L 3 U 305/09

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 25 U 1061/07
Datum
02.10.2009
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 305/09
Datum
23.01.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 02. Oktober 2009 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Weitergewährung einer Verletztenrente auf unbestimmte Zeit wegen der Folgen eines anerkannten Arbeitsunfalls aus dem Jahr 2000.

Die 1985 geborene Klägerin erlitt am 26. Januar 2000 während des schulischen Sportunterrichts einen Unfall, als sie beim Ansatz zur Sprungrolle mit einem Mitschüler zusammenstieß, auf die rechte Schulter, beide Kniegelenke und die rechte Hand stürzte und sich hierbei eine Verrenkung der rechten Schulter sowie des rechten Zeigefingers zuzog (vgl. Bericht des Durchgangsarztes &706;DA&707; Dr. M vom 26. Januar 2000, Unfallanzeige vom 08. März 2000). Bei der Erstuntersuchung konnten Frakturen röntgenologisch ausgeschlossen werden, die Halswirbelsäule (HWS) zeigte sich unauffällig, ohne wesentliche Verrenkungen und ohne Blockierungen. Es erfolgte eine konservative Behandlung. Bei der Untersuchung am 07. Februar 2000 zeigten sich zwischenzeitlich aufgetretene HWS-Beschwerden etwas gebessert bei noch vorhandenen Myotonien/Myalgien, endgradig eingeschränkter Beweglichkeit und ohne neurologische Auffälligkeit (Nachschaubericht Dr. M vom 15. Februar 2000). Während sich die Schulter- sowie Fingerbeschwerden weiter besserten, zeigte sich bei der Untersuchung am 21. Februar 2000 ein deutlich instabiles C4/5-Segment mit ständiger Blockierungsneigung (vgl. DA-Bericht vom 25. Februar 2000). Ein MRT-Untersuchung der HWS vom 28. Februar 2000 ergab bis auf eine Streckstellung von C3 bis C6 (Verdacht auf Fehlhaltung) keinen auffälligen Befund (Bericht vom 01. März 2000). Nach wiederholten Deblockierungen bei C 4/5 und C 5/6, jedoch ohne neurologische Erscheinungen, befundete Dr. M in der Untersuchung am 15. Juni 2000 keine Blockierung mehr bei nur noch mäßigen bis geringen Restbeschwerden, einer guten Stabilitätszunahme der HWS bei Muskelvermehrung sowie unauffälligem neurologischem Befund und beendete die berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung (DA-Berichte vom 16. März 2000, 05. April 2000, 19. Mai 2000 und 21. Juni 2000).

Am 19. März 2001 stellte sich die Klägerin wegen erneuter HWS-Beschwerden bei Dr. M vor, der eine akute rezidivierende HWS-Blockierung nach posttraumatischer Instabilität diagnostizierte, eine chiropraktische Deblockierung vornahm und eine Halskrause sowie Teilsportbefreiung verordnete (DA-Bericht vom 19. März 2001). Die Klägerin gab bei Dr. M an, seit dem 21. Juni 2000 zwar nicht beschwerdefrei gewesen zu sein, jedoch keine erheblichen Blockierungen bzw. Schmerzen in der HWS gehabt zu haben; erst am 18. März 2001 sei es zu einer erheblichen Schmerzzunahme ohne erneuten traumatischen Einfluss gekommen (Bericht vom 07. Mai 2001). Wegen wiederholter Blockierungen erfolgte am 26. Mai 2001 eine MRT-Untersuchung der HWS, die einen unauffälligen Befund bei normgerechter Abbildung des Ligamentum transversum und der Ligamenta alaria ergab (Bericht vom 26. Mai 2001). Wegen anhaltender Beschwerden erfolgte eine Vorstellung bei Prof. Dr. E in der Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde im Unfallkrankenhaus B (UKB). Im Bericht von Prof. Dr. E vom 22. Juni 2001 heißt es, bei der funktionsdiagnostischen Untersuchung hätten sich deutliche Hinweise für eine schwerwiegende Traumatisierung des kraniozervikalen Übergangs (posturale Instabilität mit vertebragenem Schwindel, fehlenden Stapediusreflexen, OAE-Depression) sowie in der kernspintomografischen Untersuchung mit Spezialsequenzen eine Ligamentum alare-Verletzung gefunden. Als Diagnosen wurden "Ligamentum alare-Verletzung links mit Gefügestörung im Bereich der oberen HWS/ des Kopfgelenkes, Zervikalmigräne und Instabilität des Acromioclaviculargelenkes (ACG)" rechts gestellt. Veranlasst wurden intensive physiotherapeutische Maßnahmen sowie eine medikamentöse Schmerzeinstellung zur Kupierung der "permanent auftretenden" Zervikalmigräne.

Zur Klärung des ursächlichen Zusammenhang sowie zur Feststellung der Unfallfolgen holte die Beklagte ein fachchirurgisches Gutachten von Prof. Dr. E (Dr. W/Dr. B) vom 30. Juli 2002 nebst ergänzender Stellungnahme vom 11. Oktober 2002, ein neurologisches Gutachten von PD Dr. H vom 01. März 2002, ein kinder- und jugendpsychiatrisches Zusatzgutachten von Frau Dr. H vom 19. März 2002 und ein hals-,

nasen-, ohrenärztliches (HNO) Zusatzgutachten von PD Dr. A vom 09. Juli 2002 ein. PD Dr. Hdiagnostizierte einen Zustand nach HWS-Distorsionstrauma und eine distale Sensibilitätsminderung in der Dermatomen C7 und C8 rechts. Bei der Untersuchung am 01. März 2002 hätten sich in Übereinstimmung mit den vorliegenden Vorbefunden keine Hinweise auf eine unfallbedingte Schädigung des Rückenmarkes im HWS-Bereich gefunden. Die angegebenen Sensibilitätsstörungen im Bereich der rechten Hand seien ohne funktionelle Bedeutung, da keine begleitenden muskulären Fehlfunktionen festgestellt werden könnten. Die geschilderte Symptomatik im Bereich der rechten Clavicula sei nicht neurologisch bedingt, hier liege eine umschriebene Verdickung im Ansatzbereich des M. pectoralis major an der Clavicula vor. Die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie Dr. H kam nach (u.a. testpsychologischer) Untersuchung der Klägerin vom 04. März 2002 zu dem Ergebnis, dass bei dieser keine klinisch begründbaren Anhaltspunkte für eine somatoforme, dissoziative oder neurotische Störung bestünden. Bei der Untersuchung durch den HNO-Arzt PD Dr. A am 08. Juli 2002 gab die Klägerin an, einige Tage nach dem Unfall seien Gleichgewichtsstörungen, Kopfschmerzen und Schmerzen im HWS-Bereich aufgetreten. PD Dr. A führte aus, im Vordergrund der Beschwerden stünden Gleichgewichtsstörungen, die als Schwankschwindel, Fallgefühl und als Unsicherheitsgefühl empfunden würden. Die Hörprüfungen hätten ein normales Hörvermögen und die Gleichgewichtsprüfungen den Nachweis einer nicht kompensierten zentralen- und hws-bedingten (vertebragenen) Gleichgewichtsstörung erbracht. Diese sei auf das Unfallereignis zurückzuführen, da aus der Vorgeschichte keine Krankheiten oder weitere Unfälle bekannt seien, die diese Störungen hätten auslösen können. Vom Schädigungsmechanismus her könne angenommen werden, dass durch die Blockierungen und Verspannungen im tiefen Nackenmuskelbereich die nervalen zerviko-vestibulären Verbindungen gestört oder verstellt würden mit der Folge von auffälligen Nystagmusmesswerten sowie von Stand- und Gangunsicherheit bzw. von Gleichgewichtsstörungen bei Belastungen und Bewegungen. Den Grad der hieraus resultierenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätzte er mit 25 v. H. seit dem 27. Januar 2000 ein. Den Wert leitete er aus der Tabelle nach Stoll aus der Beschwerdestufe 1 (geringe Schwindelbeschwerden, leichte Unsicherheit) und einer Belastungsstufe zwischen 1 und 2 (Auftreten der Beschwerden bei niedriger bis mittlerer Belastung) her. Prof. Dr. E (Dr. W/Dr. B) kam nach Untersuchung der Klägerin vom 30. Januar 2002 zu dem Ergebnis, die erlittenen Prellungen der Knie beidseits, des rechten Zeigefingers und der rechten Schulter seien folgenlos ausgeheilt. Hinweise für eine möglicherweise stattgehabte Verletzung im Bereich des Schlüsselbeines fänden sich nicht. Eine Instabilität im Bereich des ACG oder des Sternoclaviculargelenkes lasse sich nicht feststellen. Die Klägerin habe bei dem Unfall eine HWS-Zerrung geringen Grades erlitten, die innerhalb weniger Wochen folgenlos ausgeheilt sei. Strukturelle Schäden an der HWS hätten nicht nachgewiesen werden können. Soweit Prof. Dr. E über ein Jahr nach dem Unfallereignis aufgrund einer speziellen MRT-Untersuchung vom 08. Juni 2001 eine Ligamentum alare Verletzung links mit schwerwiegender Gefügestörung im Bereich der Kopfgelenke diagnostiziert habe, könne dies nicht nachvollzogen werden. Traumatische Gefügestörungen und Verletzungen des Ligamentum alare entstünden durch starke Gewalteinwirkungen auf die HWS und verursachten eine erhebliche akute Symptomatik. Im vorliegenden Fall würden sowohl der Unfallmechanismus, der initiale Schmerzverlauf als auch der Erstuntersuchungsbefund eindeutig gegen eine derartige Verletzung sprechen. Zudem hätten sich auch in dem MRT-Befund vom 28. Februar 2000 keine Unfallfolgen im Bereich der HWS gezeigt. Bei einer derartig schweren Verletzung wären viereinhalb Wochen nach dem Unfall zumindest indirekte Verletzungszeichen, wie z. B. ein Hämatom im HWS-Bereich, zu erwarten gewesen. Die sich in den Spezialsequenzen im MRT des Ligamentum alare vom 08. Juni 2001 darstellende unterschiedliche Siginalintensität der beiden Seiten sei zwar als Hinweis auf eine mögliche Verletzung zu werten. Alternativ würden derartige Spurenbefunde auch bei anderen Pathologien oder anlagebedingten Veränderungen gesehen. Das MRT sei zwar eine Untersuchungsmethode mit sehr hoher Sensitivität, der genaue positive Vorhersagewert für eine traumatische Ligamentum alare Verletzung sei jedoch weitgehend unbekannt. Zudem habe die Klägerin über anhaltende rechtsseitige Beschwerden geklagt, welche nicht zu einer Verletzung des linken Ligamentum alare passen würden. Zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung bestünden auf unfallchirurgischem, neurologischem sowie kinder- und jugendpsychiatrischem Fachgebiet keine wesentlichen Folgen des Unfalls vom 26. Januar 2000, so dass hierfür keine MdE in wirtschaftlich messbarem Maße über die 26. Woche nach dem Unfallgeschehen bestanden habe. Im Hinblick auf das Ergebnis der HNO-Zusatzbegutachtung werde die MdE insgesamt ab dem 27. Januar 2000 auf 25 v. H. eingeschätzt.

