

Zum Anspruch auf Gewährung traumaspezifischer Psychotherapie bei einer durch Arbeitsunfall verursachten posttraumatischen Belastungsstörung (hier: U-Bahn-Zugführer nach mehrfacher Konfrontation mit tödlichen Unfällen sich vor den Zug werfender Selbstmörder).

§ 8 Abs. 1 SGB VII, §§ 26, 27 SGB VII

Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 17.12.2009 – L 2 U 1014/05 –
Aufhebung des Urteils des SG Berlin vom 10.06.2005 – S 69 U 453/02 –

Das Urteil betrifft die angesichts prominenter Fälle in jüngster Zeit (Merckle, Enke) auch öffentlich diskutierten **psychischen Auswirkungen**, denen **Zugführer** wegen ihrer Beteiligung an **tödlichen Unfällen von Selbstmördern**, die sich vor ihren Zug geworfen haben, ausgesetzt sind. Streitig war vorliegend die Gewährung weiterer psychotherapeutischer Behandlung nach einem – anerkannten – Arbeitsunfall. Der Kläger, U-Bahn-Zugführer, hatte vor dem fraglichen Ereignis im November 1999 zuvor bereits dreimal (1993 und 1995) tödliche Unfälle dieser Art miterlebt, in zwei Fällen als betroffener Zugführer, einmal als Zeuge bei einem Nachbarzug. Im November 1999 nahm er nach seinen Angaben eine Person im Gleisbereich vor seinem Zug wahr und leitete eine Vollbremsung ein; eine verunglückte Person wurde in der Folgezeit allerdings nicht gefunden. Mit der Diagnose einer „akuten Belastungsreaktion“ bestand Arbeitsunfähigkeit.

Nachdem die Beklagte zunächst die Kosten einer psychotherapeutischen Behandlung übernommen hatte, lehnte sie mit Bescheid die Übernahme weiterer Kosten ab, da die noch vorhandene psychische Symptomatik (Alpträume, Schlafstörungen, Ängste) nicht mehr rechtlich wesentlich auf den Vorfall vom November 1999 zurückzuführen, sondern in der Persönlichkeit des Klägers begründet sei. In einer beratungsfachärztlichen Stellungnahme, die die Beklagte eingeholt hatte, war davon abgeraten worden, wegen einer „**Geistererscheinung**“ eine Therapie einzuleiten und zu bezahlen.

Das LSG hat den Anspruch des Klägers auf Gewährung weiterer psychotherapeutischer Behandlung bestätigt. Der Kläger habe im November 1999 einen **Arbeitsunfall** erlitten. Insbesondere sei eine „**äußere Einwirkung**“ zu bejahen. Da sich nach den glaubhaften Bekundungen des Klägers eine Person auf dem Gleisbett vor dem Zug befunden habe, habe für ihn die unmittelbar drohende Gefahr bestanden, erneut einen Menschen zu töten. Dies sei eine ganz **außergewöhnliche Stresssituation** gewesen und damit ein Unfallereignis durch geistig-seelische Einwirkungen.

Ferner bestehe beim Kläger nach dem Ergebnis der medizinischen Ermittlungen eine **posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1 der ICD-10)** als Unfallfolge. Der Senat hatte sich dabei mit widersprechenden Aussagen verschiedener Gutachten auseinanderzusetzen. Im Ergebnis ist das LSG den Gutachtern gefolgt, die sowohl das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung als auch die rechtlich wesentliche Ursächlichkeit des Unfalls bejaht haben.

Dagegen wurden vom Senat konkurrierenden Ursachen (familiäre und organmedizinische Belastungen) keine überragende Bedeutung zugemessen. Es erschließe sich bei den darauf abstellenden Gutachten nicht, weshalb die vom Kläger erlittenen gravierenden Unfälle, bei denen zwei Personen durch den von ihm gefahrenen Zug zu Tode gekommen seien, neben diesen verhältnismäßig nicht überragend bedeutenden persönlichen Lebensereignissen ohne Bedeutung sein sollten. Zudem seien für Zugfahrer die negativen Auswirkungen wiederholter Unfälle empirisch belegt.

Zur Frage der Anerkennung einer posttraumatische Belastungsstörung als Unfallfolge siehe auch Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 27.05.2009 – L 31 U 334/08 –, [UVR 019/2009, S. 1182 ff.](#)

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat mit Urteil vom 17.12.2009 – L 2 U 1014/05 – wie folgt entschieden:

Tatbestand

Der Kläger begehrt die Gewährung weiterer psychotherapeutischer Behandlung über den 07. Februar 2001 hinaus.

Der 1953 geborene Kläger war seit 1988 bei den B (B) tätig, seit Mai 1989 war er dabei als U Bahn-Fahrer eingesetzt worden. Am 18. Januar 1993 erlitt er bei seinem Dienst als Zugfahrer einen ersten Fahrgastunfall, als sich eine Person in selbstmörderischer Absicht vor den von ihm gefahrenen Zug stürzte, die darauf tot geborgen wurde. Im Februar 1995 wurde er Zeuge eines weiteren Fahrgastunfalles, der sich mit einem auf dem Nachbargleis einfahrenden U Bahn Zug ereignete. Am 29. Oktober 1995 erfasste er mit dem von ihm gefahrenen Zug eine ebenfalls unbekannte männliche Person, die offenbar bereits von dem vor ihm fahrenden Zug überfahren worden war und letztlich durch einen Stromstoß zu Tode kam. Mit zwei Bescheiden vom 26. August 2005 in der Fassung von zwei Widerspruchsbescheiden vom 9. Juni 2006 erkannte die Beklagte als Folgen dieser Arbeitsunfälle jeweils anteilige Restsymptome einer psychischen Belastungsreaktion im Sinne von gelegentlichen Alpträumen und einer gelegentlichen Vermeidungshaltung bei der Mitfahrt in U-Bahnen an, zugleich lehnte sie die Gewährung einer Rente ab, da die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) des Klägers nicht mindestens 20 v. H. betrage. Hiergegen richtet sich das vor dem Sozialgericht Berlin geführte Verfahren S 25 U 456/06.

