

L 3 U 31/04

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 25 U 166/01
Datum
15.01.2004
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 31/04
Datum
11.12.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 15. Januar 2004 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung von Verletztengeld über den 26. Oktober 1998 hinaus sowie von Verletztenrente wegen der Folge eines Wegeunfalls vom 07. Juli 1994.

Die 1963 geborene Klägerin war als Erzieherin in einer Kindertagesstätte des Landes B beschäftigt. Am 07. Juli 1994 lief ihr auf dem Weg zur Arbeit ein Kind in das Fahrrad (Unfallanzeige ihres Arbeitgebers vom 08. Juli 1994), die Klägerin stürzte, während das Kind unverletzt blieb. Der Durchgangsarzt Dr. F vom Evangelischen Krankenhaus K befandete eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung über der unteren Halswirbelsäule (HWS) und leichte Kopfschmerzen und diagnostizierte ein Schleudertrauma der HWS, aber kein Schädel-Hirn-Trauma (Durchgangsarztbericht vom 13. Juli 1994). Auch in der anschließenden stationären Behandlung vom 07. bis zum 12. Juli 1994 wurden keine Anhaltspunkte für ein Schädel-Hirn-Trauma gefunden; es wurde lediglich eine schmerzhafteste Blockierung der HWS bei Seitneigung rechts und eine Schürfwunde am Knie diagnostiziert (Bericht vom 19. Juli 1994). Die Betriebskrankenkasse B (BKK) zahlte der Klägerin im Auftrag der Beklagten Verletztengeld ab dem 06. September 1994. Der behandelnde Arzt für Chirurgie Dr. K, bei dem die Klägerin sich wegen der Unfallfolgen im Juli und August 1994 mehrfach vorgestellt und der eine Distorsion der HWS, eine Kontusion des rechten Kniegelenks und eine Schürfwunde am Kniegelenk rechts diagnostiziert hatte, teilte der Beklagten mit, dass die Arbeitsunfähigkeit (AU) zum 02. August 1994 beendet und die Behandlung abgeschlossen worden sei. Die Vorstellung der Klägerin am 27. Juli 1994 bei seiner Urlaubsvertreterin habe folgendes ergeben: "Subjektiv und objektiv deutlich gebessert, Physiotherapie zu Ende. Die Schanz'sche Krawatte konnte entfernt werden. Auch die Distorsion des rechten Kniegelenks hatte sich gebessert." In der Folgezeit habe die Klägerin angegeben, dass sie eine Woche im Urlaub völlig beschwerdefrei gewesen sei. Dann sei sie gestolpert, wobei sie erneut heftige Schmerzen im Bereich der HWS gespürt habe. Klinisch hätten sich Muskelverspannungen in der Schulter-Nacken-Partie gefunden. Es sei sowohl ihm als auch seinem Personal aufgefallen, dass die Klägerin unbeobachtet den Kopf gerade halte, so dass der Verdacht auf Aggravation wiederholt geäußert worden sei, aber nie habe bewiesen werden können. Sonst habe sie stets eine demonstrative Schiefhaltung gezeigt (Auskunftsschreiben vom 07. November 2000)

Die behandelnde Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. K teilte mit, dass relevante neurologische Funktions- bzw. strukturelle Läsionen durch eine spinale MRT und eine Magnetstimulation ausgeschlossen worden seien; auch die in der C durchgeführte magnetoelektrische Stimulation der Hirnrinde habe beiderseits normale und unauffällige Werte gezeigt (Bericht des PD Dr. L- Charité - vom 02. November und 01. Dezember 1994). Die Klägerin sei gleichwohl sehr beeinträchtigt bei permanentem Schulter-Arm-Syndrom und zunehmender Schiefhalsstellung des Kopfes (Schreiben zur Vorlage bei der Krankenkasse vom 16. Dezember 1994, ärztliche Unfallmeldung vom 10. August 1995 nebst Befundbericht (BB) der Dipom-Psychologin R vom 19. Juni 1995).

Die Klägerin wurde in der Folgezeit vielfach therapiert. Im Rahmen einer teilstationären Behandlung im O Heim (Psychosomatische Orthopädie) vom 19. August bis zum 02. Oktober 1996 wurden ein posttraumatischer chronifizierter Schiefhals und eine somatisierte Depression mit Angstproblematik diagnostiziert und wegen der psychosomatischen Überlagerung ihrer Beschwerden eine Psychotherapie angeregt (Bericht vom 02. Oktober 1996). Im Mai und August 1997 befand sich die Klägerin im J Krankenhaus B zur Durchführung einer Botulinumtoxin-Behandlung, die nach ihren Angaben zur Besserung des Befundes geführt hatte (Bericht vom 15. September 1997).

Aus einem von der Beklagten angeforderten Vorerkrankungsverzeichnis der BKK ergab sich u. a. für die Klägerin eine Zeit der Arbeitsunfähigkeit wegen reaktiver depressiver Verstimmungen am 20. September und vom 25. Oktober bis zum 03. Dezember 1993.

Der von der Beklagten zur Feststellung unfallbedingter Gesundheitsstörungen beauftragte Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. H diagnostizierte einen funktionellen Schiefhals und eine abnorme Erlebnisreaktion/posttraumatische Belastungsreaktion der Klägerin bei Chronifizierungstendenz. Der Unfall sei nicht dramatisch gewesen, unter Berücksichtigung der bei einem solchen Sturz möglichen Verletzungsmechanismen sei von einem nicht sehr starken Trauma auszugehen. Weder sei ein Schädelhirntrauma eingetreten noch eine stärkere cervikale Beschädigung oder ein Schlüsselbeinbruch; sämtliche nachfolgende Diagnostik habe keinen pathologischen Befund ergeben. Die Klägerin, die eine Neigung zu ängstlichen Reaktionen und zur Problemverdrängung habe, könne ihre Konflikte nur über die Körperschiene lösen und fixiere sich deshalb auf die jetzige Symptomatik. Ein objektiver Befund sei dafür überhaupt nicht vorhanden (Gutachten vom 28. November 1995 nebst ergänzender Stellungnahme vom 29. Dezember 1996). Im fachärztlichen Kontroll-Gutachten vom 02. Juni 1997 führte Dr. H aus, die psychosomatische Behandlung habe keine Verbesserung des Syndroms bewirkt, was neben neurophysiologischen Gründen auch psychiatrisch-tiefenpsychologische Hintergründe habe. Der Schiefhals sei als funktionelles Störsyndrom mit multifaktoriellem Hintergrund aufzufassen. Die Klägerin solle alsbald ihre Tätigkeit wieder aufnehmen. Allerdings habe sie von der früheren Hortarbeit das Gefühl berichtet, dass ihr diese "über den Kopf wachse". Der von der Beklagten des Weiteren beauftragte Arzt für Neurologie Prof. Dr. M diagnostizierte in seinem Gutachten vom 30. September 1998 nebst ergänzender Stellungnahme vom 02. Dezember 1998 einen fixierten Laterocollis nach links mit Bewegungseinschränkung der HWS und der linken Schulter. Er gelangte zu dem Ergebnis, die bestehenden Beschwerden seien zwar durch das Unfallereignis vom 07. Juli 1994 ausgelöst worden, dadurch aber nicht erklärbar. Gegen eine Torsionsdystonie als Ursache der Beschwerden spreche die fixierte Fehlhaltung und das Fehlen einer Geste Antagonistique (Hilfshaltung/Gegensteuerung), auch spreche die zeitliche Korrelation gegen eine traumatische Entstehung der Schiefhals-Symptomatik. Es könne aber nach dem Unfall im HWS-Bereich zu einer schmerzbedingten Schonhaltung gekommen sein, die dann zur Entstehung eines muskulären Schiefhalses und zu einer Bewegungseinschränkung im linken Schultergelenk als Inaktivitätsatrophie mit entsprechender Schmerzsymptomatik geführt habe, zusätzlich könne eine Symptomverstärkung in Form eines psychogenen Schiefhalses als konversionsneurotisches Syndrom angenommen werden. Die im Gutachten von Dr. H sowie in der psychologischen Untersuchung von Frau R beschriebenen Auffälligkeiten im Bereich Depressivität und Labilität sowie Irritierbarkeit könnten auch als Folge der bereits über längere Zeit bestehenden Haltungsanomalie des Kopfes interpretiert werden und erlaubten keinen direkten Rückschluss auf die Primärpersönlichkeit der Klägerin. Die ambulante Behandlung ab dem 03. Oktober 1996 (Abschluss der Behandlung im O Heim) sei nicht mehr wegen der Unfallfolgen erforderlich gewesen, Ansprüche aus der gesetzlichen Unfallversicherung bestünden nicht mehr. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) aufgrund der Unfallfolgen bestehe nicht.