Des Weiteren holte die Beklagte ein radiologisches Zusatzgutachten von PD Dr. M vom 03. April 2003 u. a. mit Auswertung der MRT-Aufnahme vom 08. Juni 2001 ein. Bei der am 19. März 2003 durchgeführten MRT-Untersuchung der HWS zeigte sich bis auf die leichte Seitendifferenz in der Stellung des Dens axis ein völlig unauffälliger Befund. Insbesondere die Ligamenta alaria stellten sich von regelrechter Form, Kontur und Signalintensität und ohne Narben oder sonstige Läsionen dar. Die im MRT vom 08. Juni 2001 abgebildeten dezenten Signalveränderungen links ließen sich nicht reproduzieren. Die am 25. März 2003 durchgeführte MRT-Untersuchung der rechten Schulter ergab keine frischen oder älteren Traumafolgen.

Mit Bescheid vom 05. August 2003 gewährte die Beklagte der Klägerin eine Verletztenrente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 25 v. H. ab dem 27. Januar 2000 unter Zugrundelegung der auf HNO-ärztlichem Fachgebiet festgestellten Unfallfolgen (zentrale nicht kompensierte hws-bedingte Gleichgewichtsstörung nach HWS-Distorsion).

Ab dem 24. Juni 2004 begab sich die Klägerin wegen HWS-bedingter Beschwerden in Form von Kopfschmerzen, Bewegungseinschränkungen und Blockierungen erneut in die Behandlung des DA Dr. M(Bericht vom 28. Juni 2004), der physiotherapeutische Maßnahmen verordnete.

Nach der auf Veranlassung der Beklagten 2004/2005 erfolgten Nachbegutachtung der Klägerin (fachchirurgisches Gutachten von Prof. Dr. E (Facharzt für Chirurgie H/ Dr. R) vom 18. November 2004 und ergänzende Stellungnahmen u.a. vom 08. März 2005; HNO-fachärztlichens Zusatzgutachten von Prof. Dr. E (Dr. S) vom 07. Februar 2005 nebst ergänzender Stellungnahme vom 27. September 2005) blieb es im Ergebnis bei der MdE von 25 v.H. Im Februar 2006 stellte sich die Klägerin bei dem DA Dr. M wegen Beschwerden im rechten Kniegelenk, die sie auf die Unfallfolgen zurückführte, sowie sich in der Folgezeit ausdehnender Beschwerden im HWS-Schulterbereich und im rechten Kiefergelenk vor (Bericht vom 15. Februar 2006). Eine MRT-Untersuchung der HWS vom 17. März 2006 ergab keinen Nachweis von Traumaresiduen an der HWS, keinen Anhalt für einen Bandscheibenvorfall, keine Alteration der neuronalen Strukturen und keine Zeichen stattgehabter diskoligamentärer Verletzungen.

Vom 26. Juni bis zum 04. Juli 2006 befand sich die Klägerin zur intensiven krankengymnastischen Übungsbehandlung auf neurophysiologischer Grundlage und zur konsiliarischen psychiatrischen Vorstellung in stationärer Behandlung im UKB, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie. Hierbei ergab sich kein Anhalt für eine Somatisierungsstörung (vgl. Zwischenbericht vom 04. Juli 2006).

Auf Veranlassung der Beklagten erstellte Prof. Dr. E (Dr. S) am 06. Juli 2007 ein weiteres HNO-fachärztliches Gutachten. Bei der Untersuchung am gleichen Tage gab die Klägerin als sportliche Tätigkeiten den Besuch eines Fitnesscenters sowie Schwimmen und Nordic Walking an. Täglich bestünden frontalbetonte Cephalgien. Bedarfsweise nehme sie Ibuhexal 800 ein. Ein anfallsartiges Schwindelgefühl

trete beim Aufrichten aus der Horizontalen sowie aus der Hocke ein, halte jedoch nur über kurze Zeit an und beeinträchtige sie nur gering in ihrem alltäglichen Leben. Eine Hörminderung oder einen Tinnitus aurium verneinte sie. Prof. Dr. E führte aus, in den erhobenen Befunden fände sich bei annähernd regelrechter Funktion des gleichgewichtserhaltenden peripher vestibulären Subsystems (Nystagmusprüfung, Kalorik) ein fortbestehendes, jedoch vergleichsweise geringes Defizit im vestibulo-occulären Subsystem des gleichgewichtserhaltenen Systems. Des Weiteren finde sich bei Normakusis eine teilweise Aufhebung der Stapediusreflexe bei jetzt regelrechter Otolithenfunktion. In Anlehnung an Stoll (1997) schätzte er die MdE auf Grund der Schwindelsymptomatik (Belastungsstufe 3/ Intensitätsstufe 1) mit 10 v. H. ein.

Nach Anhörung der Klägerin entzog die Beklagte mit Bescheid vom 04. September 2007 die Verletztenrente mit Ablauf des Monats September 2007, da sich die dem Bescheid vom 05. August 2003 zugrundeliegenden Verhältnisse wesentlich geändert hätten und eine MdE in rentenberechtigender Höhe nicht mehr gegeben sei.

Mit ihrem am 17. September 2007 bei der Beklagten eingegangenen Widerspruch machte die Klägerin geltend, eine Besserung ihrer unfallbedingten Beschwerden sei nicht eingetreten. So habe es sich von Anfang an um eine morphologische Schädigung im Bereich ihres Gleichgewichtssystems sowie im Weichteilbereich der HWS gehandelt, die weder geheilt worden sei noch sich gebessert habe. Trotz regelmäßiger physiotherapeutischer Behandlung sei es eher zu einer Verschlechterung des Beschwerdebildes mit täglichen starken Kopf- und Rückenschmerzen sowie Schwindelzuständen gekommen. Im beigefügten Attest vom 14. Juni 2007 wies die behandelnde Zahnärztin Dr. R daraufhin, dass die bei der Klägerin bestehende craniomandibuläre Dysfunktion durch den Unfall verursacht sein könnte.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 22. November 2007 den Widerspruch der Klägerin als unbegründet zurück. Im Ergebnis der HNO-ärztlichen Untersuchung durch Prof. Dr. E (Dr. S) hätte sich nur noch ein geringes Defizit des gleichgewichtserhaltenden Systems ergeben. Im Vergleich zu den Voruntersuchungen sei auch das (subjektive) Schwindelgefühl gut kompensiert, so dass sich eine deutliche Besserung der Funktionsfähigkeit im gleichgewichtsbildenden System eingestellt habe. Die aus den erhobenen Befunden resultierende MdE sei zutreffend von den Gutachtern mit 10 v. H. bewertet worden. Maßgeblich für die Rentenbewilligung sei allein der HNO-ärztliche Befund gewesen, da bereits bei Erlass des Bescheides am 05. August 2003 auf chirurgischem, neurologischem, radiologischem und psychiatrischem Fachgebiet keinerlei Unfallfolgen hätten nachgewiesen werden können. Die hierzu eingeholten Gutachten hätten insbesondere keinen Nachweis für morphologische Schädigungen knöcherner und/oder ligamentärer Art im Bereich der HWS erbracht, so dass weder die geschilderten Kopfschmerzen, noch die Rückenbeschwerden einschließlich der rezidivierenden Cephalgien im Bereich der HWS mit hinreichender Wahrscheinlichkeit weitere Folgen des Schulunfalls vom 26. Januar 2000 seien.