Am 23. November 1999 kam es zu einem weiteren Ereignis, als dem Kläger bei seinem Dienst als Zugfahrer bei der Einfahrt in den U Bahnhof B eine Person auf den U Bahn Gleisen ersichtlich wurde, die sich nach seinen Angaben in einer Fahrgastnische verbarg, sich aber bei Einfahrt des Zuges auf die Schienen zu bewegte. Der Kläger leitete sofort eine Schnellbremsung ein. Eine verunglückte Person wurde in der Folgezeit nicht gefunden. Der Kläger wurde mit dem Verdacht auf einen Schock in das Krankenhaus N gebracht und war in der Folgezeit wegen der Diagnose "akute Belastungsreaktion" arbeitsunfähig. Der Kläger und sein Arbeitgeber, die B, erstatteten wegen des Vorfalls eine Unfallanzeige an die Beklagte. Ausweislich des Nachschauberichts des Chirurgen und Durchgangsarztes Dr. B vom 30. November 1999 wurde der Kläger zur Weiterbehandlung an einen Psychiater weitergeleitet. Die Beklagte zog Unterlagen zu den früheren Fahrgastunfällen bei und holte ein Vorerkrankungsverzeichnis, eine Aufstellung über Arbeitsunfähigkeitszeiten der Krankenkasse des Klägers, der AOK Berlin, und einen Befundbericht der Ärzte für Neurologie und Psychiatrie Z/C vom 03. Januar 2000 ein, wo der Kläger seit dem letzten Ereignis behandelt wurde und welche die Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hatten.

Der Kläger übersandte der Beklagten mit Datum vom 29. Januar 2000 ein Protokoll zum Unfall vom 23. November 1999, in welchem er beschrieb, bei der Einfahrt in den Bahnhof B eine Person zirka 25 m vom Bahnsteiganfang entfernt in einer so genannten Schlupfnische neben dem Fahr- bzw. Schienenweg bemerkt zu haben. Diese sei mit einer hellbraunen Leder- oder Stoffjacke und dunkler Hose bekleidet gewesen und habe sich in dem Moment in Richtung Schienen bzw. Gleise bewegt. Er habe im selben Moment die Notbremsung des Zuges eingeleitet und den Druckluftkurzschließer betätigt, um die Stromschiene stromlos zu schalten. Er habe über diesen Vorgang Meldung an die Leitstelle gemacht. Eine ver-

letzte Person sei allerdings nicht aufzufinden gewesen; warum, sei für ihn nicht nachvollziehbar, denn er habe diese Person zweifelfrei im Gleisbereich wahrgenommen. In einem persönlichen Gespräch mit der Beklagten vom 10. Februar 2000 gab der Kläger an, sich bei diesem Ereignis besonders an den ersten Unfall im Jahre 1993 erinnert zu haben. In dem Vermerk vom selben Tag ist ausgeführt, dass das Ereignis als Arbeitsunfall im Sinne des Sozialgesetzbuches, Siebtes Buch, Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII), anzuerkennen sei. Mit Schreiben an die AOK Berlin vom 10. Februar 2000 teilte die Beklagte mit, das Ereignis vom 23. November 1999 vorbehaltlich einer Entscheidung ihres Rentenausschusses als Arbeitsunfall anzuerkennen.

Die Beklagte bewilligte unter dem Betreff "Versicherungsfall vom 23.11.1999" bzw. "Unfall vom 23.11.1999" durch Schreiben vom 7. April 2000, 8. Juni 2000 und 26. Oktober 2000 jeweils zehn Behandlungseinheiten einer Gesprächstherapie, die der Kläger bei der Gestalt- und Körpertherapeutin, Traumatherapeutin (EMDR) Dipl. Psych. H B wahrnahm. Nach den durchgeführten 30 Therapiestunden teilte die Dipl. Psych. B mit Schreiben vom 07. Februar 2001 mit, dass die bestehende posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1 der ICD-10 - Zehnte Revision der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO -) noch nicht ausreichend behandelt sei, obwohl die bisherige Therapie bereits wirksam geworden sei. Zugleich stellte sie den Antrag auf weitere 25 Therapiestunden für tiefenpsychologisch fundierte Therapie unter Einbeziehung der Traumatherapie (EMDR – Eye Movement Desensitivation and Reprocessing).

Die Beklagte holte hierzu eine beratungsfachärztliche Stellungnahme des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. H vom 28. Februar 2001 ein, der ausführte, dass überhaupt kein Unfall stattgefunden habe, es sei auch niemand verletzt worden, sondern wegen einer Geistererscheinung, die überhaupt nicht gesichert sei, werde hier ein Arbeitsunfall anerkannt und eine Therapie bezahlt und eingeleitet. Man könne auch nicht argumentieren, dass ohne entsprechendes Schlüsselerebnis wegen der Ereignisse 1993 und 1995 Jahre später eine dadurch begründete Symptomatik aktualisiert werden könne. Er denke, dass möglichst nahtlos die Überleitung der Behandlung auf die kassenärztliche Ebene durchgeführt werden sollte. Mit Schreiben vom 15. März 2001 teilte der Beklagte daraufhin der Frau Dipl. Psych. B mit, die Kosten der weiteren Therapie nicht zu übernehmen. Nachdem der Kläger bei der Beklagten nachgefragt hatte, weshalb diese die Behandlungen nicht übernehme, teilte die Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 30. Juli 2001 mit, die Kosten der über den 07. Februar 2001 hinaus erforderlichen psychotherapeutischen Behandlung nicht zu übernehmen, da die noch vorhandene psychische Symptomatik (Alpträume, Schlafstörungen, Ängste) nicht mehr rechtlich wesentlich auf den Vorfall vom 23. November 1999 zurückzuführen sei, sondern in der Persönlichkeit des Klägers begründet sei. Hiergegen äußerte sich Frau Dipl. Psych. B mit Schreiben vom 10. August 2001, mit dem sie auf die berufsbedingten Vorfälle aus den Jahren 1993 und 1995 hinwies. Ein Abbruch der Therapie könne zu einer Chronifizierung der posttraumatischen Belastungsstörung führen. Ferner legte der Kläger gegen den Bescheid Widerspruch ein. Diesen wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 31. Mai 2002 zurück. In Übereinstimmung mit Dr. H sei nicht hinreichend wahrscheinlich, dass der Vorfall vom 23. November 1999 eine mehr als 14 monatige Behandlungsbedürftigkeit rechtlich wesentlich verursacht habe. Im Klageverfahren hat das Sozialgericht Berlin einen Befundbericht des behandelnden Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. W vom 28. April 2003 und ein Gutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. G vom 18. September 2003 eingeholt. Letzterer kam zu dem Ergebnis, dass beim Kläger eine anhaltende ängstliche Depression (Dysthymia) gemäß F 34.1 der ICD-10