Die BKK stellte im Auftrag der Beklagten die Zahlung des Verletztengeldes zum 26. Oktober 1998 ein und teilte dies der Klägerin mit Schreiben vom 08. Dezember 1998 mit.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 01. Februar 1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15. Februar 2001 die Gewährung einer Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 07. Juli 1994 ab, da der Unfall eine MdE im rentenberechtigenden Grade nach dem Wegfall der Arbeitsunfähigkeit ab dem 03. Oktober 1996 nicht hinterlassen habe.

Mit ihrer hiergegen vor dem Sozialgericht Berlin (SG) erhobenen Klage hat die Klägerin ihr Begehren auf Gewährung von Entschädigungsleistungen weiter verfolgt und ergänzend vorgetragen, die Angabe ihres Arztes Dr. K, sie sei eine Woche im Urlaub völlig beschwerdefrei gewesen, treffe nicht zu. Nach dem Stolpern im Urlaub habe sich ein stechender Schmerz durch ihren Kopf gezogen, der von da ab immer wieder zurückgekehrt sei. Die Schiefhalsproblematik bestehe nach wie vor und sie könne den linken Arm nicht bewegen. Bei der Bestimmung der MdE sei zudem auch die nunmehr vorliegende depressive Erkrankung zu berücksichtigen. Ihr Arbeitsverhältnis bestehe noch, sie sei aber weiterhin krankgeschrieben und erhalte von der Haftpflichtversicherung des Kindes, der A Versicherungs AG, eine Entschädigung wegen Verdienstausschlag, wobei ein Mitverschuldensanteil von 25 % berücksichtigt werde.

Das SG hat ein von Prof. Dr. E (Charité) für die A Versicherungs AG erstattetes neurologisches Gutachten vom 17. September 1997 beigezogen, der eine folgenlos ausgeheilte Distorsion der HWS nach Fahrradsturz diagnostiziert hat. Ausweislich der orthopädischen Zusatzbegutachtung von Dr. P und Dr. Z vom 27. August 1997 lägen bei der Klägerin eine Periarthritis humeroscapularis links mit Bewegungseinschränkung der linken Schulter, eine skoliothische Fehlhaltung der HWS nach links im Sinne einer Schiefhalsstellung, chronische Zephalgien unterschiedlicher Intensität sowie chronisch-rezidivierende thorakale Schmerzsyndrome vor. Die Schiefhalsstellung und Bewegungseinschränkung der linken Schulter als erlebnisreaktive Entwicklungsstörung mit Ausbildung einer Neurose, das zervikozephalische Schmerzsyndrom mit prädominanter Ausprägung von Kopfschmerzen und die HWS-Bewegungseinschränkungen seien als unfallunabhängig anzusehen. Die habituelle Fehlhaltung der HWS sowie des linken Schultergürtels hätten sich vermutlich aus einer posttraumatischen schmerzbedingten Schonhaltung entwickelt. Inwieweit eine funktionelle Ausgestaltung der Beschwerden vorliege und somit krankheitsunterhaltend wirke, sei nicht sicher auszumachen. Aus neurologischer Sicht ergebe sich zu diesem Zeitpunkt eine MdE um 25 % für die Dauer von zwei Jahren.

Das SG hat des Weiteren die für die Bundesversicherung für Angestellte (BfA) im Rahmen des Rentenverfahrens der Klägerin erstellten Gutachten der Ärztin für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie Dr. W und der Ärztin für Orthopädie Dr. F beigezogen. Die Gutachterin Dr. W hat ausgeführt, die Nacken-Schultergürtelmuskulatur sei deutlich verspannt, es lägen aber weder Paresen noch sichtbare Muskelatrophien vor. Der Kopf stehe halb schief, die Drehung werde nur ganz geringfügig durchgeführt. Sei die Klägerin durch das Gespräch abgelenkt, gehe der Kopf etwas nach oben, konzentriere sie sich auf ihre Halsbeschwerden, werde die Schiefelage deutlich stärker. Eine gewisse Krankheitsfixierung und ein Rentenbegehren seien nachweisbar, wobei aber eine Psychogenese des Schiefhalses nicht beschrieben werden könne. Eine Motivation zur Wiederaufnahme ihrer Berufstätigkeit sei nicht nachweisbar, auch für eine Aufarbeitung seelischer Zusammenhänge sei die Klägerin nicht motiviert (Gutachten vom 22. Juli 1998). Die Ärztin für Orthopädie Dr. F hat einen konträren linksseitigen Schiefhals sowie eine radiologisch nicht erklärbare chronische schmerzhafte Bewegungseinschränkung der HWS und des linken Schultergelenks diagnostiziert und darauf hingewiesen, dass die Klägerin seit dem Unfall vielfältig unter Ausschöpfung sämtlicher apparativer Diagnostik behandelt worden sei, wobei die durchgeführten Therapiemaßnahmen ein breites Spektrum einschließlich psychotherapeutischer Maßnahmen umfasst hätten (Gutachten vom 22. Juli 1998).

Mit Urteil vom 15. Januar 2004 hat das SG die Klage abgewiesen und ausgeführt, Streitgegenstand sei auch die Gewährung von Verletztengeld über den 26. Oktober 1998 hinaus. Die Beklagte habe im angefochtenen Bescheid ausdrücklich über die Gewährung von Verletztenrente und damit insoweit auch konkludent über die Gewährung von Verletztengeld über den 26. Oktober 1998 hinaus entschieden, so dass auch insoweit eine gerichtlich überprüfbare Verwaltungsentscheidung vorliege. Die Mitteilung der BKK vom 08.

Dezember 1999 über die Einstellung des Verletztengeldes ab dem 26. Oktober 1998 stelle einen im Namen der Beklagten ergangenen Verwaltungsakt im Rahmen des Auftragsverhältnisses ([§ 88 Abs. 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X)) dar. Über den hiergegen erhobenen Widerspruch habe die Beklagte zwar nicht ausdrücklich entschieden, jedoch enthalte der angefochtene Bescheid in seinen Gründen am Ende die Feststellung, dass Arbeitsfähigkeit aufgrund der Unfallfolgen mit Abschluss der Behandlung im O Heim am 03. Oktober 1996 wieder eingetreten sei und somit Ansprüche auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung nicht mehr bestünden. Die Klägerin habe über den 26. Oktober 1998 hinaus keinen Anspruch auf Verletztengeld und nach Wegfall der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit mangels fortbestehender Unfallfolgen auch keinen Anspruch auf Verletztenrente. Dies ergebe sich aus dem Gesamtbild der medizinischen Unterlagen. Die Klägerin habe sich bei ihrem Sturz mit dem Fahrrad am 07. Juli 1994 eine Distorsion der HWS, eine Kontusion des rechten Kniegelenks und eine Schürfwunde am Kniegelenk rechts zugezogen, wobei sich nach dem Bericht des Dr. K bereits am 27. Juli 1994 subjektiv und objektiv eine deutliche Besserung gezeigt habe. Die Behandlung sei abgeschlossen und die Arbeitsunfähigkeit zum 02. August 1994 beendet worden. Spätestens ab Ende der teilstationären Behandlung im O Heim am 03. Oktober 1996 seien keine Gesundheitsstörungen mehr nachweisbar gewesen, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Folgen des Arbeitsunfalls seien. Die Schiefhalsstellung sei demgegenüber nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Folge des Wegeunfalls vom 07. Juli 1994. Organische Ursachen für den Schiefhals hätten ausgeschlossen werden können. Die Entwicklung des Schiefhalses sei auch nicht als psychoreaktive Unfallfolge zu werten. Die Gutachter hätten ihn u. a. als habituelle Fehlstellung, als kontrakten Schiefhals durch permanente Störung der muskulären Balance oder als funktionelles Störsyndrom mit multifaktoriellem Hintergrund bewertet, das durch das Unfallereignis vom 07. Juli 1994 ausgelöst worden, dadurch aber nicht erklärbar sei. Diese Vermutung werde durch die Beobachtungen des behandelnden Arztes Dr. K gestützt, der mitgeteilt habe, die Klägerin habe den Kopf gerade gehalten, wenn sie sich unbeobachtet gefühlt habe, so dass der Verdacht auf Aggravation geäußert worden sei. Begehrens- oder Wunschvorstellungen als wesentliche Ursache für das Entstehen und Fortbestehen des Schiefhalses könnten nicht ausgeschlossen werden. Die Klägerin befinde sich in einem Zustand dauerhafter Arbeitsunfähigkeit bei bestehendem Arbeitsverhältnis und gleichzeitiger finanzieller Absicherung durch Verletztengeld bzw. Verdienstausschlag. Auch die Gutachterin Dr. W habe darauf hingewiesen, dass bei der Klägerin sicherlich ein Rentenbegehren vorliege, ohne dass aber allein daraus auf eine psychogene Verursachung des Schiefhalses geschlossen werden könne. Nach alledem sei der Schiefhals nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Folge des Wegeunfalls vom 07. Juli 1994.