Die Klägerin, die zwischenzeitlich die Schule mit dem Abitur abgeschlossen und im September 2005 eine Ausbildung zur Reiseverkehrskauffrau begonnen hatte, hat mit der am 11. Dezember 2007 vor dem Sozialgericht B (SG) erhobenen Klage ihr Begehren auf Fortzahlung der Verletztenrente weiterverfolgt.

Das SG hat zunächst ein Gutachten von dem Facharzt für HNO-Heilkunde L vom 23. November 2008 eingeholt. Der Sachverständige hat nach ambulanter Untersuchung der Klägerin am 27. August 2008 als im HNO-Bereich bestehende Gesundheitsstörungen eine leichte bewegungsabhängige Schwindelsymptomatik bei Zustand nach HWS-Distorsionstrauma festgestellt. Die Schwindelsymptomatik sei im Sinne der erstmaligen Entstehung auf den Unfall vom 26. Januar 2000 zurückzuführen. Die Schwindelbeschwerden hätten sich seit dem Unfall gebessert. Während bei der Begutachtung durch Dr. A im Jahr 2002 Gleichgewichtsstörungen noch bei schnellen Bewegungen, die als Schwankschwindel, Fallgefühl und Unsicherheitsgefühl empfunden wurden, aufgetreten seien, werde von der Klägerin jetzt nur ein Schwindel für einige Sekunden beim Aufrichten aus gebückter oder liegender Position beschrieben. Die aktuell durchgeführten Gleichgewichtsprüfungen inklusive der vestibulo-spinalen Reaktionen und der Elektronystagmographie (ENG) hätten keine pathologischen Befunde ergeben. Die MdE für die HNO-Beschwerden, d. h. die Schwindelsymptomatik, sei, da keinerlei Abweichungen z. B. in den vestibulo-spinalen Reaktionen hätten objektiviert werden können, mit einer MdE 10 v. H. ab Oktober 2007 als völlig ausreichend anzusehen. In Anlehnung an Stoll werde davon ausgegangen, dass ein kurzer Schwindel bei einer Belastungsstufe 2 bis 3 (u. a. bei raschen Körperbewegungen) auftrete. Die Intensität sei bei geringen Schwindelbeschwerden und Gefühl der Unsicherheit mit der Intensitätsstufe 0 bis 1 zu bewerten. Hinsichtlich der nicht das HNO-Gebiet berührenden umfangreichen Beschwerden der Klägerin (Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Missempfindungen der rechten Körperhälfte, Beschwerden der Kiefergelenke) sei die Frage, ob diese möglicherweise aus einer unfallbedingten Fehlhaltung der Wirbelsäule resultierten, durch eine orthopädisches Gutachten zu klären. Für eine Fehlhaltung spreche der durchgeführte Zweiwagentest mit einer unterschiedlichen Belastung der Körperhälften. Weiter hat der Sachverständige ausgeführt, die im HNO-Zusatzgutachten vom 07. Februar 2005 von Prof. Dr. E erstmals unter Bezug auf ein für die private Versicherung am 20. Oktober 2001 gefertigtes HNO-Gutachten gestellte Diagnose eines gedeckten Schädelhirntraumas halte er für spekulativ. Der angeführte Beweis, dass wegen nicht nachweisbarer otoakustischer Emissionen eine Commotio labyrinthi oder Schädigung von Nervenzellen am Hirnstamm (hier Olivenkerne) vorgelegen habe, sei hypothetisch. Ein Schädelhirntrauma sei bereits von Prof. Dr. E im unfallchirurgischem Gutachten vom 18. November 2004 ausgeschlossen worden.

Daraufhin hat das SG ein weiteres medizinisches Sachverständigengutachten von dem Orthopäden Dr. W vom 10. Juni 2009 eingeholt. Der Sachverständige hat nach Untersuchung der Klägerin am 09. Juni 2009 als Funktionsstörungen festgestellt: a) Muskuläre Dysbalance des linken Trapezmuskels b) (manualtherapeutisch) Öffnungsstörung des Segmentes HWK 5/6 links. Diese gering- bzw. leichtgradigen Funktionsstörungen seien nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallgeschehen zurückzuführen. Es handele sich um therapierbare Veränderungen des Bewegungsapparates. Die knöcherne Wirbelsäulenstatik im Bereich der HWS, BWS und Lendenwirbelsäule (LWS) sei im Lot. Die von der Klägerin beklagten Kopf- und Rückenschmerzen, Missempfindungen der rechten Körperhälfte und Symptomen an den Kiefergelenken könnten nicht ursächlich auf eine posttraumatische Körperfehlstatik zurückgeführt werden. Das vorgetragene Symptombild lasse sich bis auf phasenweise auftretende und letztlich behandlungsfähige Cervicocephalgien nicht auf das Geschehen von Januar 2000 zurückführen. Die Beschwerden an den Kiefergelenken seien erst Jahre nach dem Sturzereignis eingetreten. Substanzielle Schäden an den knöchernen oder discoligamentären Geweben hätten durch zeitnah durchgeführte Tomographieuntersuchungen nicht nachgewiesen werden können. Aus orthopädischer Sicht hätten sich die eigentlichen Unfallfolgen im Zuge einer HWS-Distorsion leichten Grades nach wenigen Wochen zurückgebildet. Auf orthopädisch-traumatologischem Gebiet habe von vornherein keine messbare unfallbedingte MdE bestanden. Eine Erklärung für die von der Klägerin empfundenen Schmerzen gebe es aus orthopädischer Sicht nicht. Die von der Klägerin geäußerten Symptome in Form eines Ganzkörperschmerzes in Verbindung mit normalen taktilen Reizen deuteten auf psychosomatische Einflüsse hin. Im Einzelnen hat der Sachverständige dargelegt, bei Betrachtung der Biomechanik des Unfallgeschehens, der frühen Behandlungs- und Beschwerdephase und den bildgebenden Befunden lasse sich kein

Unfallschaden ermitteln, welcher über eine Distorsion von Weichteilgewebe hinausgehe. Das Unfallgeschehen habe allenfalls zu einer HWS-Distorsion Grad I geführt, welche vollständig reversibel sei. Substanzielle Strukturschäden an der HWS seien nicht nachzuweisen. Bei einer unterstellten Strukturverletzung der HWS (vermutet worden sei eine Läsion des linken Ligamentum alare) sei ein sofortiger und vor allem massiver Funktionsverlust zu erwarten. Keinesfalls könne in Verbindung mit einer klinischen Untersuchung eine nahezu freie Gesamtbeweglichkeit der HWS erkennbar sein. Auch in den MRT-Befunden sei nicht über eine tatsächliche Verletzung von Bändern im cervico-occipitalen Übergangsbereich berichtet worden. Signalunterschiede seien noch nicht beweisend für eine tatsächliche Zerreißung oder Teilläsion. Der bildgebende Befund werde insofern unwahrscheinlich, als dass entsprechende klinische Symptome fehlten. Auch sei der geschilderte Sturz in seiner Schwere und Art keinesfalls als adäquat einzustufen. So habe ein ungebremstes Hinstürzen auf den Kopf-/HWS-Bereich nicht stattgefunden. In Verbindung mit der Abstützbewegung (Aufkommen auf "allen Vieren") sei es zu einem Aufschlagen des Kopfes auf einen gedämpften Untergrund (Sprungmatte) gekommen.

Die Klägerin ist dem Gutachten durch Vorlage einer Stellungnahme ihres Hausarztes Prof. Dr. G vom 24. Juli 2009 ("Es ist mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass das traumatische Ereignis vom 26. Januar 2001 und die medizinisch nicht beherrschbaren körperlichen Beschwerden sich als psychosomatische Störung fixiert haben"), der eine fachpsychologische Überprüfung empfohlen hat, sowie einer Stellungnahme von Prof. Dr. E vom 17. Januar 2004 für die M Versicherungsgesellschaft, mit der er die Schwindelbeschwerden als Folgen des Unfalls begründet hat, entgegengetreten.