sowie ein diagnostisch unterschwelliger psychisch relevanter Residualzustand vorlägen. Der unterschwellige psychisch relevante Residualzustand sei ursächlich auf die Unfälle vom 18. Januar 1993 und 29. Oktober 1995, insbesondere auf ersteren, zu beziehen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) wegen der Unfallfolgen betrage unter 5 v. H. Es habe sich kein Anhalt für eine Primärpersönlichkeitsstörung gefunden, vielmehr sei der Kläger bis zum ersten Unfallereignis unauffällig gewesen. 1999 sei er im Vorfeld des Ereignisses vom 23. November 1999 aufgrund einer sich anbahnenden Trennung und später dann auch vollzogenen Scheidung privat-familiär belastet gewesen, ferner habe sich aufgrund einer festgestellten Zuckerkrankheit eine Insulinpflichtigkeit herausgestellt und im Februar 2001 sei ein Herzinfarkt aufgetreten. Weiter sei es im Juni 2001 zu einer Lungenentzündung gekommen, deretwegen der Kläger im Juli 2003 operiert werden musste. Der Kläger habe "ab und zu tiefe depressive Löcher" für jeweils einige Tage beschrieben, in denen er sich zurückziehe und in denen sein Kopf absolut leer sei; im Zusammenhang mit diesen depressiven Zuständen habe er auf seine ab September/Oktober 1999 massiv aufgetretenen familiären Probleme hingewiesen. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei hingegen nicht zu stellen. Denn hierfür hätten sich nur Einzelsymptome der Hauptsymptomgruppenkonstellation finden lassen, nämlich Vermeidung und Hyperarousal, so dass insgesamt lediglich ein Residualzustand, maskiert als kurzfristige depressive Reaktion bzw. kurzfristige Unfallschockreaktion, festzustellen sei. Die Diagnose einer anhaltenden ängstlichen Depression habe sich auf dem Hintergrund einer affektiven Dauerbelastung durch familiäre und organmedizinisch-gesundheitliche Stressoren entwickelt und halte weiter an, diese habe mit den Unfällen nichts zu tun und bilde die Grundlage für angstinduzierte Reaktionen mit möglicher konsekutiver illusionärer Verkennung im Rahmen seiner damaligen Tätigkeit als U Bahn Fahrer am 23. November 1999.

Der Kläger brachte ein Attest der behandelnden Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie P vom 01. September 2003 bei, in dem ausgeführt ist, dass dort seit Januar 2003 eine Gesprächstherapie und eine medikamentöse Therapie durchgeführt würden, dass allerdings noch keine Besserung der Beschwerden aufgetreten sei, bisher sei keine Stabilisierung des Krankheitszustandes eingetreten. Ein psychotherapeutisches Heilverfahren in der B-Klinik ab 10. Juni 2003 hätte wegen einer akuten Lungenerkrankung abgebrochen werden müssen. Eine Traumapsychotherapie sei weiterhin erforderlich. Das Gericht hat sodann Befundberichte des Arztes für Allgemeinmedizin I vom 27. Februar 2004 und der Ärzte für Neurologie und Psychiatrie Dr. v/Dr. B vom 09. März 2004 eingeholt und den Entlassungsbericht der Klinik S, Klinik für Psychosomatische Medizin, vom 31. Januar 2004 über eine in der Zeit vom 02. Dezember 2003 bis 31. Januar 2004 durchgeführte Behandlung des Klägers beigezogen, in der als Diagnosen aufgeführt sind: Posttraumatische Belastungsstörung, Agoraphobie mit Panikstörung, somatoforme autonome Funktionsstörung (kardiovaskuläres System), depressive Episode, leichtgradig, und schädlicher Gebrauch von Nikotin. In dem Bericht ist ausgeführt, dass man eine weiterführende traumaspezifische ambulante Psychotherapie zur Stabilisierung des Behandlungserfolges und zur weiteren Aufarbeitung der traumatischen Lebensereignisse empfehle. Beigezogen wurden ferner von der C, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie, ein Bericht vom 11. Mai 2004 über eine Vorstellung des Klägers am selben Tage sowie ein Entlassungsbericht der Ärzte v B/Prof. Dr. Dr. D/Prof. Dr. K vom 04. und 18. Juni 2004 über eine vom 25. Mai bis 04. Juni 2004 durchgeführte stationäre Behandlung des Klägers. Der Kläger leide an einem posttraumatischen Belastungssyndrom und habe im Rahmen seines Aufenthaltes an Einzel- und Gruppentherapien teilgenommen.

Das Gericht hat zu den beigezogenen Unterlagen zwei Rückäußerungen des Dr. G vom 14. Juni 2004 und 11. Oktober 2004 eingeholt, der ausführte, an seiner Einschätzung festzuhalten. Es gebe mittlerweile Hinweise auf ein bewusst aggravatorisches Verhalten des Klägers. Dass Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung vorlägen, habe er bereits in seinem Gutachten mitgeteilt, insofern bedeute auch die Stellungnahme der C im Prinzip nichts Neues. Das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung sei jedoch weiterhin nicht zu erkennen. In den Berichten der C seien psychopathologischerseits Merkmale für eine inzwischen eingetretene andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung nicht aufgeführt worden. Der psychopathologische Befund der Klinik S stimme mit den von ihm erhobenen Befunden überein.

Mit Urteil vom 10. Juni 2005 hat das Sozialgericht Berlin die Klage daraufhin abgewiesen. Das Ereignis vom 23. November 1999 habe keine lang andauernden gesundheitlichen Folgen für den Kläger gehabt, so dass die Beklagte auch nicht verpflichtet sei, wegen der Folgen des anerkannten Arbeitsunfalls vom 23. November 1999 psychotherapeutische Heilbehandlung über den 07. Februar 2001 hinaus zu erbringen. Dies ergebe sich aus den Ausführungen der Dres. H und G.

Gegen dieses ihm am 28. Juni 2005 zugegangene Urteil richtet sich die am 26. Juli 2005 eingegangene Berufung des Klägers. Der Kläger verweist auf die Ausführungen der im vorliegenden Berufungsverfahren gehörten Gutachterin Dr. D und des in einem Rentenrechtsstreit von der 14. Kammer des Sozialgerichts Berlin befragten Gutachters Prof. Dr. R Z.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 10. Juni 2005 und den Bescheid der Beklagten vom 30. Juli 2001 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 31. Mai 2002 aufzuheben und über den 07. Februar 2001 hinaus eine traumaspezifische Langzeitbehandlung bei Frau Dipl.-Psych. B oder einem anderen Therapeuten/einer anderen Therapeutin im Umfang von bis 100 Stunden zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise das Verfahren auszusetzen bis zur rechtskräftigen Entscheidung im Verfahren S 25 U 456/06 vor dem Sozialgericht Berlin.

Die Beklagte ist weiter der Auffassung, dass Behandlungsbedürftigkeit über den 07. Februar 2001 hinaus nicht bestehe und verweist auf Prof. Dr. G und Dr. G.