Gegen das ihr am 15. April 2004 zugestellte Urteil richtet sich die bei dem Landessozialgericht eingelegte Berufung, mit der die Klägerin ihr erstinstanzliches Begehren weiterverfolgt.

Auf den Antrag der Klägerin nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat zunächst die Fachärztin für Neurologie Frau PD Dr. F mit der Erstellung eines Zusammenhangsgutachtens beauftragt. In ihrem Gutachten vom 24. November 2005, das sich auf eine neurologische Untersuchung vom 27. September 2005 sowie auf eine elektrophysiologische Untersuchung stützt, ist die Sachverständige zur Diagnose eines funktionellen Muskelhartspanns der HWS mit habitueller Fehlstellung des Kopfes in Form eines Schiefhalses, daraus folgender schmerzbedingter Bewegungseinschränkung der HWS, habitueller Fehlhaltung des linken Schultergürtels sowie diskreter Inaktivitätsatrophie abhängiger Muskelgruppen gelangt. Die neurologische Untersuchung habe eine 30°-Neigung des Kopfes nach links ergeben, das Aufrichten sei unter Angabe von Schmerzen bis zur Mittellinie möglich gewesen, nicht jedoch die Seitwärtsneigung nach rechts. Die passive Bewegung des linken Arms im Schultergelenk sei wegen Schmerzangabe kaum prüfbar gewesen, bei Bewegungen des Kopfes und des Arms werde gegen gehalten. Hinsichtlich der Hirnnerven und der Motorik habe sich ein unauffälliger Befund ergeben, Paresen und Atrophien lägen nicht vor, die Sensibilität sei für alle Qualitäten intakt, der Gang sei vorsichtig, aber sicher, das Romberg'sche Zeichen sei negativ. Die Klägerin habe angegeben, fast ständig an Kopf- und Nackenschmerzen und an einer Durchschlafstörung zu leiden, sie nehme insgesamt ca. 10 Schmerztabletten (Paracetamol oder Dolormin) pro Woche. Die Stimmung sei unauffällig, abhängig von den Beschwerden, sie leide nicht an langen Phasen von Traurigkeit oder Antriebslosigkeit. Sie rauche täglich 10 Zigaretten, trinke gelegentlich Alkohol. Ihr Ehemann sei als Elektromechaniker in Arbeit, die Tochter mache eine Ausbildung zur Hotelkauffrau, ihr Sohn mache Abitur. Sie selbst stehe um 06:45 Uhr auf und mache das Frühstück, räume auf, gehe einkaufen, koche das Mittagessen für den Sohn, nachmittags lese sie oder gehe spazieren. Den Haushalt besorge sie fast allein, der Ehemann sauge Staub, die Tochter erledige die Wäsche. Der Abend werde mit Spielen und Fernsehen verbracht, wegen finanzieller Einschränkungen gehe man selten aus. Im Haus habe man einen festen Freundeskreis. Die Sachverständige Dr. F ist zu dem Ergebnis gekommen, bei der Klägerin liege eine rein funktionelle Störung ohne organisches Korrelat mit nur geringer Beeinträchtigung im Alltagsleben vor, so wie es auch die Vorgutachter bereits eingeschätzt hätten. Welcher Art die Psychogenese der vorliegenden Störung sei (Wunsch nach Entschädigung, sekundärer Krankheitsgewinn oder tiefenpsychologisch begründbare Symptomatik) habe nicht abschließend geklärt werden können, sei aber für die Beurteilung der unfallbedingten Folgen nicht wesentlich. Das gute Funktionieren der Klägerin im Alltag mit fast vollständiger Bewältigung der Haushaltspflichten spreche dafür, dass im Wesentlichen eine volle Erwerbsfähigkeit vorliege. Distorsionen der HWS seien üblicherweise nach vier bis sechs Wochen vollständig abgeklungen. Im Falle der Klägerin seien bei mehreren Konsultationen niemals darüber hinausgehende körperliche Auffälligkeiten gefunden worden, so dass von einer vollen Erwerbsfähigkeit spätestens sechs Wochen nach dem Unfallereignis auszugehen sei. Der Grad der MdE durch die Unfallfolgen sei mit Null anzusetzen.

Der auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) weiterhin beauftragte Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. Z hat in seinem Gutachten vom 09. November 2006 eine komplexe seelische Störung diagnostiziert, und zwar eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4) mit sog. psychogenem Schiefhals in Verbindung mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), einen Analgetika-Missbrauch (ICD-10: F19.1) und eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.01), die aus einer Angst- und depressiven Störung, gemischt (ICD-10: F41.2), hervorgegangen sei. Die Klägerin habe angegeben, psychisch sehr durch die schwere Erkrankung ihres Sohnes (Liquorabflussstörung) beeinträchtigt gewesen zu sein. Die Hausarbeit schaffe sie nur noch in sehr geringem Umfang, ihre Familie helfe viel. Sie habe durch den Schiefhals das Gefühl, "zur Seite zu kippen", Fahrrad fahre sie nach einem gescheiterten Versuch nicht mehr. Sie nehme ständig Schmerzmittel (fast täglich bis zu 4 Tabletten Paracetamol, bei Bedarf Dolormin), leide unter massiven Schlafstörungen, fühle sich am Tag schlapp, müde und oft traurig, sei seit dem Unfall durchgängig in nervenärztlicher Behandlung. Bei der körperlichen Untersuchung (Prüfung der Kopfbeweglichkeit und der Schultergelenksbeweglichkeit links) sei ein äußerst kräftiges aktives Gegenhalten aufgefallen. Paresen und Atrophien seien nicht feststellbar gewesen. In der Wartzone sei beobachtet worden, dass die Klägerin den Kopf völlig gerade gehalten habe, bei der Begrüßung habe sie eine mäßige Schiefhaltung des Kopfes nach links gezeigt und dann ausgeprägter während der körperlichen Untersuchung. Die Fehlstellung des Kopfes sei Ausdruck einer dissoziativen Bewegungsstörung. Zwar sei das Unfallgeschehen keinesfalls ein massives Trauma gewesen, was jedoch der Annahme einer seelischen Fehlverarbeitung mit dauerhaften psychischen Auswirkungen nicht entgegenstehe. Obwohl eine zum Zeitpunkt des Unfalls vorliegende psychische Störung bei der Klägerin nicht mit hinreichender Sicherheit festgestellt werden könne, sei jedenfalls eine gewichtige

Schadensanlage als eine wesentliche Teilursache der sich nach dem Unfall herausbildenden komplexen psychischen Störung festzustellen. Die Klägerin, die durch die berufliche Belastung und die schwere Erkrankung ihres Sohnes über ihre Kräfte beeinträchtigt gewesen sei, habe im Vorfeld des Unfallereignisses psychische Auffälligkeiten (depressive Verstimmung) gezeigt, die in Belastungssituationen zur Manifestation psychischer Symptome hätten Anlass geben können. Eine spezielle ungünstige Konstellation von Umständen mit dem Unfallereignis als kritischem Faktor habe die chronifizierende psychische Erkrankung hervorgerufen. Hätte sich das Unfallereignis am 07. Juli 1994 nicht ereignet, wäre die Klägerin hierdurch nicht aus ihrem Arbeitsalltag gerissen worden, hätte sie keinen Anlass zu selbstzweifelnden Vorwürfen erhalten. Wäre sie nicht durch die mit einer HWS-Distorsion verknüpften körperlichen Beschwerden konfrontiert gewesen, so hätte sie grundsätzlich trotz ihrer vielfältigen Belastungen eine weitgehend unauffällige Entwicklung nehmen können. Dabei spielten dem bewussten Erleben weitgehend entzogene Fehlverarbeitungsvorgänge eine zentrale Rolle. Mit dem Unfallereignis sei eine Arbeitsunfähigkeit eingetreten, die zunächst somato-medizinisch begründet, später ausschließlich durch die seelische Erkrankung determiniert gewesen sei. In Übereinstimmung mit den Vorgutachtern erkenne er keine unfallbedingte neurologische Erkrankung, dies schließe eine unfallbedingte psychische Erkrankung aber nicht aus. Die durch diese unfallbedingte seelische Erkrankung begründete MdE sei mit 40 v. H. einzuschätzen.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 15. Januar 2004 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 01. Februar 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15. Februar 2001 zu verurteilen, ihr wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 07. Juli 1994 Verletztengeld über den 26. Oktober 1998 hinaus sowie Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie bezieht sich auf eine beratungsärztliche Stellungnahme des Facharztes für Nervenheilkunde und für Physikalische und Rehabilitative Medizin Dr. Dr. W vom 17. Juli 2007. Hiernach sei ein Vorgang mit banalem Fahrradsturz und abklingender Prellung der HWS unter Beachtung naturwissenschaftlich-medizinischer Aspekte schon allgemein nicht geeignet, eine in Chronifizierung übergehende dissoziative Störung bzw. Konversionssymptomatik auszulösen. Der Unfallchirurg Dr. K habe ein zügiges Abklingen der unfallbedingten Verletzungsfolgen im HWS-Bereich und eine hiernach eintretende Beschwerdefreiheit festgestellt. Bei der Klägerin habe - unfallunabhängig - vielmehr ein psychischer Vorschaden vorgelegen, der bereits im Jahre 1993 zu einer fünfwöchigen Arbeitsunfähigkeit wegen depressiver Störungen geführt habe. Prof. Dr. Z habe nachvollziehbar die psychosozialen Belastungsfaktoren bei der Klägerin herausgearbeitet (schwer erkrankter Sohn, vorangegangene depressive Episode, Überforderung durch die Berufstätigkeit), die aber sämtlich als unfallunabhängig anzusehen seien.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten (Geschäftszeichen R12(L211)-26149) und der Gerichtsakten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Wie das SG zutreffend entschieden hat, steht der Klägerin wegen des Wegeunfalls vom 07. Juli 1994 weder ein Anspruch auf Weitergewährung von Verletztengeld über den 26. Oktober 1998 hinaus noch ein Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente zu.

Nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO), die hier noch Anwendung finden, da sich das zu beurteilende Ereignis vor dem 01. Januar 1997 ereignet hat (Art. 36 des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes, [§ 212](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII)), haben Versicherte, solange sie infolge eines Arbeitsunfalls (§§ 548 Abs. 1 Satz 1, 550 Abs. 1 RVO) arbeitsunfähig im Sinne der Krankenversicherung sind und keinen Anspruch auf Übergangsgeld haben, Anspruch auf Verletztengeld (§ 560 RVO). Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 13. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus um wenigsten ein Fünftel gemindert ist, haben Anspruch auf Verletztenrente (§§ 539 Abs. 1 Nr. 1, 580 Abs. 1 RVO, 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO). Als Arbeitsunfall gilt auch ein Unfall auf einem mit einer versicherten Tätigkeit zusammenhängenden Weg nach und von dem Ort der Tätigkeit (§ 550 Abs. 1 RVO). Die Gewährung von Entschädigungsleistungen setzt außerdem voraus, dass überhaupt eine Arbeitsunfähigkeit bzw. eine MdE des Versicherten in Folge des Arbeitsunfalls gegeben ist und dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der schädigenden Einwirkung und der Gesundheitsstörung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) vorliegt. Dabei muss der Unfall, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß im Sinne des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden. Für den ursächlichen Zusammenhang, der nach der im Unfallversicherungsrecht maßgebenden Kausalitätslehre der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, reicht grundsätzlich die "hinreichende" Wahrscheinlichkeit aus. Ursachen im Rechtssinne sind diejenigen Bedingungen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg an dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Hierbei ist der Begriff "wesentlich" 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 anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. Ist allerdings eine Ursache gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist nur sie "wesentlich" und damit Ursache im Rechtssinn (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 12. April 2005, [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#); Urteil vom 09. Mai 2006, [B 2 U 40/05 R](#), in juris).

Die Klägerin hat nach diesen Grundsätzen keinen Anspruch auf Gewährung von - weiteren - Entschädigungsleistungen. Zwar hat die Klägerin einen Arbeitsunfall in Form eines Wegeunfalls erlitten, als sie am Morgen des 07. Juli 1994 auf dem Weg zu ihrer Arbeitsstätte mit dem Fahrrad stürzte; dieser ist von der Beklagte auch anerkannt und letztlich bis zum 26. Oktober 1998 entschädigt worden. Es bestehen aber über den 26. Oktober 1998 hinaus keine Gesundheitsstörungen mehr, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Folgen des Arbeitsunfalls sind und die einen Anspruch auf Verletztengeld begründende Arbeitsunfähigkeit bzw. eine einen Anspruch auf Verletztenrente begründende MdE bedingen.

Zur Überzeugung des Senats steht nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens ([§ 128](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)), insbesondere aufgrund der zeitnah erhobenen Befunde fest, dass die Klägerin bei dem Unfallereignis vom 07. Juli 1994 eine Distorsion der HWS mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung und (leichten) Kopfschmerzen sowie eine Kontusion des rechten Kniegelenks mit einer Schürfwunde (vgl. Bericht des Durchgangsarztes Dr. F vom Evangelischen Krankenhaus K vom 13. Juli 1994 und Entlassungsbericht vom 19. Juli 1994 sowie Diagnose

des behandelnden Arztes Dr. K erlitten hat. Diese Gesundheitsschäden haben nicht zu einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit über den 26. Oktober 1998 hinaus geführt. Schwerwiegende Unfallfolgen, etwa ein Schädel-Hirn-Trauma, wurden weder von dem Durchgangsarzt Dr. F (Bericht vom 13. Juli 1994) noch anlässlich des stationären Aufenthalts im Evangelischen Krankenhaus K (Bericht vom 19. Juli 1994) festgestellt. Ein spinale MRT und eine Magnetstimulation konnten relevante Funktionsstörungen bzw. strukturelle Läsionen der HWS ausschließen. Nach Mitteilung des behandelnden Arztes Dr. K hat die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bereits zum 02. August 1994 geendet. Bei der Vorstellung der Klägerin am 27. Juli 1994 hat sich subjektiv und objektiv eine deutliche Besserung gezeigt, die Physiotherapie ist beendet und die Schanz'sche Krawatte entfernt worden. Auch die bei dem Unfall erlittene Kontusion des rechten Kniegelenks hatte sich gebessert. Für die Richtigkeit dieser Feststellung spricht, dass die Klägerin selbst angegeben hat, eine Woche im Urlaub völlig beschwerdefrei gewesen zu sein, und erst, nachdem sie am 22. August 1994 gestolpert sei, erneut heftige Schmerzen im Bereich der HWS verspürt zu haben (siehe Bericht des Dr. K vom 07. November 2000 nebst Kopie der Patientenakte). Die Untersuchung nach dem Ereignis vom 22. August 1994 hat lediglich zur Feststellung von Myogelosen in der Schulter-Nacken-Partie geführt. Selbst wenn man einen verlängerten Heilungsverlauf auf Grund des Zusammenwirkens mit innerpsychischen Vorgängen bei der Klägerin annehmen würde, ist spätestens nach Abschluss der teilstationären psychosomatischen Behandlung im O Heim am 02. Oktober 1996 von der Ausheilung der Unfallfolgen auszugehen. Der Bericht vom 03. Oktober 1996 führt die oben genannten unfallbedingten Gesundheitsstörungen nicht mehr auf. So hat auch Dr. M in seinem neurologischen Gutachten vom 30. September 1998 darauf hingewiesen, dass die ambulante Behandlung ab dem 03. Oktober 1996 nicht mehr wegen der Unfallfolgen erforderlich gewesen ist, eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit nicht mehr bestanden hat und eine MdE aufgrund der Unfallfolgen nicht gegeben ist. Diese Einschätzung wird zudem von der auf Antrag der Klägerin beauftragten Fachärztin für Neurologie Dr. F bestätigt, die in ihrem Gutachten vom 24. November 2005 darauf hingewiesen hat, dass Distorsionen der HWS ohne weiteres organisches Korrelat üblicherweise nach vier bis sechs Wochen vollständig abklingen und dass bei der Klägerin in mehreren Konsultationen niemals darüber hinausgehende körperliche Auffälligkeiten gefunden worden sind. Auch die unfallmedizinische Literatur geht davon aus, dass eine leichte Distorsion der HWS üblicherweise in zwei bis sechs Wochen, eine mittelschwere Distorsion in vier bis zwölf Wochen folgenlos ausheilt (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, Kap. 8.3.4.5., S. 562). Im Übrigen macht auch die Klägerin selbst die Distorsion der HWS nicht mehr als andauernde Unfallfolge geltend.