Das SG hat nach Anhörung der Beteiligten die Klage durch Gerichtsbescheid vom 02. Oktober 2009 abgewiesen. Gemäß § 48 Abs. 1 S. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in Verbindung mit §§ 73 Abs. 3, 56 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) habe die Beklagte zu Recht der Klägerin die ihr bis dahin gewährte Verletztenrente entzogen, da eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die der Rentengewährung zugrunde gelegen hätten, eingetreten sei. Nach dem Ergebnis der medizinischen Begutachtung halte es die Kammer nicht für erwiesen, dass die Erwerbsfähigkeit der Klägerin wegen der Folgen des Unfallereignisses vom 26. Januar 2000 ab dem 01. Oktober 2007 noch um wenigstens 20 v. H. gemindert wäre. Die nach dem HWS-Weichteildistorsionstrauma verbliebenen Schwindelbeschwerden seien geringgradig und vom Sachverständigen L in Übereinstimmung mit der wissenschaftlichen Fachliteratur und dem Vorgutachter Prof. Dr. E (Dr. S) zutreffend mit einer MdE in Höhe von 10 v. H. bewertet worden. Hinsichtlich des im Vordergrund stehenden Beschwerdebildes der Klägerin (Cervicocephalgien, Rückenschmerzen, zeitweise Missempfindungen der rechten Körperseite und Funktionsstörungen der Kiefergelenke) habe der Sachverständige Dr. W nachvollziehbar dargelegt, dass sich das vorgetragene Symptombild bis auf phasenweise auftretende und letztlich behandlungsfähige Cervicocephalgien nicht auf das Geschehen vom Januar 2000 zurückführen lasse. Die von ihm festgestellte muskuläre Dysbalance des linken Trapezmuskels und die Öffnungsstörung des Segmentes der HWK 5/6 links stehe in keinem Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen. Der Sachverständige Dr. W habe in Übereinstimmung mit dem Vorgutachter Prof. Dr. E darauf hingewiesen, dass bereits der Unfallmechanismus nicht geeignet gewesen sei, eine Strukturschädigung der HWS herbeizuführen. Im Hinblick auf diese stichhaltigen Argumente könne der fachfremden Beurteilung des HNO-Facharztes Prof. Dr. Ees sei bei dem Unfall zu einer Verletzung des Ligamentum alare links gekommen, nicht gefolgt werden. Da das bei der Klägerin bestehende Beschwerdebild nicht ursächlich auf eine posttraumatische Körperfehlstatik zurückgeführt werden könne, bedürfe es auch keiner weiteren Klärung, ob sich diese Beschwerden als psychosomatische Störungen fixiert hätten.

Gegen den ihr am 14. Oktober 2009 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die Klägerin mit ihrer am 12. November 2009 eingelegten Berufung. Anders als vom SG vertreten, habe sie sich bei dem Unfall eindeutig eine Wirbelsäulenstauchung mit Verletzung des Ligamentum alare links und Gefügestörung im Bereich der oberen HWS und des Kopfgelenkes zugezogen. In dessen Folge seien die bei ihr bestehenden Kopf- und Rückenschmerzen mit rezidivierenden Cephalgien, Schmerzen im Kiefergelenk und Missempfindungen der rechten Körperhälfte auch auf das Unfallgeschehen zurückzuführen. Die Beklagte habe bereits im Bescheid vom 05. August 2003 Blockierungen und Verspannungen im tiefen Nackenmuskelbereich und Störungen der nervalen cervico-vestibulären Verbindungen als Unfallfolgen anerkannt. Zudem sei ihr jugendliches Alter zum Zeitpunkt des Unfalls zu berücksichtigen.

Die Klägerin hat den Entlassungsbericht der M-Klinik H vom 06. August 2012 über die vom 13. Juni bis zum 24. Juli 2012 durchgeführte stationäre Rehabilitationsmaßnahme mit den Diagnosen anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Panikstörung, sehr ehrgeizige und leistungsorientierte Persönlichkeitsstruktur und chronisches HWS-Syndrom vorgelegt. Darin wird ausgeführt, die Persönlichkeitsstruktur der Klägerin, die im steten Bemühen um Kontrolle von Situationen den Zugang zu eigenen Gefühlen etwas einschränke, sei als ehrgeizig und leistungsorientiert zu beschreiben. Als ursächlich auslösender Faktor für die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei der Sportunfall im Alter von 14 Jahren zu vermuten. Als verstärkend seien die langjährige Fokussierung auf hauptsächlich somatische Behandlungsansätze (ohne psychotherapeutische Begleitung) und überbehütende Tendenzen im elterlichen Umfeld anzunehmen.

Die Klägerin vertritt die Auffassung, dass das Unfallereignis die rechtlich wesentliche Ursache der bei ihr bestehenden somatoformen Schmerzstörung sowie depressiven Störung mit Panikstörung und Agoraphobie sei und hieraus eine MdE von jedenfalls 20 v. H. über den 30. September 2007 hinaus resultiere.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 02. Oktober 2009 sowie den Bescheid der Beklagten vom 04. September 2007 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 22. November 2007 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend.

Der Senat hat auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) von dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. W ein neuropsychiatrisches Sachverständigengutachten vom 20. Februar 2013 eingeholt. Der Sachverständige Dr. W hat nach Untersuchung der Klägerin am 04. Dezember 2012 als bei dieser bestehende Gesundheitsstörungen eine somatoforme Schmerzstörung mit posttraumatischer Komponente festgestellt. Ansatzweise fänden sich auch Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wie Hyperarrousal,

geistige Obsession und Vermeidungsverhalten, jedoch ohne Vorliegen eindeutiger Flashbacks oder alptraumartigen Wiedererlebens. Daher könne nicht von einer ausgeformten PTBS gesprochen werden. Die Somatisierungstendenzen seien auf dem Boden einer hyperstenisch-dependenten Persönlichkeitsstruktur mit übertriebener Anforderung gegenüber sich selbst und konsekutivem sekundären Insuffizienzerleben zu suchen. Die daraus resultierenden Versagensgefühle würden durch die Somatisierung abgewehrt, machten aber zusätzlich eine ängstliche und depressive Symptomatik im Sinne einer depressiven Episode und einer Panikstörung mit Agoraphobie platz. In neurologischer Hinsicht hätte sich keine ausgeprägte neurophysiologische Funktionsstörung nachweisen lassen. Die Genese der aktuellen psychischen Problematik der Klägerin sei komplex und durch die Interaktion von Versagenserfahrungen und individuellem Frustrationserleben geprägt. Diesbezüglich sei zu notieren, dass die psychischen Einschränkungen durchaus als real zu bewerten seien, wobei die traumatische Ursache jedoch eher als zufälliger Anlass gewertet werden solle, wobei die spezifisch hyperstenisch-dependente Persönlichkeit als eigentlicher Auslösefaktor zu sehen sei. Als unfallfremde Einflussfaktoren seien insbesondere eine ungünstige Persönlichkeitsentwicklung, die auch im Rahmen der Sozialisation als Einzelkind mit übertriebenen Erwartungen an die eigenen Fähigkeiten und mangelhafter interpersoneller Interaktion im frühen Kindesalter zu sehen. Durch die Erfahrung der eigenen Verwundbarkeit und Verletzlichkeit sei dieses übertriebene Selbstbild vermutlich gebrochen und äußerlich auf den Haltungsapparat projiziert worden. Das traumatische Ereignis sei somit nur als Auslöser, jedoch nicht als Ursache zu sehen. Die ängstliche und depressive Symptomatik erkläre sich auf Grund einer passageren Erlebnisreaktion, die durch das sekundäre Fehlverhalten der Umgebung chronifiziert worden sei. Als Hauptstörung auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet sei die somatoforme Schmerzstörung zu bezeichnen, die im Rahmen einer posttraumatischen Komponente auch zu sekundären Erlebnisverarbeitungsstörungen auf depressiver und ängstlicher Basis geführt habe. Die depressive Symptomatik sei seit ungefähr April 2012 nachweisbar, gegenwärtig jedoch anscheinend im Abklingen begriffen und lediglich leicht ausgeprägt. Die (ebenfalls seit April 2012 bestehende) Agoraphobie-Symptomatik, die sich in einer sozialen Rückzugstendenz mit Verzicht auf früher erworbene Fähigkeiten wie Autofahren oder häusliche Erledigungen (die Klägerin war zu den Eltern zurückgezogen) einhergehe, dürfte auch in der Genese der Somatisierungstendenzen mit involviert sein. Die Gesamtheit der psychischen Beschwerden sei jedoch soweit miteinander verbunden, dass eine synoptische Zusammenschau gerechtfertigt erscheine. Insgesamt sei von einer stärker einschränkenden psychovegetativen Symptomatik mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit auszugehen, was einer MdE bzw. einem Grad der Behinderung von wenigstens 30 bis 40 entspreche.

Die Beklagte hat an dem Gutachten bzw. der vom Sachverständigen vorgenommenen Kausalitätsbeurteilung Kritik geübt. So sei eine detaillierte Auseinandersetzung mit den von ihm selbst aufgezeigten, für die Klägerin erheblichen weiteren Lebensereignissen, wie ein schlechtes Arbeitsklima mit starkem Überforderungserleben und die Trennung von ihrem ersten langjährigen Freund im Dezember 2011, die im März 2012 zu einem völligen Einbruch mit Arbeits- und Steuerungsunfähigkeit geführt hätten, unterblieben. Schließlich habe die Klägerin nach dem Unfallereignis ohne Probleme die Oberschule abgeschlossen, eine Berufsausbildung absolviert und dann in diesem Beruf über mehrere Jahre gearbeitet. Zeitnah zum Unfallgeschehen vom 26. Januar 2000 seien von der Klägerin keinerlei psychische Beschwerden geschildert und keine entsprechende ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden. Zudem widerspreche sich der Sachverständige, da er bezüglich der somatoformen Schmerzstörung mit posttraumatischer Komponente und zusätzlicher ängstlicher und depressiver Symptomatik in seinem Gutachten die spezifisch hyperstenisch-dependente Persönlichkeit als eigentlichen Auslösefaktor bewerte und das Trauma nur als partiellen Auslösefaktor angesehen habe. Dies werde den Maßstäben der gesetzlichen Unfallversicherung für die Beurteilung des Ursachenzusammenhanges im Sinne der Theorie der wesentlichen Bedingung nicht gerecht.