Das Gericht hat aus dem vor dem Sozialgericht Berlin geführten Verfahren S 14 R 2331/05, gerichtet auf die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente, ein Gutachten des Arztes für Psychiatrie Prof. Dr. R Z vom 16. März 2007 beigezogen, der ausführte, dass beim Kläger eine posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, eine Angststörung mit gelegentlichen Panikattacken, eine Somatisierungsstörung, diverse orthopädische Funktionsstörungen und einige internistische Erkrankungen sowie Adipositas und Fehlsichtigkeit vorlägen. Die psychischen Störungen seien als reaktive Entwicklung infolge traumatischer Erlebnisse einzuordnen. Es sei deutlich geworden, dass das dritte Ereignis die zuvor nicht bearbeiteten Traumafolgen wieder habe reaktivieren können und es förmlich zu einer Dekompensation ge-

kommen sei, da der Kläger ausreichende Kompensationsmöglichkeiten nicht mehr zur Verfügung gehabt habe. Es bestehe beim Kläger eher die Neigung, seine Einschränkungen zu bagatellisieren, während er keine Hinweise für eine unbewusste Aggravation oder für eine Simulation gefunden habe.

Die psychischen Störungen des Klägers seien in der Vergangenheit nur kurzfristig (2000 2001) adäquat ambulant behandelt worden. Erhebliche Potentiale seien hier in der Vergangenheit nicht genutzt worden, was allerdings nicht aufgrund mangelnder Motivation oder Willensanstrengung des Klägers geschehen zu sein scheine. Die Behandlungsoptionen seien bei weitem nicht ausgeschöpft. Eine intensive ambulante, spezifische psychotherapeutische Behandlung sei aus nervenärztlicher Sicht für einen deutlich längeren Zeitraum dringend indiziert. Nach etwa 24 monatiger Behandlung sei die Wiederherstellung einer vollschichtigen Leistungsfähigkeit ausreichend wahrscheinlich. Nur eine intensiviertere spezifische Behandlung könne zu einer psychischen Stabilisierung und Besserung des Zustandes des Klägers führen. Der Kläger werde für die relevante psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung als ausreichend motiviert angesehen. Die Prognose der psychiatrischen Erkrankungen sei als grundsätzlich gut anzusehen, wenn eine angemessene Behandlung durchgeführt werde. Insofern könne aus gutachterlicher Sicht sinnvoller Weise eine Berentung auf Zeit empfohlen werden, innerhalb derer aber unbedingt eine angemessene psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden müsste.

Das Gericht hat ferner ein Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. G vom 07. Mai 2007 eingeholt, der zu dem Ergebnis kam, dass beim Kläger im psychiatrischen Bereich somatoforme und phobische Störungen sowie ein Zustand nach akuten traumatischen Belastungsreaktionen in 1993, 1995 und 1999 bestünden. Der Zustand nach akuten traumatischen Belastungsreaktionen sei im Sinne einer erstmaligen Entstehung durch die Unfallereignisse zu werten, es sei jedoch davon auszugehen, dass diese akuten posttraumatischen Belastungsreaktionen abgeklungen seien, denn eine akute Belastungsreaktion (F 43.0) sei eine vorübergehende Störung, die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklinge. Eine psychopathologisch relevante Aufsummierung der Vorerlebnisse sei nicht feststellbar, da nach diesen Ereignissen klinisch relevante Symptome nicht aktenkundig seien. Für eine posttraumatische Belastungsstörung fehle es an den erforderlichen Symptomen, die neben dem geeigneten Trauma vorliegen müssten. Der Zustand nach akuten traumatischen Belastungsreaktionen hätte zu keiner unfallbedingten Behandlungsbedürftigkeit für die Zeit ab 08. Februar 2001 geführt.

Das Gericht hat sodann ein Gutachten der Dipl. Psych. Dr. D vom 03. März 2008 eingeholt, die zu dem Ergebnis kam, dass der Kläger aktuell unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leide, die ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 18. Januar 1993 zurückzuführen sei. Es hätten seither durchgehend Brückensymptome in Form von Albträumen und andauernder Übererregung mit erhöhter Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit bestanden. In der wissenschaftlichen Literatur werde explizit darauf hingewiesen, dass Ereignisse, die dem ursprünglichen Ereignis ähnelten, dazu geeignet seien, eine andauernde posttraumatische Belastungsstörung hervorzurufen, sogar dann, wenn die ursprüngliche Erfahrung gut kompensiert sei und bisher keine Krankheitssymptome vorlägen. Für Zugfahrer seien die negativen Auswirkungen von wiederholten Unfällen empirisch belegt. Mit Dr. G bestehe im Hinblick auf die Einschätzung des Ausmaßes der aktuellen Störung keine Übereinstimmung. Veränderungen des von ihm angenommenen unterschwelligen Residualzustandes der Störung, die eine aktuelle posttraumatische Belastungsstörung auswiesen, seien von ihm nicht wahrgenommen worden. Vielmehr sei er davon ausgegangen, dass die Diagnose eine Fol-

ge der Aggravation des Klägers sei. Hierauf habe es jedoch keine Hinweise gegeben, auch Prof. Dr. Z habe derartiges ausdrücklich nicht feststellen können. Bei der von Dr. G zugrunde gelegten Aggravation handele es sich um eine Spekulation, die weder von den Behandlern noch von Gutachterseite bestätigt würde.

Der Kläger habe nach dem ersten Unfall u. a. aufgrund des Umstandes, dass er seinerzeit seine spätere Frau kennen gelernt habe, die drei Kinder mit in die Ehe gebracht habe, die Möglichkeit gehabt, seine Symptome zu kompensieren. Die traumatische Erfahrung sei aber nicht integriert worden, sondern als impliziter Gedächtnisinhalt in unverarbeiteter Rohform gespeichert worden. In der Folgezeit hätten fortlaufend Brückensymptome bestanden. Im zeitlichen Zusammenhang mit dem dritten Fahrgastunfall im November 1999 seien auch Partnerschaftskonflikte aufgetreten, die durch seinen unfallbedingten Rückzug und seine Reizbarkeit gegenüber den Familienmitgliedern verschärft worden seien. Durch die Trennung von seiner Frau seien Kompensationsmöglichkeiten entfallen, die ihm bei der Bewältigung des ersten Unfalls geholfen hätten. Der Wegfall von privaten und beruflichen Kompensationsmöglichkeiten habe zwar den Verlauf der Erkrankung ungünstig beeinflusst, sei aber nicht ursächlich für die Störung geworden. Vielmehr seien bestimmte soziale Probleme erst als Folge der Erkrankung aufgetreten. Eine Änderung der Wesensgrundlage der Erkrankung sei nicht festzustellen.