Die Klägerin kann sich zur Begründung ihrer erhobenen Ansprüche wegen fortbestehender Unfallfolgen nicht mit Erfolg auf die Einschätzung der für die BfA tätig gewordenen Gutachterinnen Dr. W und Dr. F (Gutachten vom 22. Juli 1998), die ein lediglich halb- bis unter vollschichtiges Leistungsvermögen wegen kontrakter Schiefhalsstellung und permanenter Störung der muskulären Balance nach Unfall 1994 angenommen haben, berufen. Die Gutachterinnen hatten bei ihrer Beurteilung der Restleistungsfähigkeit der Klägerin nach den Kriterien der gesetzlichen Rentenversicherung weder die Frage der Kausalität des Unfallereignisses für die bei der Klägerin bestehenden Erkrankungen im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu beantworten, noch haben sie dazu qualifizierte Äußerungen gemacht. Zudem unterscheidet sich die MdE im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung begrifflich und tatsächlich von der Erwerbsminderung im Sinne von [§§ 43, 44](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2000 maßgeblichen Fassung (SGB VI a. F.), die auf die Klägerin anzuwenden war ([§ 300 Abs. 2 SGB VI](#)), bzw. § 43 SGB VI. In der gesetzlichen Unfallversicherung wird der – prozentuale – Verlust der Einsatzmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Gesamtheit der Arbeitsmöglichkeiten) festgestellt und die Verletztenrente hat teilweise Schadensersatzcharakter (vgl. Franke/Molkentin, Sozialgesetzbuch VII, 2. Auflage 2007, § 56 Rdn. 1, 2). Im Rentenrecht wird dagegen auf die untermittelte Leistungsfähigkeit im erlernten bzw. im zuletzt ausgeübten Beruf bzw. in einer Verweisungstätigkeit sowie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abgestellt.

Die sich bei der Klägerin in der Zeit nach Abklingen der unmittelbaren Unfallfolgen zunehmend entwickelnde Schiefhalsstellung mit Bewegungseinschränkungen im Bereich der HWS und der linken Schulter, die Somatisierungsstörung sowie die geltend gemachte depressive Erkrankung mit Angstsymptomatik sind nicht wesentlich durch das Unfallereignis vom 07. Juli 1994 verursacht. Allein der zeitliche Zusammenhang bzw. die von den Gutachtern und Sachverständigen im Wesentlichen bestätigte Auslösefunktion des Unfallereignisses im Sinne einer "conditio sine qua non" reichen zur Begründung eines Kausalzusammenhangs im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung nicht aus.

So ist zunächst noch einmal hervorzuheben, dass sich nach Auffassung aller Gutachter und Sachverständigen wie auch der behandelnden Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. K eine organische Ursache, die wiederum in dem Unfallereignis gründet, für die Schiefhalsstellung der Klägerin nicht finden lässt. Es konnte weder eine Ursache auf orthopädischem noch auf neurologischem Fachgebiet, etwa in Form eines unfallbedingten Schädel-Hirn-Traumas, festgestellt werden. Funktionsstörungen oder strukturelle Läsionen der HWS wurden nach Angaben der behandelnden Ärztin Dr. K durch Erstellung einer spinalen MRT und einer in der C durchgeführten magnetelektrischen Stimulation der Hirnrinde ausgeschlossen (vgl. Berichte von Dr. L vom 02. November 1994 und 01. Dezember 1994). Soweit der Gutachter Prof. Dr. M in seinem Gutachten vom 02. Dezember 1998 eine muskulär bedingte Schiefhalsstellung diskutiert hat, hat er dargelegt, dass gegen eine Torsionsdystonie als Ursache der Beschwerden die fixierte Fehlhaltung und das Fehlen einer Geste Antagonistique (Hilfshaltung/Gegensteuerung) spricht. Dies ist von Prof. Dr. Z an Hand der von ihm vorgenommenen neurologischen Untersuchung nochmals bestätigt worden. Soweit Prof. Dr. M unter differentialdiagnostischen Aspekten neben einer psychogenen Ursache auch erörtert hat, dass es nach dem Unfall im HWS-Bereich zu einer schmerzbedingten Schonhaltung gekommen sei, die dann zur Entstehung eines muskulären Schiefhalses und zu einer Bewegungseinschränkung im linken Schultergelenk als Inaktivitätsatrophie mit entsprechender Schmerzsymptomatik geführt haben könne, hat er eine traumatische Genese letztlich abgelehnt. Abgesehen davon kann ein muskulär (organisch) bedingter Schiefhals im Hinblick auf die Beobachtungen des erstbehandelnden Chirurgen Dr. K wie auch der Sachverständigen Dr. F und Prof. Dr. Z, dass die Klägerin sehr wohl in der Lage ist, ihren Kopf völlig gerade zu halten, nicht festgestellt werden. Selbst Prof. Dr. Z hat in seinem Gutachten vom 09. November 2006 darauf hingewiesen, dass die Klägerin vor der Untersuchung in der Wartezone den Kopf gerade gehalten und erst bei der Begrüßung durch den untersuchenden Arzt eine mäßige Schiefhaltung des Kopfes nach links gezeigt hat, die während der körperlichen Untersuchung ausgeprägter geworden ist. Bei der Prüfung der Kopfbeweglichkeit ist ein äußerst kräftiges und aktives Gegenhalten aufgefallen. Dies deckt sich mit den bereits geschilderten Beobachtungen von Dr. K, wonach ihm als auch seinem Personal aufgefallen war, dass die Klägerin unbeobachtet den Kopf gerade hält, sowie von Frau Dr. F die ebenfalls die Aufrichtung des Kopfes als möglich sowie eine aktives Gegenspannen bei den Bewegungsprüfungen beschrieben hat. Zudem fehlt es auch 12 Jahre nach dem Unfall, wie von Frau Dr. F und Prof. Dr. Z beschrieben, an den bei einer muskulär bedingten andauernden Schiefhalsstellung zu erwartenden ausgeprägten Muskelatrophien im Bereich der HWS und des Schultergürtels.

Voraussetzung für die Anerkennung von psychischen Gesundheitsstörungen als – mittelbare – Unfallfolgen ist immer die Feststellung der

konkreten Gesundheitsstörung, die bei der Verletzten vorliegt und ihre Erwerbsfähigkeit mindert bzw. eine Arbeitsunfähigkeit bedingt, wobei die Gesundheitsstörung unter Anwendung der international anerkannten Diagnoseschlüssel (ICD 10 = Zehnte Revision der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahre 1989) zu konkretisieren ist (vgl. BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, [B 2 U 1/05 R](#), in juris). Die Feststellung einer konkreten Gesundheitsstörung begegnet im vorliegenden Fall erheblichen Schwierigkeiten, da der psychische Gesundheitszustand einschließlich der Schiefhalssymptomatik der Klägerin seit dem Unfallereignis vielfach untersucht und unterschiedlich beschrieben und beurteilt worden ist. So ist im Bericht des O Heims vom 15. September 1997 von einem posttraumatisch chronifizierten Schiefhals und einer somatisierten Depression mit Angstproblematik gesprochen worden, wogegen im Bericht des J Krankenhauses B (vom 02. Juli 1997) kein auffälliger psychischer Befund erhoben worden ist. Der von der Beklagten beauftragte Gutachter Dr. H (Gutachten vom 28. November 1995 und vom 02. Juni 1997) hat eine abnorme Erlebnisreaktion/posttraumatische Belastungsreaktion und einen funktionellen Schiefhals als Ausdruck eines mehrdimensionalen funktionellen Syndroms diagnostiziert. Prof. Dr. M hat in seinem Gutachten vom 02. Dezember 1998 von einem muskulären oder psychogenen Schiefhals bei Annahme von Begehrens- oder Wunschvorstellungen der Klägerin gesprochen. Prof. Dr. E (Gutachten für die A Versicherungs AG vom 17. September 1997) und die auf Antrag der Klägerin bestellte Sachverständige Dr. F (Gutachten vom 24. November 2005) haben ausgeführt, dass es sich um eine habituelle Fehlstellung des Kopfes bzw. des Halses handelt. Prof. Dr. Z hat dann in seinem Gutachten vom 09. November 2006 als Diagnosen eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD 10: F44.4) mit sog. psychogenem Schiefhals, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.01), hervorgegangen aus einer Angst- und depressiven Störung, gemischt (ICD-10: F41.2), gestellt.

Im Ergebnis haben die Gutachter und Sachverständigen, mit Ausnahme von Prof. Dr. Z, mangels Nachweis einer organischen Ursache die habituelle bzw. funktionelle Fehllage des Kopfes zwar im Zusammenhang mit einer Somatisierungs- und depressiven Störung bzw. psychogenen Reaktion gesehen, diese – wie auch die Schiefhalssymptomatik – jedoch nicht als wesentlich durch das Unfallereignis vom 07. Juli 1994 verursacht beurteilt.