Die Klägerin hat persönlich mit Schreiben vom 16. Oktober 2013 Einwände gegen die vom Sachverständigen Dr. W vorgenommene Analyse ihrer Persönlichkeitsstruktur sowie dessen Kausalitätsbeurteilung erhoben. Sie hat einen Bericht der Schmerzambulanz im UKB B vom 19. Juli 2013 über die Vorstellung vom 18. Juli 2013 mit den Diagnosen "chronischer Kopfschmerz, chronisch nozizeptiv-neuropathisches Schmerzsyndrom im Bereich der HWS sowie fraglich unfallabhängig schwere Depression und psychosomatische Schmerzstörung" vorgelegt.

Hinsichtlich der näheren Einzelheiten des Sach- und Rechtsstreites wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakten sowie der Verwaltungsakten der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, jedoch unbegründet.

Zu Recht hat die Beklagte mit Bescheid vom 04. September 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. November 2007 die der Klägerin mit Bescheid vom 05. August 2003 gewährte Verletztenrente mit Ablauf des 30. September 2007 entzogen. Die hiergegen zulässige (isolierte) Anfechtungsklage (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGG) ist nicht begründet.

Maßgeblich für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei einer – wie hier - gegen die Entziehung der Verletztenrente gerichteten (isolierten) Anfechtungsklage der Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung; danach eingetretene Änderungen der Sach- oder Rechtslage sind nicht zu berücksichtigen (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), vgl. Urteile vom 20. April 1993, 2 RU 52/92, 19. Dezember 2000, B 2 U 49/99 R, und 22. September 2009, B 2 U 32/08, jeweils zitiert nach juris; Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl. 2012, § 54 Rz. 33).

Unter Zugrundelegung der im Zeitpunkt des Erlasses des Widerspruchsbescheides der Beklagten vom 22. November 2007 gegebenen Sach- und Rechtslage ist die Entziehung der der Klägerin mit Bescheid vom 05. August 2003 gewährten Verletztenrente zu Recht erfolgt.

Rechtsgrundlage für die Entziehung, d.h. Aufhebung der Rentenbewilligung ist § 48 Abs. 1 SGB X. Hiernach ist für die Aufhebung eines Verwaltungsaktes für die Zukunft Voraussetzung, dass in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Gemäß § 73 Abs. 3 Hs. 1 SGB VII ist eine Änderung im Sinne des § 48 Abs. 1 SGB X nur wesentlich bei der Feststellung der MdE, wenn sie mehr als 5 v.H. beträgt; nach § 73 Abs. 3 Hs. 2 SGB VII muss bei Renten auf unbestimmte Zeit die Veränderung der MdE länger als drei Monate andauern.

Zunächst handelt es sich beim Bescheid vom 05. August 2003, mit welchem die Beklagte der Klägerin eine Verletztenrente unter Zugrundelegung einer MdE von 25 v.H. gewährte, um einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung im vorstehenden Sinne. Dies ergibt sich bereits aus der unfallgesetzlichen Spezialregelung in § 73 Abs. 1 SGB VII, wonach, wenn sich aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen die

Voraussetzungen für die Höhe einer Rente nach ihrer Feststellung ändern, die Rente in neuer Höhe nach Ablauf des Monats geleistet wird, in dem die Änderung wirksam geworden ist, bzw. aus § 73 Abs. 2 SGB VII, wonach, wenn aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen die Anspruchsvoraussetzungen für eine Rente wegfallen, die Rente bis zum Ende des Monats geleistet wird, in dem der Wegfall wirksam geworden ist. Dementsprechend nimmt § 73 Abs. 3 SGB VII – dem Gedanken folgend, dass es sich bei der Rentengewährung nach § 56 Abs. 1 SGB VII um einen Dauerverwaltungsakt handelt, dessen Voraussetzungen andauernd fortbestehen müssen – § 48 Abs. 1 SGB X ausdrücklich in Bezug.

Vorliegend erkennt der Senat ebenso wie bereits das SG in seiner angefochtenen Entscheidung im Absinken der MdE auf 10 v.H. wegen der seit Erlass des Bescheides vom 05. August 2003 eingetretenen Besserung der der Rentengewährung zugrundeliegenden Unfallfolgen (Schwindelsymptomatik) die wesentliche Änderung im vorstehenden Sinne. Mit der Verringerung der MdE um mehr als 5 v. H. und Absinken unter die rentenberechtigende Höhe änderten sich die tatsächlichen Verhältnisse, die bei Erlass des vorgenannten Bescheides vorgelegen hatten. Das Vorliegen einer MdE in rentenberechtigender Höhe ist wiederum Voraussetzung für die Gewährung einer Verletztenrente nach § 56 Abs. 1 und 2 SGB VII.

Nach § 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Nach § 56 Abs. 1 S. 2 SGB VII besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente, wenn die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert ist und die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20 erreichen. Nach § 56 Abs. 1 S. 3 SGB VII sind die Folgen eines Versicherungsfalls nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern. Nach § 56 Abs. 2 S. 1 SGB VII richtet sich die MdE nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Nach § 56 Abs. 2 S. 3 SGB VII werden bei der Bemessung der MdE Nachteile berücksichtigt, die die Versicherten dadurch erleiden, dass sie bestimmte von ihnen erworbene besondere beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen infolge des Versicherungsfalls nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nutzen können, soweit solche Nachteile nicht durch sonstige Fähigkeiten, deren Nutzung ihnen zugemutet werden kann, ausgeglichen werden. Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab: Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (BSG, Urteil vom 22. Juni 2004, B 2 U 14/03 R, zitiert nach juris Rz. 12). Für eine Art "Risikozuschlag" oder "Gefährdungs-MdE" wegen der Prognoseunsicherheiten hinsichtlich der Entwicklung der Krankheit ist in der auf die verminderten Arbeitsmöglichkeiten bezogenen MdE-Schätzung in der gesetzlichen Unfallversicherung kein Raum, weil auf die Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens im Zeitpunkt der Entscheidung abzustellen ist und erst in Zukunft möglicherweise eintretende Schäden grundsätzlich nicht zu berücksichtigen sind. Allerdings ist eine schon bestehende Rückfallgefahr, die bereits vor dem Eintritt des eigentlichen Rückfalls die Erwerbsfähigkeit mindert, bei der Bemessung der gegenwärtigen MdE zu berücksichtigen (BSG a.a.O., Rz. 18).

Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens (§ 128 Abs. 1 S. 1 SGG) steht zur Überzeugung des Senats fest, dass sich die der Rentengewährung zugrundeliegenden Unfallfolge, d.h. die zentrale nicht kompensierte hws-bedingte Gleichgewichtsstörung nach HWS-Distorsion, im Laufe der Jahre gebessert hat und seit Juli 2007 nur noch eine MdE von 10 v. H. bedingt. Dies ergibt sich für den Senat zweifelsfrei aus dem gerichtlichen Sachverständigengutachten des HNO-Arztes L vom 23. November 2008 und dem von der Beklagten eingeholten hno-fachärztlichen Gutachten von Prof. Dr. E (Dr. S) vom 06. Juli 2007. So berichtete die Klägerin bereits bei der Untersuchung durch Prof. Dr. E (Dr. S) am 06. Juli 2007 nur noch über ein anfallsartiges Schwindelgefühl beim Aufrichten aus der Horizontalen sowie aus der Hocke, welches nur über kurze Zeit anhalte und sie nur gering in ihrem alltäglichen Leben beeinträchtige. Eine Hörminderung oder einen Tinnitus aurium verneinte sie. Die von Prof. Dr. E (Dr. S) erhobenen Befunde erbrachten bei annähernd regelrechter Funktion des gleichgewichtserhaltenden peripher vestibulären Subsystems (Nystagmusprüfung, Kalorik) ein fortbestehendes jedoch vergleichsweise geringes Defizit im vestibulo-occulären Subsystem des gleichgewichtserhaltenden Systems. Des Weiteren fand sich bei Normakusis eine teilweise Aufhebung der Stapediusreflexe bei jetzt regelrechter Otolithenfunktion. In Anlehnung an Stoll (1997) schätzte er die MdE auf Grund der Schwindelsymptomatik (Belastungsstufe 3/ Intensitätsstufe 1) mit 10 v. H. ein. Ebenso vermochte der gerichtliche Sachverständige L in seiner ambulanten Untersuchung am 27. August 2008 bei der Klägerin bis auf eine leichte bewegungsabhängige Schwindelsymptomatik bei Zustand nach HWS-Distorsionstrauma keinerlei pathologischen Befunde auf hno-ärztlichem Gebiet festzustellen. So ergaben die von ihm durchgeführten Gleichgewichtsprüfungen inklusive der vestibulo-spinalen Reaktionen und der ENG wie auch die Hörprüfungen keine pathologischen Befunde. Auch der Sachverständige L führte die Schwindelsymptomatik im Sinne der erstmaligen Entstehung auf den Unfall vom 26. Januar 2000 zurück. Die MdE für die HNO-Beschwerden, d. h. die Schwindelsymptomatik, hielt er ebenfalls, da keinerlei Abweichungen z. B. in den vestibulo-spinalen Reaktionen objektiviert werden konnten, mit 10 v. H. für die Zeit ab Oktober 2007 als völlig ausreichend bewertet. Ausgehend von den Angaben der Klägerin, die einen Schwindel für einige Sekunden beim Aufrichten aus gebückter oder liegender Position beschrieben hatte, und in Anlehnung an Stoll ordnete er die kurzzeitige Schwindelsymptomatik der Belastungsstufe 2 bis 3 (u. a. bei raschen Körperbewegungen) und der Intensitätsstufe 0 bis 1 (geringe Schwindelbeschwerden mit Gefühl der Unsicherheit) zu. Hinsichtlich der Bewertung der MdE stehen der Sachverständige Lwie auch der Gutachter Prof. Dr. E (Dr. S) mit der Anlehnung an die von Stoll (1979, 182, Stoll et al. 2004) für vestibuläre Störungen herausgearbeitete Gradeinteilung (siehe Darstellung in Feldmann/ Brusis, Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes, 7. Aufl. 2012, Kap. 6. 4, 169 ff.) in Übereinstimmung mit den von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätzen. Dass die bei der Klägerin infolge des Unfalls bestehende Schwindelsymptomatik sich seit der Begutachtung durch Dr. A im Jahre 2002, die Grundlage der Rentenbewilligung war, gebessert hat, ergibt sich aus dem Vergleich der damals