Eine traumaspezifische therapeutische Behandlung bei Frau Dipl. Psych. B habe damals seine Symptomatik deutlich verbessert. Die Behandlung hätte jedoch nach 30 Stunden abgebrochen werden müssen, da die Beklagte eine Weiterfinanzierung abgelehnt habe. Es solle erwähnt werden, dass der Stundenumfang von 30 Stunden einer Kurzzeittherapie entspreche, die zur Behandlung von chronifizierten Beschwerden nach klinischer Erfahrung nicht ausreichend sei. Das Stundenkontingent der Krankenkassen betrage in vergleichbaren Fällen den Zeitrahmen der Langzeittherapie, der je nach Richtlinien der Verfahren bis zu 100 Stunden betragen könne. Die zuständige Krankenkasse habe den Kläger dann zu einer anderen Psychotherapeutin vermittelt, welche die hilfreichen Interventionen aus der ersten Therapie jedoch nicht aufgegriffen habe, vermutlich in erster Linie supportiv gearbeitet und die eigentliche Störung nicht behandelt habe. Erwartungsgemäß hätten sich hierdurch die posttraumatischen Beschwerden nicht reduziert. Es sei erneut zu einer Verschlechterung des seelischen Leidens gekommen. Der Behandlungsverlauf sei als weiterer deutlicher Hinweis auf den posttraumatischen Charakter der Störung zu interpretieren. Eine deutliche Besserung trete nur ein, wenn der Kläger mit traumaspezifischen Interventionen behandelt werde, die er auch selbst als sehr hilfreich erlebt habe. Dies stehe im Einklang mit wissenschaftlichen Ergebnissen, die gezeigt hätten, dass supportive und unspezifische Behandlungen der posttraumatischen Belastungsstörung keine Veränderung der Symptome bewirkten. Behandlungsbedürftige Beschwerden hätten insgesamt seit dem ersten Unfall vom 18. Januar 1993 vorgelegen. Diese Behandlungsbedürftigkeit bestehe seither, also auch ab dem 08. Februar 2001, durchgehend.

Das Gericht hat ferner ein vom Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. A, S Kliniken B, am 18. Juli 2008 erstelltes Gutachten aus dem vor dem Sozialgericht Berlin geführten Verfahren S 25 U 456/06, in dem eine Verletztenteilrente begehrt wird, beigezogen. Dieser kam zu dem Ergebnis, dass beim Kläger eine Dysthymia (F 34.1 der ICD-10) vorliege, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weder im Sinne der erstmaligen Entstehung noch im Sinne der wesentlichen Verschlimmerung eines unfallunabhängigen Leidens auf die Ereignisse vom 18. Januar 1993 und vom 25. Oktober 1995 zurückzuführen sei. Durch das weitere Unfallereignis vom 23. November 1999 sei es zu einer vorübergehenden Verschlimme-

rung der Folgen der beiden erstgenannten Unfälle gekommen, diese Symptomatik sei jedoch nur vorübergehend gewesen. Unfallbedingte Gesundheitsstörungen seien abgeklungen. Eine posttraumatische Belastungsstörung sei formal und inhaltlich nicht zu sichern.

Hierzu hat Dr. D in einer Rückäußerung vom 10. Oktober 2008 ausgeführt, die Beurteilung des Dr. A für nicht nachvollziehbar zu halten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf die Schriftsätze der Beteiligten nebst Anlagen und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie den der Verwaltungsakten der Beklagten, die vorlagen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe

Die Berufung des Klägers ist zulässig und begründet. Der Kläger hat Anspruch auf die Gewährung einer psychotherapeutischen Behandlung im tenorierten Umfang. Das entgegenstehende erstinstanzliche Urteil und die angefochtenen Bescheide sind rechtswidrig und waren daher aufzuheben.

Nach §§ 26 Abs. 1, 27 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, Siebtes Buch, Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII), haben Versicherte nach Eintritt eines Leistungsfalles Anspruch auf Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zu der u. a. ärztliche Behandlung gehört. Die Voraussetzungen für die hiernach grundsätzlich zu gewährende ärztliche Behandlung sind im Falle des Klägers gegeben. Denn der Kläger benötigt wegen der Folgen des am 23. November 1999 erlittenen Unfalls über den 07. Februar 2001 hinaus weiterhin und fortlaufend psychotherapeutische Behandlung.

Der Kläger hat am 23. November 1999 einen Arbeitsunfall erlitten. Für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls ist in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist, dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis dem Unfallereignis geführt hat und dass das Unfallereignis einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat; das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens ist hingegen keine Voraussetzung für die Anerkennung als Arbeitsunfall, sondern für die Gewährung einer Verletztenrente (BSG, Urteile vom 09. Mai 2006, Az. B 2 U 1/05 R, und vom 30. Januar 2007, Az.: B 2 U 8/06 R, USK 2007- 17, zitiert hier und im Folgenden jeweils nach juris.de).

Der Kläger stand im Unfallzeitpunkt aufgrund seiner Tätigkeit als U-Bahnfahrer unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Bei dem Ereignis handelt es sich auch um einen Unfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung. Unfälle sind nach § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Das Erfordernis des Unfallereignisses dient der Abgrenzung zu Gesundheitsschäden aufgrund von inneren Ursachen, wie z. B. Herzinfarkt, Kreislaufkollaps usw., wenn diese während der versicherten Tätigkeit auftreten, sowie zu vorsätzlichen Selbstschädigungen. Für ein Unfallereignis im Sinne des SGB VII ist kein besonderes, ungewöhnliches Geschehen erforderlich. Das BSG hat eine äußere Einwirkung z.B. angenommen bei einer als außergewöhnliche Anstrengung in einer betriebsbezogenen Stresssituation zu bewertenden Arbeit (Hausschlachtung) durch den Versicher-