Der Senat vermochte nicht der von Prof. Dr. Z in seinem Gutachten vom 09. November 2006 vertretenen Auffassung, bei der Klägerin liege eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD 10: F44.4) mit sog. psychogenem Schiefhals, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), ein Analgetika-Missbrauch (ICD-10: F19.1) sowie eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.01), hervorgegangen aus einer Angst- und depressiven Störung, gemischt (ICD-10: F41.2), vor und diese Erkrankungen seien sämtlich durch das Unfallereignis vom 07. Juli 1994 wesentlich verursacht worden und bedingten eine MdE von 40 v. H., zu folgen. So lässt sich unter Berücksichtigung der zu diesen Diagnoseschlüsseln aufgeführten Definitionen und in einer Gesamtschau aller ärztlichen Äußerungen schon nicht das Vollbild der von Prof. Dr. Z diagnostizierten psychischen Störungen feststellen. Die dissoziative Bewegungsstörung wird nach dem Diagnoseschlüssel ICD-10: F44.4 beschrieben als vollständiger oder teilweiser Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperglieder, wobei die Lähmung partiell, mit schwachen oder langsamen Bewegungen oder vollständig sein kann, auch kann ein übertriebenes Zittern oder Schütteln einer oder mehrerer Extremitäten bzw. des ganzen Körpers auftreten. Kennzeichnend für dissoziative Störungen ist der teilweise oder völlige Verlust der Kontrolle von Körperbewegungen. Diese allgemeinen Kriterien für eine dissoziative Bewegungsstörung sind im Fall der Klägerin jedoch nicht erfüllt. Es liegt weder ein kompletter noch ein teilweiser Verlust der Bewegungsfähigkeit vor noch eine Koordinationsstörung. Prof. Dr. Z führt selbst aus – insoweit in Übereinstimmung mit den Feststellungen der Gutachterin Dr. F und auch mit den – frühzeitig nach dem Unfall erfolgten – Beobachtungen des behandelnden Orthopäden Dr. K-, dass die Klägerin ihre Kopfhaltung durchaus willentlich steuern kann. So vermochte die Klägerin in mehreren, für sie mit Stress behafteten Untersuchungssituationen ihren Kopf völlig gerade zu halten. Prof. Dr. Z weist in seinem Gutachten selbst darauf hin, dass die Klägerin vor der Untersuchung in der Wartzone den Kopf gerade hielt und erst bei der Begrüßung durch den untersuchenden Arzt eine mäßige Schiefhaltung des Kopfes nach links gezeigt hat, die während der körperlichen Untersuchung ausgeprägter geworden ist. Bei der Prüfung der Kopfbeweglichkeit ist ein äußerst kräftiges und aktives Gegenhalten aufgefallen. Hieraus ist zu schließen, dass die Klägerin, anders als üblich bei dissoziativen Bewegungsstörungen, nicht nur in der Lage ist, ihre Kopfhaltung bewusst zu steuern, sondern dass sie dies auch an die Situation angepasst tut. Für ihre Fähigkeit, den Kopf gerade zu halten, spricht auch, dass die Klägerin selbst 12 Jahre nach dem Unfall bei der letzten Begutachtung durch Dr. F noch keine entsprechenden Muskelatrophien entwickelt hat; es besteht weder eine andauernde noch eine der Kontrolle der Klägerin entzogene Fehllage. Auf den zweckgerichteten Charakter der von ihm angenommenen dissoziativen Störung hat auch Prof. Dr. Z hingewiesen. Des Weiteren fehlt der für das Krankheitsbild der dissoziativen Bewegungsstörung und deren Verlauf als typisch bezeichnete abrupte Beginn der Störung nach dem belastenden Ereignis oder Trauma (vgl. Definitionen – ICD – 10 Kapitel V – F 44 – klinisch diagnostische Leitlinien), da eine zunehmende Schiefhaltung des Kopfes ohne organische Ursache von der behandelnden Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. K bereits in ihrem Bericht vom 16. Dezember 1994 wie auch in dem Antrag auf eine Rehabilitationskur im April 1995 beschrieben worden ist. Hinsichtlich der von Prof. Dr. Z festgestellten depressiven Erkrankung mit somatischem Syndrom, hervorgegangen aus einer Angst- und depressiven Störung, gemischt (ICD-10: F41.2), ist die Diagnose widersprüchlich. Einerseits spricht der Sachverständige von einer "leichten" depressiven Episode und einer "leicht gedrückten Stimmungslage", andererseits beschreibt der von ihm verwendete Schlüssel (ICD-10: F32.01) aber eine mittelgradige Depression. Bei der typischen mittelgradigen (F32.1) Depression leidet der Betroffene unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität; die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Er kann unter ausgeprägter Müdigkeit bereits nach kleinen Anstrengungen, gestörtem Schlaf sowie einer Beeinträchtigung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen leiden und hat Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen. Diese Kriterien lassen sich im Fall der Klägerin nicht feststellen. So hat sie bei der Untersuchung durch die Sachverständige Dr. F am 27. September 2005 angegeben, ihre Stimmung sei insgesamt unauffällig, wenn auch abhängig von den Beschwerden. Sie leide zwar an Durchschlafstörungen, jedoch nicht an langen Phasen von Traurigkeit oder Antriebslosigkeit. Ihr Familienleben hat sie als geregelt beschrieben, ihr Ehemann sei als Elektromechaniker in Arbeit, die Tochter mache eine Ausbildung zur Hotelkauffrau, ihr Sohn mache Abitur, beide Kinder seien zu Hause. Sie selbst stehe um 06:45 Uhr auf und mache das Frühstück, räume die Wohnung auf, gehe einkaufen, koche das Mittagessen für den Sohn, lese nachmittags oder gehe spazieren. Wenn der Ehemann nach Hause komme, tranken sie gemeinsam Kaffee und sprächen über das, was passiert sei. Den Haushalt besorge sie fast allein, der Ehemann würde Staubsaugen, das Bügeln und die Wäsche erledige die Tochter. Der Abend werde mit Spielen und Fernsehen verbracht, wegen finanzieller Einschränkungen gehe man selten aus, im Haus habe man einen festen Freundeskreis. Diese Schilderung eines normalen Tagesablaufs mit weitgehend unabhängiger Bewältigung der Verrichtungen des täglichen Lebens und des Haushalts entspricht nicht der bei einer Depression typischerweise gegebenen verringerten oder aufgehobenen Fähigkeit, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen, Hobbys zu haben und soziale Kontakte zu pflegen. Die Sachverständige hat daher – wie die bereits in früheren Jahren tätigen Gutachter – eine psychische Erkrankung weder im Sinne einer – leichteren oder mittelgradigen – Depression oder einer anderen depressiven Erkrankung feststellen können. So sind bei der Untersuchung durch Prof. Dr. M am 10. und 14. September 1998 im Rahmen der Anamnese keine

