerzen ständig schone, spricht schließlich entscheidend der normale Ernährungszustand von Muskulatur, Handflächen und Fußsohlen. So hat Dr. W bei der körperlichen Untersuchung an der rechten Hand Arbeitsspuren entdeckt und deutlich beschwielte Fußsohlen beschrieben, was mit einer weitgehenden Inaktivität nicht vereinbar ist. Die Glaubwürdigkeit der Klägerin ist damit stark erschüttert, was gleichzeitig ihre dramatischen Angaben zum subjektiven

Erleben des Unfalls und zum angeblich ständigen Wiedererleben der erniedrigenden Situation stark in Frage stellt, zumindest aber relativiert.

3. Kennzeichnend für eine posttraumatische Belastungsstörung ist ferner die abnehmende Krankheitsentwicklung. Unfallbedingte psychische Störungen sind direkt nach einem Unfall am stärksten ausgeprägt und bilden sich anschließend (innerhalb von zwei Jahren) langsam zurück (Schönberger u.a., a.a.O.; Zeit/Jung, a.a.O.: "decrecendo der Beschwerden"; vgl. auch Senatsurteil vom 11. Februar 2004, Az.: L 17 U 248/02). Bei der Klägerin haben sich die Symptome aber nicht zurückgebildet, obwohl sie schon recht früh fachärztlich behandelt wurde. Im Gegenteil: Die Beschwerden haben nach ihrem Vortrag trotz professioneller Therapie nicht ab-, sondern eher zugenommen, was ebenfalls gegen eine traumatische Ursache spricht.

4. Liegt mithin schon keine posttraumatische Belastungsstörung vor, so kann sich auf dieser Basis auch keine chronifizierte Schmerzstörung entwickelt haben, wie die SV M meint. Das Schmerzerleben ist - sofern es überhaupt existiert - vielmehr der Primärpersönlichkeit der Klägerin, innerehelichen Konflikten und sonstigen unbewältigten Problemen der Persönlichkeitsentwicklung anzulasten, wie Dr. W überzeugend ausgeführt hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf den §§ 183, 193 SGG.

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, weil die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür nicht gegeben sind (§ 160 Abs. 2 SGG).