und seit 2007 vorliegenden Gleichgewichtsstörungen. Während 2002 bei der Klägerin Schwindelbeschwerden noch bei schnellen Bewegungen auftraten, die als Schwankschwindel, Fallgefühl und Unsicherheitsgefühl empfunden wurden, wird von der Klägerin seit 2007 nur noch ein anfallartiges Schwindelgefühl beim Aufrichten aus der Horizontalen sowie aus der Hocke, welches nur über kurze Zeit anhalte und sie nur gering in ihrem alltäglichen Leben beeinträchtige, berichtet. Zudem hatten die 2002 durchgeführten Gleichgewichtsprüfungen den Nachweis einer nicht kompensierten zentralen- und hws-bedingten (vertebragenen) Gleichgewichtsstörung erbracht, während bei den 2007 und 2008 erfolgten gutachterlichen Untersuchungen die Gleichgewichtsprüfungen inklusive der vestibulo-spinalen Reaktionen und der ENG so gut wie keine pathologischen Befunde mehr ergaben.

Soweit die Klägerin die Auffassung vertritt, die bei ihr bestehenden Kopf- und Rückenschmerzen mit rezidivierenden Cephalgien, Schmerzen im Kiefergelenk und Missempfindungen der rechten Körperhälfte wie auch die erstmals 2012 diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung sowie depressive Störung mit Panikstörung und Agoraphobie seien bei der MdE-Bewertung zu berücksichtigen, vermag der Senat dem nicht zu folgen. So ist schon nicht hinreichend wahrscheinlich, dass diese Störungen durch das Unfallgeschehen vom 26. Januar 2000 wesentlich verursacht worden sind.

Nach § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit. Für einen Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheits(erst)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von Unfallfolgen aufgrund des Gesundheits(erst)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (etwa BSG, Urteil vom 02. April 2009, B 2 U 29/07 R, zitiert nach juris). Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die Merkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitserst- bzw. Gesundheitsfolgeschaden" im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, a. a. O.). Ob der Gesundheitsschaden eines Versicherten durch einen Arbeitsunfall (wesentlich) verursacht wurde, entscheidet sich - bei Vorliegen einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne - danach, ob das Unfallereignis selbst - und nicht eine andere, unfallunabhängige Ursache - die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens war (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, B 2 U 1/05 R, zitiert nach juris). Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob der Versicherungsfall wesentlich war; ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden (vgl. BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, B 2 U 1/05 R, zitiert nach juris Rz. 15). Wenn auch die Theorie der wesentlichen Bedingung im Unterschied zu der an der generellen Geeignetheit einer Ursache orientierten Adäquanztheorie auf den Einzelfall abstellt, bedeutet dies nicht, dass generelle oder allgemeine Erkenntnisse über den Ursachenzusammenhang bei der Theorie der wesentlichen Bedingung nicht zu berücksichtigen oder bei ihr entbehrlich wären. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Maßgebend ist, dass die Beurteilung medizinischer Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand aufbauen muss (BSG, a.a.O., Rz. 17). Dies erfordert nicht, dass es zu jedem Ursachenzusammenhang statistisch-epidemiologische Forschungen geben muss, weil dies nur eine Methode zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse ist und sie im Übrigen nicht auf alle denkbaren Ursachenzusammenhänge angewandt werden kann und braucht. Gibt es keinen aktuellen allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu einer bestimmten Fragestellung, kann in Abwägung der verschiedenen Auffassungen einer nicht nur vereinzelt vertretenen Auffassung gefolgt werden (BSG, a.a.O., Rz. 18). Dieser wissenschaftliche Erkenntnisstand ist jedoch kein eigener Prüfungspunkt bei der Prüfung des Ursachenzusammenhangs, sondern nur die wissenschaftliche Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat "anhand" des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes (BSG, a.a.O., Rz. 19). Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Versicherungsfall und den Krankheitsfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss (vgl. BSG, a.a.O., Rz. 20).

Hiervon ausgehend ist der Senat nicht im nach § 128 Abs. 1 S. 1 SGG erforderlichen Maße überzeugt, dass die von der Klägerin bereits im Jahr 2007 beklagten Kopf- und Rückenschmerzen mit rezidivierenden Cephalgien, Schmerzen im Kiefergelenk und Missempfindungen der rechten Körperhälfte mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls vom 26. Januar 2000 sind.

Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus dem fachkundig erstellten medizinischen Sachverständigengutachten des Orthopäden Dr. W vom 10. Juni 2009 und den im Verwaltungsverfahren erstellten fachchirurgischen Gutachten von Prof. Dr. Evom 30. Juli 2002 (nebst ergänzender Stellungnahme vom 11. Oktober 2002) und vom 18. November 2004 (nebst ergänzender Stellungnahme vom 08. März 2005), dem neurologischen Gutachten von PD Dr. H vom 01. März 2002 und dem radiologischen Gutachten von PD. Dr. Mvom 03. April 2003. Zwar besteht nach den vom Sachverständigen Dr. W erhobenen Befunden bei der Klägerin eine muskuläre Dysbalance des linken Trapezmuskels sowie nach manualtherapeutischer Diagnostik eine Öffnungsstörung des Segmentes HWK 5/6 links, diese als gering- bzw. leichtgradig einzustufenden Störungen sind jedoch nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallgeschehen zurückzuführen. Wie der Sachverständige überzeugend dargelegt hat, können die von der Klägerin beklagten Kopf- und Rückenschmerzen, Missempfindungen der rechten Körperhälfte und der erst viele Jahre nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden an den Kiefergelenken nicht ursächlich auf eine

posttraumatische Körperfehlstatik zurückgeführt werden. Weder in der frühen Behandlungsphase nach dem Unfallgeschehen und bei den 2002 und 2004 erfolgten fachchirurgischen Begutachtungen noch bei der Untersuchung durch Dr. W konnte eine bedeutsame abweichende Körperstatik festgestellt werden. So zeigte sich bei der Untersuchung durch Dr. W die Entfaltbarkeit des gesamten Achsenorgans als physiologisch, die knöchernen Strukturen waren orthograd ausgerichtet. Lediglich über der paravertebralen Muskulatur der BWS und der linken HWS fanden sich vereinzelte Triggerpunkte ohne entsprechende myogelotische Festigungen. Weder im Bereich der HWS noch der BWS fand sich ein relevant erhöhter Muskeltonus. Am linken Trapezmuskel lag eine leichte Anhebung vor, welche zu einem Absinken des rechten Schulterblattwinkels führte. Die rein muskuläre Dysbalance ist demzufolge vom Sachverständigen unter funktioneller Betrachtungsweise zu Recht als niedriggradig bis marginal eingestuft worden. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen stellen regionale Probleme im Bereich der Trapezmuskulatur und vorübergehende Blockadegefühle bzw. -phänomene u.a. auch in der HWS Alltagsveränderungen und keinesfalls schwerwiegende Erkrankungen mit bleibenden Funktionsstörungen dar. Hierbei handelt es sich wie auch bei den Myogelosen durchgehend um behandlungsfähige Veränderungen, da sie keine strukturelle Ursache haben.