Auffälligkeiten bzgl. des vegetativen Status beschrieben worden und der psychopathologische Befund, insbesondere Antrieb und Stimmung, zeigten sich ausgeglichen. Ebenso haben sich bei der Begutachtung durch Prof. Dr. E (Gutachten für die A Versicherungs AG vom 17. September 1997) keine Auffälligkeiten bzgl. Stimmung und Antrieb, Auffassungsgabe, Gedächtnis und Konzentration ergeben. Auch die Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. W hat im Rahmen ihrer Begutachtung eine manifeste psychische Erkrankung nicht feststellen können, da sich der psychopathologische Befund bei der Untersuchung der Klägerin am 14. Juli 1998 im Wesentlichen unauffällig zeigte. Die Stimmungslage wird hierbei als adäquat, allenfalls etwas subdepressiv beschrieben (vgl. das im Auftrag der BfA erstellte Gutachten vom 22. Juli 1998). Während von der Dipl. Psych. R bei ihrer Untersuchung am 16. Juni 1996 leichte depressive und neurasthenische Symptome festgestellt und als Folge der Schmerzsymptomatik bei Verdacht auf Medikamentenabusus interpretiert worden sind (vgl. Bericht vom 19. Juni 1995), finden sich bei der Begutachtung durch Dr. H (vgl. Gutachten vom 28. November 1995 und 02. Juni 1997) keine entsprechenden Befunde und Diagnosen. Lediglich während des Aufenthalts in der psychosomatischen Abteilung der orthopädischen Klinik O vom 19. August bis zum 02. Oktober 1996 wird eine ängstlich-depressive und abwehrende Stimmungslage mit deutlicher Betonung der körperlichen Beschwerden, d. h. einer ausgeprägten Somatisierungstendenz beschrieben und die Diagnose einer somatisierten Depression mit Angstproblematik gestellt (Bericht vom 02. Oktober 1996). Sofern Prof. Dr. Z aufgrund der Angaben der Klägerin bei seiner Begutachtung und des von ihm erhobenen psychopathologischen Befundes (leicht gedrückte Stimmungslage, eingeschränkte affektive Modulationsfähigkeit bei erhaltener emotionaler Resonanz, reduzierter Antrieb, ansonsten unauffälliger Befund) eine zumindest leichtgradige Depression in Form einer leichteren depressiven Episode mit somatischem Syndrom, (hervorgegangen aus einer Angst- und depressiven Störung, gemischt) diagnostiziert, begegnet dies im Hinblick auf die vielfältigen unauffälligen fachspezifischen Vorbefundungen und dem Fehlen einer der Erkrankung entsprechenden Behandlung erheblichen Bedenken. Abgesehen von der stationären Behandlung im O ist für die gesamte Zeit seit dem Unfallereignis eine Behandlung wegen einer depressiven oder anderen psychischen Erkrankung in Form einer Psychotherapie oder einer adäquaten medikamentösen Therapie nicht dokumentiert und von der Klägerin auch nicht geschildert worden. Eine Auseinandersetzung mit den insbesondere nach Oktober 1996 erhobenen fachspezifischen unauffälligen Befunden wird von Prof. Dr. Z vermieden. Zwar hat die Klägerin gegenüber Prof. Dr. Z angegeben, sie könne die Hausarbeit nur noch in sehr geringem Umfang bewältigen, wobei ihr die Familie viel helfen müsse. Das Fahrradfahren habe sie nach einem gescheiterten Versuch aufgegeben, sie nehme ständig Schmerzmittel (fast täglich bis zu vier Tabletten Paracetamol, bei Bedarf Dolormin), leide unter massiven Schlafstörungen, fühle sich am Tag schlapp, müde und traurig und sie sei seit dem Unfall durchgängig in nervenärztlicher Behandlung. Diese von der früheren ausführlichen Schilderung bei Frau Dr. F sehr abweichende Darstellung ihres Befindens kann ihren Grund entweder in einem auf erfolgreiche Prozessführung gerichteten Verhalten der Klägerin haben oder darin, dass in dem Jahr zwischen den beiden Begutachtungen eine rapide Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit eingetreten ist. Dass eine dramatisierendere Schilderung nicht zum Nachweis einer manifesten psychischen Erkrankung verhelfen kann, liegt auf der Hand. Sollte sich nunmehr tatsächlich eine depressive Erkrankung in der von Prof. Dr. Z diagnostizierten Form herausgebildet haben, kann diese nicht mehr auf das Unfallereignis vom 07. Juli 1994 zurückgeführt werden (dazu später).

Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) setzt nach den Kriterien der ICD-10 voraus, dass die vorherrschende Beschwerde ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz ist, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Beschwerden auf, die schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidende ursächliche Faktoren gelten zu können. Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche und medizinische Unterstützung. Abgesehen von dem Umstand, dass eine Somatisierungsproblematik bei der Klägerin schon während der 1996 durchgeführten Behandlung im O aufgezeigt worden ist und chronische Zephalgien sowie ein chronisch-rezidivierendes thorakales Schmerzsyndrom in dem von Prof. Dr. E für die A Versicherungs AG erstellten Gutachten vom 17. September 1997 beschrieben, jedoch als unfallunabhängig bewertet worden sind, begegnet die von Prof. Dr. Z neben einer depressiven Erkrankung mit somatischem Syndrom getroffene Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung Bedenken. Nach den Kriterien der ICD-10 sollen unter dieser Diagnose (F45.4) Schmerzzustände mit vermutlich psychogenem Ursprung, die im Verlauf depressiver Störungen auftreten, nicht berücksichtigt werden. Soweit der Sachverständige seine Diagnose offensichtlich auf die Angaben der Klägerin stützt, durchgängig an Kopfschmerzen wechselnder Art und Intensität sowie zeitweise an in die Nackenregion ausstrahlenden Schmerzen zu leiden, und gleichzeitig einen Analgetika-Abusus feststellt, wird von ihm die sich hier aufdrängende Frage einer Analgetika induzierten Kopfschmerzproblematik nicht erörtert. Zudem fehlt es, bis auf die magere Angabe der Klägerin, sie habe mal für einige Wochen das Opiod Tramal erhalten und es sei vor drei Monaten für ca. vier Wochen die abendliche Einnahme eines – niedrig dosierten – Antidepressivums erprobt worden, an jeglichen Hinweisen für eine adäquate Schmerztherapie und damit auf eine ausgeprägte Störung. Nach Auffassung des Senats kann die in den psychischen Leidenskomplex einzuordnende somatoforme Schmerzstörung ebenfalls nicht mehr auf das Unfallereignis vom 07. Juli 1994 zurückgeführt werden (dazu später).

Der Verdacht auf Analgetika-Missbrauch (ICD-10: F19.1) ist im Laufe der Jahre von verschiedenen Ärzten bzw. Gutachtern geäußert worden, wobei die Angaben der Klägerin zur Menge der von ihr eingenommenen freiverkäuflichen Analgetika variieren; z. Bsp. hat sie gegenüber Dr. H angegeben, keine Schmerzmittel zu benötigen, wenn sie entspannt sei (vgl. Gutachten vom 02. Juni 1997). Eine Objektivierung der Angaben der Klägerin durch eine Blutuntersuchung und Erstellung eines Medikamentenspiegels ist von keinem der Gutachter oder Sachverständigen veranlasst worden. Unabhängig von der Frage, ob dieses Krankheitsbild tatsächlich vorliegt und wesentlich auf das Unfallereignis vom 07. Juli 1994, welches keine organische Gesundheitsstörung zurückgelassen hat, zurückgeführt werden kann, fehlt es schon an der Beschreibung bzw. Feststellung hieraus resultierender Funktionsstörungen, so dass weder eine Arbeitsunfähigkeit noch eine MdE aus der Diagnose abgeleitet werden kann.

Unabhängig von der Frage, ob die von Prof. Dr. Z diagnostizierten Erkrankungen im Einzelnen vorliegen, ist auch ein Ursachenzusammenhang zwischen den von der Klägerin geltend gemachten psychischen Gesundheitsstörungen einschließlich des habituellen Schiefhalses und dem Unfall, gemessen an den oben dargestellten Kriterien, nicht feststellbar. Bei der Prüfung des Ursachenzusammenhangs ist zunächst zu untersuchen, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt allgemein geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben dem Ereignis als solchem Art und Ausmaß der Einwirkung, möglicherweise konkurrierende Ursachen unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens. Rückschlüsse lassen sich auch ziehen aus dem Verhalten der Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte (vgl. BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, [B 2 U 1/05 R](#), in juris).

Zunächst ist festzustellen, dass es sich bei dem Unfallereignis letztlich um einen einfachen Fahrradsturz gehandelt hat, bei dem die Klägerin

keine ernsthaften Verletzungen erlitten hat und das beteiligte Kind unversehrt geblieben ist. Bereits Dr. H (vgl. Gutachten vom 02. Juni 1997) hat darauf hingewiesen, dass der Unfall nicht dramatisch gewesen ist und dass unter Berücksichtigung der bei einem solchen Sturz möglichen Verletzungsmechanismen von einem nicht sehr starken Trauma auszugehen ist. Die Sachverständige Dr. F hat ebenfalls von einem Bagatelereignis gesprochen, dem allenfalls Auslösecharakter zukommt (siehe Gutachten vom 24. November 2005); üblicherweise sind Verletzungen wie die von der Klägerin erlittene Distorsion der HWS ohne weiteres organisches Korrelat nach vier bis sechs Wochen vollständig abgeklungen. Selbst Prof. Dr. Z hat in dem Unfallgeschehen keinesfalls ein massives Trauma gesehen (vgl. Gutachten vom 09. November 2006). Demzufolge fehlt es schon an einem für die Hervorrufung von psychischen Störungen allgemein geeigneten Trauma.