ten, wenn dies zu erheblicher Atemnot führt, der Versicherte zusammenbricht und innerhalb einer Stunde verstirbt (BSG, Urteil vom 27. Oktober 1987, Az. 2 RU 35/87, SozR 62, 220). Eine Einwirkung wurde auch bejaht bei einem körperlich anstrengenden Heben einer Bohrsonde, währenddessen der Versicherte auf einmal einen Schmerz im Halsbereich verspürte; hier wurde lediglich später der Ursachenzusammenhang mit der anschließend aufgetretenen Subarachnoidalblutung verneint (BSG, Urteil vom 02. Mai 2001, Az.: B 2 U 18/00 R, HVBG-Info 2001, 1713). Im Falle eines Steinmetzes, der beim Abräumen einer Grabstätte versucht hatte, einen etwa 70 kg schweren, festgefrorenen Stein hochzuheben, hat das BSG eine zeitlich begrenzte, äußere Einwirkung auf den Körper im Sinne des Unfallbegriffes aufgrund der unsichtbaren Kraft bejaht, die der schwere und festgefrorene Stein dem Versicherten entgegengesetzt habe (BSG, Urteil vom 12. April 2005, Az.: B 2 U 27/04 R, SozR 4 2700 § 8 Nr. 15). Von einer Einwirkung von außen wurde ferner ausgegangen bei der Aufnahme von Nahrung, die aufgrund des Bestehens einer Nussallergie zu einem anaphylaktischen Schock mit Kreislaufstillstand und aufgrund dessen zum Tod führte. Begründet wurde dies damit, dass durch die Situation während des geschäftlichen Abendessens mit gleichzeitiger Plenarsitzung, die noch dazu in englisch stattgefunden habe, die Aufmerksamkeit des Versicherten auf die Gesprächsinhalte gelenkt und seine Konzentration hinsichtlich der Nahrungsaufnahme herabgesetzt worden sei, weshalb es sich insgesamt gesehen nicht um eine alltägliche Situation und ein alltägliches Geschehen gehandelt habe (BSG, Urteil vom 30. Januar 2007, Az.: B 2 U 8/06 R, a.a.O.). Ein Unfallereignis durch geistig-seelische Einwirkungen wurde bejaht im Falle eines plötzlichen Herztodes anlässlich der Vernehmung eines versicherten Selbständigen in einem Zivilprozess; dieser habe in einer außergewöhnlichen Stresssituation gestanden, weil der Zivilprozess für ihn von existenzieller Bedeutung gewesen und er von den Anwälten der Gegenpartei heftig attackiert worden sei (BSG, Urteil vom 18. März 1997, Az.: 2 RU 23/96, SozR 3 2200 § 539 Nr. 39).

Unter Zugrundelegung dieses weiten Unfallbegriffes war vorliegend eine äußere Einwirkung im Sinne der Unfalldefinition zu bejahen. Bei dem in Frage stehenden Ereignis begegnete dem Kläger am 23. November 1999, als er mit dem von ihm gefahrenen Zug in den Bahnhof "B" einfuhr, auf dem Gleisbett eine ihm unbekannt Person. Diese Situation war, da sich die Person auf den einfahrenden Zug zu – und nicht etwa weg – bewegte sowie weiterhin aufgrund der Enge in dem U-Bahn-Tunnel, für die Person mit höchster Lebensgefahr und für den Kläger mit der unmittelbar drohenden Gefahr, (erneut) eine Person zu töten, verbunden. Dieser Sachverhalt steht zur Überzeugung des Gerichts fest aufgrund der Angaben des Klägers. Auch wenn das sozialgerichtliche Verfahren die Parteivernehmung nicht als Beweismittel kennt, sind jedoch die Gerichte unter den Voraussetzungen des §§ 106 Abs. 1, 111 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) verpflichtet, die Beteiligten zu hören und in geeigneten Fällen auch den Sachvortrag der Beteiligten bei ihrer Überzeugungsbildung zu verwenden und hierauf ihre Entscheidungsbildung zu stützen, wenn er ihnen glaubhaft erscheint, der Lebenserfahrung entspricht und nicht entscheidend zu anderen festgestellten Tatsachen in Widerspruch steht (BSG, Beschluss vom 10. Februar 1998, Az. B 2 U 2/98 B, Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Sozialgerichtsgesetz, 9. Aufl. 2008, § 128 Rdnr. 4). Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben vermochte das Gericht sich voll auf die Angaben des Klägers zu stützen. Denn der Kläger hat den Hergang zum einen zeitnah ausführlich, detailreich und glaubhaft beschrieben, wie der Unfallanzeige vom 6. Dezember 1999, seinem "Protokoll zum Unfall" vom 29. Januar 2000 und etwa auch dem Befundbericht seiner behandelnden Ärzte für Neurologie und Psychiatrie Z/C vom 03. Januar 2000 zu entnehmen ist. Er hat zum anderen diese Schilderung in der mündlichen Verhandlung am 17. Dezember 2009 wiederholt und dabei einen in jeder Hinsicht glaubwürdigen Eindruck gemacht, insbesondere waren auch keine Ausschmückungen oder Dramatisie-

rungen gegenüber seinen Erstangaben festzustellen. Es gibt keine Feststellungen, die gegen die Richtigkeit des berichteten Hergangs sprechen, und es handelt sich bei dem Umstand, dass sich auf den Gleisen des öffentlichen Nahverkehrs – aus welchen Gründen auch immer - Personen aufhalten, auch nicht um ein ungewöhnliches Geschehen, wie nicht zuletzt vom Kläger sogar unter Beweisantritt dargelegt wurde. Damit lag im vorliegenden Fall ein Ereignis vor, das für den Kläger aufgrund der unmittelbaren und höchsten Gefahr, erneut eine Person zu töten, eine ganz außergewöhnliche Stresssituation darstellte, und damit jedenfalls ein Unfallereignis durch geistig-seelische Einwirkungen, vergleichbar demjenigen im oben geschilderten Fall eines plötzlichen Herztodes anlässlich der Vernehmung eines Versicherten in einem Zivilprozess.

Dieses Unfallereignis hat zu einem Gesundheitserstschaden beim Kläger geführt, der mit Verdacht auf Schock von der Feuerwehr in das Krankenhaus Neingeliefert und in der Folgezeit durch die Ärzte für Neurologie und Psychiatrie Z/C wegen der Diagnose "Akute Belastungsreaktion" "(F430)" für arbeitsunfähig erklärt wurde; in ihrem Befundbericht vom 3. Januar 2000 betonen die Ärzte, dass die nervenärztliche Behandlung und die Arbeitsunfähigkeit "ausschließlich" auf den berufsbedingten Vorfall zurückzuführen seien. Ferner besteht beim Kläger nach dem Ergebnis der medizinischen Ermittlungen eine posttraumatische Belastungsstörung (- PTBS - F 43.1 der ICD-10). Dies ist bewiesen aufgrund der Feststellungen der Prof. Dr. Z in dessen Gutachten vom 16. März 2007, der (beginnend auf Seite 27 seines Gutachtens) ausführt, dass "eindeutig das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung zu diagnostizieren" sei. Dessen Ausführungen und den hierfür gegebenen überzeugenden Begründungen schließt sich das Gericht an. Auch Dr. D kam in ihrem Gutachten vom 03. März 2008 zu dem Ergebnis, dass beim Kläger eine PTBS vorliegt. Schließlich besteht hinsichtlich der Diagnose auch Übereinstimmung mit den Ausführungen der Ärzte der Klinik S, Klinik für Psychosomatische Medizin, in deren Entlassungsbericht vom 31. Januar 2004 über die in der Zeit vom 02. Dezember 2003 bis 31. Januar 2004 durchgeführte Behandlung und den behandelnden Ärzten der Charité, die in ihrem Entlassungsbericht vom 18. Juni 2004 ebenfalls eine posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1) feststellten.