Entscheidend für die Zusammenhangsbeurteilung ist hier jedoch, dass es bereits am Nachweis eines durch das Unfallgeschehen vom 26. Januar 2000 bedingten substanziellen Schadens an den knöchernen oder discoligamentären Geweben des Kopfes, der HWS bzw. der rechten Schulter fehlt, die die von der Klägerin beklagten Beschwerden hervorrufen könnten. So sind substanzielle Schäden an den knöchernen oder den discoligamentären Geweben durch die unmittelbar nach dem Unfallgeschehen am 26. Januar 2000 erfolgten Röntgenuntersuchungen, die zeitnah erfolgten Tomographieuntersuchungen der HWS vom 28. Februar 2000 und 26. Mai 2001 sowie die im Rahmen der radiologischen Begutachtung durch PD. Dr. M durchgeführten MRT-Untersuchungen der HWS vom 19. März 2003 und der rechten Schulter vom 25. März 2003 ausgeschlossen worden. Soweit von Prof. Dr. E über ein Jahr nach dem Unfallereignis (siehe Bericht vom 22. Juni 2001) unter Bezugnahme auf eine funktionsdiagnostische Untersuchung deutliche Hinweise für eine schwerwiegende Traumatisierung des kraniozervikalen Übergangs gesehen und in Verbindung mit der kernspintomografischen Untersuchung mit Spezialsequenzen vom 08. Juni 2001 eine Ligamentum alare-Verletzung links diagnostiziert worden ist, vermag dies nicht zu überzeugen. So haben sowohl der Sachverständige Dr. W im Gutachten vom 10. Juni 2009 als auch der im Verwaltungsverfahren gehörte fachchirurgische Gutachter Prof. Dr. Ein den Gutachten vom 30. Juli 2002 (nebst ergänzender Stellungnahme vom 11. Oktober 2002) und vom 18. November 2004 (nebst ergänzender Stellungnahme vom 08. März 2005) nachvollziehbar dargelegt, dass traumatische Gefügestörungen und Verletzungen des Ligamentum alare durch starke Gewalteinwirkungen auf die HWS entstehen und sofort eine erhebliche akute Symptomatik mit massivem Funktionsverlust verursachen. Im vorliegenden Fall sprechen sowohl der Unfallmechanismus, der initiale Schmerzverlauf als auch der Erstuntersuchungsbefund eindeutig gegen eine derartige Verletzung. So fand sich bei der klinischen Erstuntersuchung durch Dr. M eine nahezu freie Gesamtbeweglichkeit der HWS, der neurologische Befund war wie auch bei den späteren Untersuchungen im Jahr 2000 und bei der neurologischen Untersuchung durch den Gutachter PD Dr. H am 01. März 2002, bei der sich auch kein Hinweis auf eine unfallbedingte Schädigung des Rückenmarkes im HWS-Bereich fand, unauffällig. Zudem wären bei einer derartig schweren Verletzung viereinhalb Wochen nach dem Unfall zumindest indirekte Verletzungszeichen, wie z. B. regionale Einblutungen im HWS-Bereich, zu erwarten gewesen, solche zeigten sich bei der MRT-Untersuchung vom 28. Februar 2000 jedoch nicht. Die einmalig in der MRT-Untersuchung vom 08. Juni 2001 erscheinenden und in späteren MRT-Untersuchungen nicht reproduzierbaren Signalunterschiede sind, wie der Sachverständige Dr. W und der fachchirurgische Gutachter Prof. Dr. E den Senat überzeugend ausgeführt haben, noch nicht beweisend für eine tatsächliche Zerreißung oder Teilläsion des Ligamentum alare (siehe hierzu auch: Thoman, Schomerus, Sebestény, Rauschmann, "Distorsion der Halswirbelsäule und isolierte "Verletzung" der Ligamenta alaria aus gutachterlicher Sicht" in MED SACH 108 2/2012, 46 ff, 49). So kann zwar die sich in den Spezialsequenzen im MRT des Ligamentum alare vom 08. Juni 2001 darstellende unterschiedliche Signalintensität der beiden Seiten als Hinweis auf eine mögliche Verletzung gewertet werden, derartige Spurenbefunde werden aber auch bei anderen Pathologien oder anlagebedingten Veränderungen gesehen. Das MRT ist zwar eine Untersuchungsmethode mit sehr hoher Sensitivität, der genaue positive Vorhersagewert für eine traumatische Ligamentum alare-Verletzung ist jedoch weitgehend unbekannt. Abgesehen davon, hat die Klägerin über anhaltende rechtsseitige Beschwerden geklagt, welche nicht zu einer Verletzung des linken Ligamentum alare passen.

Im Übrigen weisen sowohl der der Sachverständige Dr. W als auch der fachchirurgische Gutachter Prof. Dr. E zutreffend darauf hin, dass der von der Klägerin geschilderte Sturz in seiner Schwere und Art keinesfalls als adäquates Unfallereignis für eine Ligamentum alare-Verletzung einzustufen ist. So hat ein ungebremstes Hinstürzen auf den Kopf-/HWS-Bereich nicht stattgefunden. In Verbindung mit der geschilderten Abstützbewegung (Aufkommen auf "allen Vieren") ist es allenfalls zu einem Aufschlagen des Kopfes auf einen gedämpften Untergrund (Sprungmatte) gekommen. Dies ist nach den Darlegungen des Sachverständigen Dr. W am ehesten vergleichbar mit einem peitschenschlagartigen Nachhintenwerfen des Kopfes bei Auffahrunfällen. Unter Betrachtung der Biomechanik des Unfallgeschehens, der frühen Behandlungs- und Beschwerdephase und den bildgebenden Befunden lässt sich daher kein Unfallschaden ermitteln, welcher über eine Distorsion von Weichteilgewebe hinausgeht. Wie auch von dem fachchirurgischen Gutachter Prof. Dr. E festgestellt worden ist, handelte es sich um eine HWS-Zerrung geringen Grades, d.h. eine HWS-Distorsion Grad I nach Erdmann (vgl. hierzu die Darstellung in Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, Kap. 8.3.4.2.1, S. 462 ff.). Die sich hiernach entwickelnden Beschwerden in Form von Kopfschmerzen, Bewegungsstörungen, reaktiven Myogelosen, Blockadephänomenen, Cervicocephalgien und nicht selten auch zentralnervöse oder insgesamt vorübergehende Ausfälle wie Übelkeit, Schwindel oder Kribbelmissempfindungen sind vollständig reversibel. Im Übrigen weist der Sachverständige Dr. W zutreffend darauf hin, dass selbst eine HWS-Distorsionen Grad II (Mikroläsionen am ligamentären Halteapparat) keine bleibenden Veränderungen verursacht (vgl. hierzu auch Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, a. a. O., S. 462 ff.).

Soweit im Behandlungsverlauf unterschiedliche Befunde und Diagnosen bezogen auf die HWS genannt wurden, phasenweise sogar von einer ausgeprägten und vor allem dem Unfall zuzurechnenden Instabilität eines Wirbelsäulensegmentes gesprochen wurde, fehlt es – wie vom Sachverständige Dr. W nachvollziehbar dargelegt - sowohl am Nachweis einer adäquaten Biomechanik sowie entsprechender struktureller Schäden an der HWS. Hinsichtlich der bei der manualtherapeutischen Funktionsanalyse der HWS durch den Sachverständigen am 09. Juni 2009 erkennbaren geringen Öffnungsstörung des Segmentes HWK 5/6 ist es daher rein hypothetisch, diese dem 9 Jahre zuvor stattgehabten Unfallgeschehen zuzuordnen.

Auch die im HNO-Zusatzgutachten vom 07. Februar 2005 von Prof. Dr. E erstmals unter Bezug auf ein für die private Versicherung am 20. Oktober 2001 gefertigtes HNO-Gutachten gestellte Diagnose eines gedeckten Schädelhirntraumas ist im Hinblick auf die zeitnah zum Unfall erhobenen Befunde als spekulativ anzusehen. So legt der gerichtlich gehörte Sachverständige L in seinem hno-ärztlichen Gutachten vom 23. November 2008 nachvollziehbar dar, dass der angeführte Beweis, dass wegen nicht nachweisbarer otoakustischer Emissionen eine Commotio labyrinthi oder Schädigung von Nervenzellen am Hirnstamm (hier Olivenkerne) vorgelegen habe, rein hypothetisch sei. Ein

Schädelhirntrauma war zudem bereits von Prof. Dr. E in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 08. März 2005 zu dem unfallchirurgischen Gutachten vom 18. November 2004 ausgeschlossen worden. Im Übrigen haben weder der erstbehandelnde Arzt Dr. M noch Prof. Dr. E (Dr. W/Dr. B) im fachchirurgischen Gutachten vom 30. Juli 2002 nebst ergänzender Stellungnahme vom 11. Oktober 2002, PD Dr. H im neurologischen Gutachten vom 01. März 2002 und PD Dr. A im hno-ärztlichen Zusatzgutachten vom 09. Juli 2002 im Hinblick auf das geschilderte Unfallgeschehen und die zeitnah zum Unfall gesicherten Befunde Anlass für die Diagnose eines Schädelhirntraumas gesehen.

Die unmittelbar bei dem Unfall am 26. Januar 2000 erlittenen Prellungen der Knie beidseits, des rechten Zeigefingers und der rechten Schulter waren bereits im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung der Klägerin durch Prof. Dr. E (Dr. W/Dr. B) am 30. Januar 2002 folgenlos ausgeheilt. Insbesondere fanden sich hierbei keine Hinweise für eine möglicherweise stattgehabte Verletzung im Bereich des Schlüsselbeines und eine Instabilität im Bereich des ACG oder des Sternoclaviculargelenkes. Letztlich ergab auch die vom radiologischen Gutachter PD. Dr. M durchgeführte MRT-Untersuchung der rechten Schulter vom 25. März 2003 keinen Hinweis auf frische oder ältere Traumafolgen.