Vor allem aber vermochte keiner der gehörten Sachverständigen einen eindeutigen Zusammenhang im Sinne der wesentlichen Bedingung zwischen dem Fahrradsturz und der geltend gemachten psychischen Störungen darzustellen. So hat der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. H eine abnorme Erlebnisreaktion/posttraumatische Belastungsreaktion nach dem Unfall festgestellt, die ihren Grund in der Persönlichkeit der Klägerin findet, die in einem objektiv nicht begründbaren, aber möglicherweise psychiatrisch-tiefenpsychologisch erklärbaren Gefühl schwerer Erkrankung verharre (vgl. Gutachten vom 28. November 1995 und vom 02. Juni 1997). Der Arzt für Neurologie Prof. Dr. M hat in seinem Gutachten vom 30. September 1998 ausgeführt, die bestehenden Beschwerden seien zwar durch das Unfallereignis vom 07. Juli 1994 ausgelöst worden, dadurch aber nicht erklärbar, insbesondere könne nicht von einer traumatischen Entstehung der Schiefhals symptomatik ausgegangen werden. Hiergegen spreche schon die zeitliche Korrelation. Die Sachverständige Dr. F hat ausgeführt, die Schiefhalsstellung sei zwar infolge des Unfalls aufgetreten, wobei der Unfall aber nur Anlass der Entstehung des Torticollis mit schmerzbedingter Bewegungseinschränkung der HWS sowie der Fehlhaltung des linken Schultergürtels sei. Körperliche Ursachen könnten für die Beibehaltung der Fehlstellung nicht gefunden werden, eine psychogene Ätiologie sei hochwahrscheinlich, möglicherweise beruhend auf einer tiefenpsychologisch begründbaren Symptomatik als auch auf einem Wunsch nach Entschädigung oder auf dem sekundären Krankheitsgewinn (Entlastung). Selbst Prof. Dr. Z hat einen eindeutigen Ursachenzusammenhang nicht darzustellen vermocht, sondern dem Unfall die Bedeutung einer Teilersache beigemessen, daneben aber auch eine bereits vorhandene gewichtige Schadensanlage in Form einer psychischen Störung festgestellt. Denn die Klägerin hat im weiteren Vorfeld des Unfallereignisses psychische Auffälligkeiten (depressive Verstimmungen) gezeigt, die in Belastungssituationen, wie bereits zuvor im Zusammenhang mit der seit 1992 zunehmenden beruflichen Überforderung und der schweren Erkrankung ihres Sohnes (neurochirurgische Behandlung im Jahre 1992 mit Verdacht auf dauerhafte Schädigung des Gehirns), zur Manifestation psychischer Symptome Anlass geben können.

Einer derartigen bereits vorhandenen krankhaften Anlage kann als konkurrierender Ursache bei der Prüfung des Ursachenzusammenhangs dann Bedeutung zukommen, wenn die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinungen ausgelöst hätte (vgl. BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, [B 2 U 1/05 R](#), in juris; ähnlich Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl. 2003, Kap. 1.3.6.1 S 80 f). Insoweit vermochte der Senat sich nicht der Beurteilung von Prof. Dr. Z anzuschließen, dass die vorliegenden psychischen Störungen (einschließlich der Schiefhals symptomatik) sich zugleich teilsächlich – nämlich neben der bestehenden inneren Schadensanlage – auf das Unfallereignis im Sinne der erstmaligen Entstehung zurückführen lassen.

Vielmehr wird durch die Krankheitsvorgeschichte der Klägerin deutlich, dass die bei ihr bestehenden psychischen Gesundheitsstörungen in erster Linie einer inneren Schadensanlage entspringen und nicht wesentlich durch das akute Unfallereignis verursacht worden sind. Danach haben sich sowohl die depressiven als auch die Somatisierungsstörungen schon vor dem Unfall manifestiert. So ist die Klägerin, die sowohl bei der Begutachtung durch Dr. H als auch bei Prof. Dr. Z eine berufliche Überforderung durch die Hortarbeit (sowie die Erkrankung ihres Sohnes) in den Jahren vor dem Unfall geschildert hat, nach dem von der Beklagten beigezogenen Vorerkrankungsverzeichnis der BKK wegen einer reaktiven depressiven Verstimmung am 20. September und vom 25. Oktober bis zum 03. Dezember 1993 arbeitsunfähig erkrankt gewesen. Somatische Störungen sind nach dem von Prof. Dr. E in seinem Gutachten für die Allianz Versicherungs AG vom 17. September 1997 zitierten Attest der behandelnden Neurologin Dr. K vom 05. April 1995, der die Klägerin unklare Schmerzzustände mit transienten Lähmungen schon in der Vorgeschichte (vor ca. 10 Jahren) geschildert hatte, bereits früher aufgetreten. Weiter habe Dr. K in ihrem Bericht über eine Vorstellung der Klägerin am 05. April 1995 dargelegt, dass der Krankheitsverlauf nach dem Wegeunfall "kompliziert" geworden sei aufgrund eines weiteren (Privat)unfalls, bei dem die Klägerin eine Fraktur des rechten Arms erlitten hatte, zudem klage die Klägerin neuerdings auch über subjektive (nicht objektivierbare) Gefühlsstörungen im Gesichtsbereich rechts und im linken Bein. Die behandelnde Ärztin habe auf eine erlebnisreaktive Entwicklung auf dem Boden einer schon vorhandenen Neurose hingewiesen. Auch die Sachverständige Dr. F weist darauf hin, dass bereits ein früheres Unfallereignis im Jahre 1992, bei dem sich die Klägerin an einem Klettergerüst den Kopf gestoßen habe und drei Wochen wegen Kopfschmerzen krankgeschrieben worden sei, zu einer zeitlich begrenzten Überinterpretation von körperlichen Symptomen geführt habe. Zudem hat auch Prof. Dr. Z für möglich gehalten, dass der Beginn der neurotischen Entwicklung deutlich in die Zeit vor dem Unfallgeschehen zurückreicht, gesichert angesehen hat er es jedenfalls für Ende 1993. Dies zusammen mit der ebenfalls vom Sachverständigen hervorgehobenen Doppelbelastung der Klägerin durch berufliche Tätigkeit und familiäre Verantwortung, insbesondere im Zusammenhang mit der im Sommer 1994 anstehenden problematischen Einschulung des Sohnes ("vulnerable Lebensperiode"), lässt den Schluss darauf zu, dass es zur Auslösung akuter Erscheinungen nicht diesen speziellen Unfalls bedurfte, sondern dass die bei der Klägerin vorliegenden psychischen Auffälligkeiten auch durch jedes andere alltägliche – als belastend empfundene – Ereignis zur annähernd selben Zeit und in annähernd gleichem Ausmaß hätten hervorgerufen werden können. Dieser Schluss liegt insbesondere nahe, weil auch Prof. Dr. Z die Persönlichkeit der Klägerin als ängstlich, angespannt, überbesorgt und hypochondrisch bezeichnet hat und weil für die von ihm in den Vordergrund gestellte "grüblerische Auseinandersetzung" der Klägerin "mit möglicher eigener Schuld" objektiv kein Anlass bestanden hat angesichts der Tatsache, dass das Kind überhaupt keinen körperlichen Schaden genommen hatte.

Prof. Dr. Z setzt sich auch nicht auseinander mit den Feststellungen anderer Gutachter, die Anlass geben, auf wunschbedingte Vorstellungen der Klägerin, z.B. nach einem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben oder auf Erhalt einer Verletztenrente, rück zu schließen. So hat Prof. Dr. M (Gutachten vom 02. Dezember 1998) von Begehrens- oder Wunschvorstellungen der Klägerin gesprochen, die für eine Beibehaltung der Fehlstellung ausschlaggebend sein könnten. Die Sachverständige Dr. F hat jedenfalls den Wunsch nach Entschädigung und sekundärem Krankheitsgewinn als mögliche Ursache der Schiefhals symptomatik erwähnt und die Gutachterin Dr. W hat eine Krankheitsfixierung und ein Rentenbegehren festgestellt und ausgeführt, dass die Klägerin weder zur Wiederaufnahme ihrer Berufstätigkeit noch für eine Aufarbeitung seelischer Zusammenhänge motiviert sei (Gutachten vom 22. Juli 1998). Diese ärztlichen Feststellungen lassen durchaus den Schluss zu, dass die Klägerin sich in dem Zustand der Arbeitsunfähigkeit bei finanzieller Absicherung durch Verletztengehalt und in der Hoffnung auf

Verletztenrente eingerichtet hatte, wobei ihre Überforderung durch die Berufstätigkeit, die familiären Probleme und die angespannte finanzielle Lage bei zwischenzeitlicher Arbeitslosigkeit ihres Mannes eine erhebliche Rolle spielten. Das Gericht ist daher der Überzeugung, dass im Fall der Klägerin auch derartige Wunsch- und Zweckreaktionen neben die psychischen Gesundheitsstörungen getreten sind, und dass diese als weitere konkurrierende Ursachen zu würdigen sind und der Bejahung eines wesentlichen Ursachenzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den psychischen Gesundheitsstörungen entgegenstehen (vgl. hierzu auch BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, [B 2 U 1/05 R](#), in juris). Nur ergänzend weist der Senat darauf hin, dass die vom Sachverständigen Prof. Dr. Z vorgeschlagene Bemessung der Mde mit 40 v. H. weder begründet worden noch an Hand der unfallmedizinischen Literatur nachvollziehbar ist.

Da mithin die oben genannten Voraussetzungen für die Gewährung von Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung nicht festgestellt werden konnten, war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2009-03-11