Dieser Gesundheitsschaden in Form der zunächst festgestellten akuten Belastungsreaktion und der in der Folgezeit diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung ist auch durch das Unfallereignis rechtlich wesentlich verursacht worden. Gesundheitsstörungen infolge eines versicherten Ereignisses können dann anerkannt werden, wenn sie mit Wahrscheinlichkeit zumindest ihre wesentliche Teilursache in dem versicherten Unfallereignis haben. Eine solche hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSGE 19, 52; 32, 203, 209; 45, 285, 287) liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände die für den wesentlichen Ursachenzusammenhang sprechenden so stark überwiegen, dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann und ernstliche Zweifel ausscheiden. Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang positiv festgestellt werden muss und dass es keine Beweisregel gibt, wonach bei fehlender Alternativursache die naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist (BSG SozR Nr. 41 zu § 128 SGG; BSG SozR Nr. 20 zu § 542 RVO a. F.; BSGE 19, 52, 56; BSG SozR 3 1300 § 48 Nr. 67). Der Gesundheitsschaden des Klägers ist – jedenfalls auch - durch das vorliegend angeschuldigte Ereignis vom 23. November 1999 rechtlich wesentlich verursacht worden. Das Gericht schließt sich auch insoweit den Feststellungen des Prof. Dr. Z in dessen Gutachten vom 16. März 2007 und der Dr. D in ihrem Gutachten vom 03. März 2008 an, die übereinstimmend ausführten, dass die beim Kläger vorliegende posttraumatische Belastungsstörung ursächlich auf die Fahrgastunfälle zurückzuführen ist. Prof. Dr. Z führt

hierzu aus, dass die PTBS, ebenso wie die daneben von ihm festgestellte rezidivierende Störung, die Angststörung mit gelegentlichen Panikattacken und eine Somatisierungsstörung, als reaktive Entwicklung infolge traumatischer Erlebnisse einzuordnen seien, die er allein in den Fahrgastunfällen sieht (Bl. 26 seines Gutachtens). Dr. D beschreibt, dass die PTBS ursächlich auf den ersten Arbeitsunfall vom 18. Januar 1993 zurückzuführen sei; der Unfall vom 23. November 1999 stelle eine Retraumatisierung dar und habe zu der Verschlimmerung des seelischen Leidens in seiner jetzigen Form geführt. Vorliegend unschädlich für den geltend gemachten Anspruch ist, dass die Verursachungsbeiträge der drei Fahrgastunfälle nicht mehr abgrenzbar sind. Grundsätzlich setzt zwar die Annahme einer Verschlimmerung ggf. vorbestehender Gesundheitsstörungen voraus, dass der Vorschaden und der unfallbedingte Verschlimmerungsanteil abgrenzbar sind (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, Az. B 2 U 1/05 R). Dies steht dem geltend gemachten Anspruch jedoch dann nicht entgegen, wenn der Vorschaden ebenfalls auf versicherte Arbeitsunfälle rückführbar ist, die zudem – wie vorliegend – von der Beklagten als Arbeitsunfälle anerkannt sind und wenn eine Rückführbarkeit auf andere Ursachen - wie für den Kläger noch ausgeführt wird – nicht in Betracht kommt.

Die beim Kläger festgestellten Gesundheitsstörungen sind auch nicht derart auf konkurrierende Ursachen von überragender Bedeutung (vgl. zu diesen Voraussetzungen BSG, Urteil vom 9. Mai 2006, Az. B 2 U 1/05 R) rückführbar, dass den Fahrgastunfällen daneben nicht zumindest das Gewicht einer rechtlich wesentlichen Teilursache zukäme. Zu einer derartigen Wertung kam allerdings Dr. G, der die von ihm gestellte Diagnose einer anhaltenden ängstlichen Depression lediglich vor dem Hintergrund einer "affektiven Dauerbelastung durch familiäre und organmedizinisch-gesundheitliche Stressoren" sah. Dem kann jedoch nicht gefolgt werden, da hierfür eine überzeugende Begründung nicht gegeben wurde. Für die Einschätzung der familiären Belastung ist lediglich bekannt, dass es sich um die Scheidung einer nur relativ kurzzeitigen Ehe ohne gemeinsame Kinder handelte, finanzielle Belastungen infolge der Trennung wurden nicht berichtet. Als Erkrankungen von Gewicht werden ein - allerdings erst 2001 erlittener - Herzinfarkt und eine Insulinpflichtigkeit berichtet, ohne dass hier deutlich wurde, weshalb der Kläger wegen dieser Erkrankungen in besonderem Maße psychisch beeinträchtigt worden sein soll. Es erschließt sich in keiner Weise, weshalb die vom Kläger erlittenen gravierenden Fahrgastunfälle, bei denen zwei Personen durch den von ihm gefahrenen Zug zu Tode kamen, neben diesen verhältnismäßig nicht überragend bedeutenden persönlichen Lebensereignissen ohne Bedeutung sein sollen. Letztlich überzeugte hier das Gutachten der Dr. D mehr, weil diese eine umfassende Gesamtwürdigung der persönlichen und gesundheitlichen Situation des Klägers, der stattgefundenen Behandlungsmöglichkeiten und der erhobenen psychopathologischen Befunde vornahm, wonach sich die Entwicklung der Erkrankung mit geringen Symptomen nach dem schwersten Ereignis im Januar 1993 und schwerer Ausprägung erst nach dem Ereignis von November 1999, bei dem ein Personenschaden bei einem Fahrgast nicht feststellbar war, eben nicht dahin interpretieren lässt, dass der Kläger nach dem ersten Ereignis keine dauerhaften Beeinträchtigungen davongetragen habe, während sich erst im Zusammenhang mit familiären Problemen ab September/Oktober 1999 die psychische Erkrankung deutlicher gezeigt habe. Überzeugender war hier die Argumentation der Dr. D, dass dies lediglich vor dem Hintergrund entfallener eigener Kompensationsmöglichkeiten zu würdigen und ohne Einfluss auf die Ursächlichkeit der Unfälle sei. Auch Prof. Dr. Z würdigte zwar die persönliche Situation des Klägers insbesondere in Bezug auf seine Beziehungen, führte aber die gesundheitlichen Einschränkungen des Klägers hierauf nicht ursächlich zurück, als er z. B. darlegte, dass erst das dritte Ereignis (also der hier streitige Unfall) offenkundig zu einer dauerhaften psychischen Krise des Klägers geführt habe.