Danach erweist sich die vom gerichtlichen Sachverständigen Dr. W getroffene Feststellung, dass sich das von der Klägerin vorgetragene Symptombild bis auf phasenweise auftretende und letztlich behandlungsfähige Cervicocephalgien nicht auf das Geschehen von Januar 2000 zurückführen lasse, es keine Erklärung aus orthopädischer Sicht für die von der Klägerin empfundenen Schmerzen gebe und dass auf orthopädisch-traumatologischem Gebiet von vornherein keine messbare unfallbedingte MdE bestanden habe, als zutreffend. Unabhängig von der Frage des Kausalzusammenhanges können die erstmals 2012 diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung sowie depressive Störung mit Panikstörung und Agoraphobie schon wegen des hier allein maßgeblichen Zeitpunktes für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage, dem Erlass des Widerspruchsbescheides im November 2007, nicht in die MdE-Bewertung einbezogen werden. Darüber hinaus lagen zu diesem Zeitpunkt keine Anhaltspunkte für eine relevante (und unfallbedingte) somatoforme Schmerzstörung sowie depressive Störung mit Panikstörung und Agoraphobie vor, wie sich aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Zusatzgutachten von Frau Dr. H vom 19. März 2002 sowie dem Zwischenbericht des UKB, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie vom 04. Juli 2006 ergibt. Zeitnah zum Unfallgeschehen kam die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie Dr. H nach (u.a. testpsychologischer) Untersuchung der Klägerin vom 04. März 2002 zu dem Ergebnis, dass bei dieser keine klinisch begründbaren Anhaltspunkte für eine somatoforme, dissoziative oder neurotische Störung bestünden. Auch bei der konsiliarischen psychiatrischen Vorstellung während der vom 26. Juni bis zum 04. Juli 2006 durchgeführten stationären Behandlung im UKB ergab sich noch kein Anhalt für eine Somatisierungsstörung.

Abgesehen davon ist der Senat auch nicht im nach § 128 Abs. 1 S. 1 SGG erforderlichen Maße davon überzeugt, dass die erstmals 2012 diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung sowie depressive Störung mit Panikstörung und Agoraphobie mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Folgen des Unfalls vom 26. Januar 2000 sind. Soweit die Klägerin eine Unfallursächlichkeit durch das auf ihren Antrag von dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. W eingeholte Sachverständigengutachten vom 20. Februar 2013 als erwiesen ansieht, vermag das Gutachten dies nicht zu stützen. So vermochte der Sachverständige schon nicht darzulegen, dass die somatoforme Schmerzstörung sowie die depressive Störung mit Panikstörung und Agoraphobie wesentlich durch das Unfallgeschehen bzw. die unmittelbaren Unfallfolgen verursacht worden sind. Der Sachverständige Dr. W hat vielmehr ausgeführt, die Somatisierungstendenzen seien auf dem Boden einer hyperstenisch-dependenten Persönlichkeitsstruktur der Klägerin mit übertriebener Anforderung gegenüber sich selbst und konsekutivem sekundären Insuffizienzerleben zu suchen. Die daraus resultierenden Versagensgefühle würden durch die Somatisierung abgewehrt, machten aber zusätzlich eine ängstliche und depressive Symptomatik im Sinne einer depressiven Episode und einer Panikstörung mit Agoraphobie Platz. Er hat die traumatische Ursache eher als zufälligen Anlass bewertet und die spezifisch hyperstenisch-dependente Persönlichkeit der Klägerin als eigentlichen Auslösefaktor angesehen. Dies korreliert mit der Beschreibung der Persönlichkeitsstruktur der Klägerin als ehrgeizig und leistungsorientiert im Entlassungsbericht der M-Klinik H vom 06. August 2012. Hinsichtlich unfallfremder Einflussfaktoren hat er insbesondere auf eine ungünstige Persönlichkeitsentwicklung hingewiesen, die auch im Rahmen der Sozialisation als Einzelkind mit übertriebenen Erwartungen an die eigenen Fähigkeiten und mangelhafter interpersoneller Interaktion im frühen Kindesalter zu sehen sei. Durch die Erfahrung der eigenen Verwundbarkeit und Verletzlichkeit sei dieses übertriebene Selbstbild vermutlich gebrochen und äußerlich auf den Haltungsapparat projiziert worden. Äußerlich gesehen entstamme die Klägerin einem recht behüteten Elternhaus, wobei jedoch womöglich pädagogische Verzerrungen auf Grund der Einzelkindsituation an der Krankheitsgenese mitbeteiligt sein dürften. Das traumatische Ereignis sei somit nur als Auslöser, jedoch nicht als Ursache zu sehen. Das Ausmaß des Sportunfalls erkläre in keiner Weise die langjährige psychische Reaktion mit phobischem Vermeidungsverhalten, sozialem Rückzug und Aufgabe früherer Tätigkeiten, was auch als eine Tendenz zur Selbstbestrafung und Kasteiung gewertet werden könne. Zutreffend weist der Sachverständige hierzu auf ein sich seit 2008 bei der Klägerin im Rahmen eines schlechten Arbeitsklimas – und damit unfallfremd - zunehmend entwickelndes Überforderungserleben mit deutlicher Überbeanspruchung unter Zeitdruck mit Verstärkung des persönlichen Insuffizienzerlebens hin. Nach den Angaben der Klägerin in der gutachterlichen Untersuchung, die sich mit den anamnestischen Angaben im Entlassungsbericht der M-Klinik H vom 06. August 2012 decken, war ihr Berufsalltag durch eine von ihr in den letzten Jahren geforderte Mehrarbeit bei hohem Lärmpegel im Großraumbüro, starkem Druck von außen und suboptimaler Arbeitsergonomie mit fehlenden offiziellen Bildschirmpausen und mit funktionsuntauglichen Arbeitstischen und Stühlen gekennzeichnet. Sie fühlte sich von Vorgesetzten und Mitarbeitern nicht ausreichend respektiert und geachtet.

Abgesehen davon, dass der Sachverständige damit der Sache nach eine im Wesentlichen auf den Unfall zurückzuführende psychische Erkrankung gemessen an den Kausalitätsmaßstäben der gesetzlichen Unfallversicherung verneinte, unterließ er es jedoch bei seinen Kausalitätserwägungen weitere unfallfremde Faktoren einzubeziehen. So wurde von ihm nicht der die zunehmende Überforderung verstärkende – unfallfremde – Umstand gewürdigt, dass die Klägerin 2010 ein berufsbegleitendes Studium an der Privatuni im Bereich Marketing und Kommunikation aufgenommen hatte, was sie zusätzlich zu ihrer mit häufigen Überstunden verbundenen Vollzeittätigkeit drei- bis viermal in der Woche absolvierte (vgl. Entlassungsbericht der M-Klinik H vom 06. August 2012). Ebenso wenig ging er auf den – unfallfremden – Umstand ein, dass die Klägerin Weihnachten 2011 nach 6jähriger Beziehung von ihrem damaligen Partner verlassen wurde. So hatte die Klägerin in der vom 13. Juni bis zum 24. Juli 2012 durchgeführten stationären Rehabilitationsmaßnahme angegeben, dass die Beziehung davor durch unterschiedliche Auffassungen von Arbeit und Familiengründung belastet gewesen sei und es sie besonders gekränkt habe, dass sie kurz vor der Trennung gerade erst gemeinsam ein Haus besichtigt hätten. Sie komme mit dem Alleinsein schwer zurecht und sei hier auf die Unterstützung ihrer Eltern sehr angewiesen (vgl. Entlassungsbericht der M-Klinik H vom 06. August 2012). Ebenso wenig setzte er sich damit auseinander, dass im Hinblick auf eine immer wieder geklagte Kopfschmerzproblematik schon frühzeitig eine neurologisch-psychiatrische Abklärung im Hinblick auf eine Somatisierungsstörung durch das kinder- und jugendpsychiatrische Zusatzgutachten von Frau Dr. H vom 19. März 2002 erfolgt war und sich auch bei der konsiliarischen psychiatrischen Vorstellung während

der vom 26. Juni bis zum 04. Juli 2006 durchgeführten stationären Behandlung im UKB noch kein Anhalt für eine Somatisierungsstörung oder eine andere psychische Erkrankung ergeben hatte. Zudem vernachlässigte der Sachverständige den Aspekt, dass sich eine psychische Reaktion mit phobischem Vermeidungsverhalten, sozialem Rückzug und Aufgabe früherer Tätigkeiten erst weit nach 2008 bzw. erst ab 2012 bei der Klägerin entwickelte, diese nach dem Unfall die Schule mit dem Abitur und eine Berufsausbildung zur Reiseverkehrskauffrau regelhaft abgeschlossen und 2007 noch sportliche Tätigkeiten, wie Fitnesstraining, Fahrradfahren, Schwimmen und Nordic-Walking (vgl. hno-fachärztliches Gutachten von Prof. Dr. E (Dr. S vom 06. Juli 2007, Sachverständigengutachten des HNO-Arztes L vom 23. November 2008) ausgeübt hatte. Abgesehen davon setzte sich der Sachverständige Dr. W bei seiner Einschätzung der unfallbedingten MdE in Widerspruch zu seinen eigenen Kausalitätserwägungen sowie zu den Kriterien der gesetzlichen Unfallversicherung, als er die Gesamtheit der bei der Klägerin bestehenden psychischen Beschwerden der MdE-Bewertung zugrunde legte.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG und folgt dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil kein Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs. 2 SGG vorliegt.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2014-03-31