Das Gericht schließt sich insgesamt den Feststellungen dieser Gutachter Prof. Dr. Z als auch der Dr. D an. Die Gutachten des Prof. Dr. Z und der Dr. D sind ausgesprochen sorgfältig und besser begründet als die übrigen Gutachten, die insgesamt weder der Schwere der beruflich bedingten Ereignisse noch deren Einbettung in die Gesamtsituation des Klägers gerecht werden und in denen zum Teil, so wie von Dr. H in dessen Stellungnahme vom 28. Februar 2001 und von Dr. A, das dritte Ereignis nicht für relevant erachtet wird, und zwar allein mit der – aus den oben ausgeführten Gründen fehlerhaften – Begründung, dass "offensichtlich kein Unfall" stattgefunden habe. Eine nachvollziehbare und überzeugende Gesamtwürdigung ist hingegen insbesondere der Gutachterin Dr. D gelungen. Allein Dr. D hat auch die Entwicklung des Klägers in seinem privaten Bereich in einen nachvollziehbaren Zusammenhang zu den erlittenen Fahrgastunfällen gesetzt, als sie ausführte, dass im unmittelbaren zeitlichen Anschluss an den ersten und gravierendsten Unfall der Kläger seine spätere Frau kennen gelernt habe, die drei Kinder in die Ehe gebracht habe, und dass es ihm aufgrund des Familienlebens seinerzeit möglich gewesen sei, Symptome zu kompensieren. Diese Bewältigungsmöglichkeiten seien dann beim letzten Ereignis im Jahre 1999 nicht mehr vorhanden gewesen, da jedenfalls im zeitlichen Zusammenhang hiermit Eheprobleme aufgetreten seien, die letztlich zur Scheidung geführt haben. Nachvollziehbar begründet Dr. D jedoch, dass dieser Wegfall eigener Bewältigungsmöglichkeiten an der Wesentlichkeit der Verursachung der Störungen durch die Fahrgastunfälle nichts ändert und dass eine Wesensverschiebung der Erkrankung nicht vorgelegen habe. Allein Dr. D hat auch die bislang erfolgten Behandlungen des Klägers gewürdigt und hierzu nachvollziehbar ausgeführt, dass dem Kläger tatsächlich nur traumaspezifische Behandlungen geholfen haben, was wiederum ein weiteres Indiz für die traumatische Verursachung seiner Erkrankung sei. Hingegen habe die von der Krankenkasse finanzierte nicht traumaspezifische Behandlung zu keiner Besserung geführt.

Den übrigen Gutachtern konnte hingegen nicht gefolgt werden. Die Stellungnahme des von der Beklagten gehörten Dr. H ist angesichts der gravierenden stattgefundenen Ereignisse völlig unzureichend, sie enthält, da nach Aktenlage gefertigt, keinen eigenen Befund und ist auch in der Wortwahl indiskutabel. Die Einschätzungen des Prof. Dr. G und des Dr. A sind insgesamt, insbesondere auch im Hinblick auf die Anamnese und die Gesamtwürdigung des Geschehens, deutlich knapper und aus den aufgeführten Gründen weniger überzeugend als die der Dr. D und des Prof. Dr. Z.

Das Ereignis vom 23. November 1999 war auch geeignet, den beim Kläger bestehenden Gesundheitsschaden zu verursachen. Zum einen gibt es bereits grundsätzlich keinen Rechts- oder Erfahrungssatz, wonach ein als geringfügig beurteiltes Trauma stets als bloße Gelegenheitsursache anzusehen ist (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006, a. a. O.). Abgesehen davon steht die Eignung des Ereignisses auch fest aufgrund der Ausführungen der Dr. D, die unter Angabe von mehreren Nachweisen in der medizinisch-wissenschaftlichen Literatur ausführte, dass Ereignisse, die einem ursprünglichen Ereignis ähnelten, geeignet seien, eine andauernde PTBS hervorzurufen, und zwar sogar dann, wenn die ursprüngliche Erfahrung gut kompensiert sei und bisher keine Krankheitssymptome vorlagen. Für Zugfahrer seien darüber hinaus die negativen Auswirkungen wiederholter Unfälle empirisch belegt. Das Gericht schließt sich auch diesen Ausführungen an, denn sie sind in jeder Hinsicht nachvollziehbar und überzeugend, während eine abweichende wissenschaftlich begründete Ansicht weder durch die Beklagte noch durch die anderen Gutachter dargelegt worden ist. Die PTBS ist auch weiterhin behandlungsbedürftig. Insbesondere Prof. Dr. Z hat ausgeführt, dass nur eine intensiviertere spezifische Behandlung zu einer psychischen Stabilisie-

rung und Besserung des Zustandes des Klägers führen kann. Eine derartige Behandlung hat der Gutachter sogar für unbedingt erforderlich angesehen. Er hat ebenso wie Dr. D ausgeführt, dass die bislang erfolgten Behandlungen nicht ausreichend gewesen sind, obgleich der Kläger selbst insoweit durchaus motiviert sei. Das Gericht schließt sich auch insoweit den Feststellungen dieser Gutachter an, zumal auch die Ärzte der Klinik S, in welcher der Kläger immerhin fast zwei Monate in Behandlung war, eine weitergehende traumaspezifische Behandlung des Klägers empfohlen und für erforderlich gehalten haben.

Zur Dauer der Behandlung hat Dr. D ausgeführt, dass in vergleichbaren Fällen eine Langzeitbehandlung im Umfang von etwa 100 Stunden gewährt würde. Prof. Dr. Z hat eine Behandlung jedenfalls für einen deutlich längeren als den bisher gewährten Zeitraum für dringend indiziert gehalten. Er hat eine Berentung auf Zeit für zwei Jahre empfohlen, innerhalb der unbedingt eine angemessene psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden müsse. Der von Prof. Dr. Z angesetzte Zeitraum von zwei Jahren entspricht bei wöchentlicher Behandlung dem von Dr. D angegebenen Umfang von etwa 100 Zeitstunden, so dass hierauf abzustellen war. Dr. Z hat einen kürzeren Zeitraum auch nicht etwa deswegen für erforderlich gehalten, weil die Beklagte vor Jahren bereits einmal eine Kurzzeittherapie gewährleistet hat, so dass insoweit nichts in Abzug zu bringen war.

Dem Hilfsantrag der Beklagten, die Entscheidung über die Behandlung des vor über zehn Jahren erlittenen Unfalls auszusetzen bis zur Entscheidung über die Frage, ob aufgrund noch weiter zurückliegender und grundsätzlich als Arbeitsunfälle anerkannter Ereignisse eine Rente zu gewähren ist, war nicht stattzugeben. Eine Vorgreiflichkeit der Frage der Rentengewährung für das vorliegende auf Behandlung gerichtete Verfahren bestand nicht.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf § 193 SGG, sie folgt dem Ergebnis in der Hauptsache.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG liegen nicht vor.