

HVBG-INFO 34/2001

vom 14.12.2001

DOK 375.325:370.3

Haftungsausfüllende Kausalität (Schiefhals-Problematik);
hier: Rechtskräftiges Urteil des Landessozialgerichts (LSG)
Nordrhein-Westfalen vom 28.2.2001 - L 17 U 286/97 -

Das LSG Nordrhein-Westfalen hat sich in seinem Urteil vom 28.2.2001 - L 17 U 286/97 - (s. Anlage) u. a. dazu geäußert, welche klinischen und tatsächlichen Parameter zu ermitteln und im Strengbeweis festzustellen sind um von einem sogenannten Schiefhals ausgehen zu können.

Anlage

Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen vom 28.2.2001 - L 17 U 286/97 -
Tatbestand:

Streitig ist, ob dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 31.03.1994 Verletztenrente zu gewähren ist. Umstritten ist dabei, ob ein Schiefhals Unfallfolge ist.

Der 1935 geborene und seinerzeit als Polier tätige Kläger erlitt am 31.03.1994 einen Arbeitsunfall, als ihn beim Aufrichten aus gebückter Körperhaltung eine Betonbombe links an dem mit einem Schutzhelm bewehrten Kopf traf. Der Kläger, der den Helm verlor, fiel nicht zu Boden, war nicht bewusstlos, musste sich nicht erbrechen und arbeitete weiter. Am nächsten Vormittag suchte er wegen Schwindels und Übelkeit den Durchgangsarzt.

... auf, der einen Druckschmerz und eine Prellmarke an der Schläfe links feststellte und mit der Diagnose des Verdachts auf Schädelfraktur die stationäre Aufnahme veranlasste (Bericht vom 05.04.1994). Im Entlassungsbericht vom 14.04.1994 über die bis zum 12.04.1994 durchgeführte stationäre Behandlung gab als Diagnose eine Commotio cerebri an und berichtete, bei Verdacht auf Schädelfraktur links parietal seien nach zunächst verordneter Bettruhe und nach symptomatischer Therapie die subjektiven Beschwerden abgeklungen. Eine Schädelfraktur habe durch eine cranielle Computertomographie (CT) ebenso ausgeschlossen werden können wie eine intracranielle Blutung. Die eingeleitete Mobilisierung sei komplikationslos verlaufen und der Kläger sei

beschwerdefrei und voll mobilisiert aus der stationären Behandlung entlassen worden. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bestehe voraussichtlich noch für eine Woche. Unter dem 20.04.1994 teilte Dr.

mit, ärztliche Behandlung sei nicht mehr erforderlich und eine messbare Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) liege nicht vor.

Am 22.04.1994 verordnete der Hausarzt des Klägers, der Internist auf dessen Wunsch eine Halsstütze "wegen HWS-Kopftrauma". Unter dem 04. und 20.07.1994 berichtete , der Kläger habe ihn erstmals wieder am 09.06.1994 aufgesucht und über Kopfschmerzen geklagt, die über die Stirn und Schläfen zum Hinterkopf und Nacken zögen. Die Nackenmuskulatur sei völlig verspannt gewesen und der Kläger sei depressiv erschienen. Die weiteren Untersuchungstermine hätten keine wesentlichen Veränderungen des Beschwerdebildes gebracht, der Kläger habe geäußert, dass die Therapiemaßnahmen ihm nicht helfen würden und er daher empfohlene Anwendungen mit Fango und Massagen nicht mehr angenommen habe. Es seien als Antidepressivum Imap-Tabletten verordnet worden. Eine neurologische Untersuchung habe keine Erkenntnisse gebracht. Auf Befragen habe der Kläger, der den Kopf jetzt zwangsweise steif halte, strikt verneint, die Arbeit in seinem Beruf wieder aufnehmen zu können, weil unverändert ein bis ins Rückgrat ziehender Druck im Kopf bestehe. Eine Untersuchung zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit sei angezeigt.

Auf Veranlassung der Beklagten wurde der Kläger am 02.08.1994 ambulant in der

untersucht, wo eine stationäre Beobachtung für erforderlich angesehen wurde. Diese fand in der Zeit vom 11.08. bis 08.09.1994 statt.

Chefärztin der Abteilung für Neurologie, kam im Bericht vom 12.08.1994 zusammenfassend zu dem Ergebnis, der neurologische Befund sei regelrecht, es ergebe sich der dringende Verdacht auf eine psychogene Fehlhaltung des Kopfes. Diese gleiche sich im Liegen aus und in vermeintlich unbeobachteten Augenblicken werde der Kopf gerade gehalten. Im Entlassungsbericht vom 27.09.1994 berichtete Prof. Dr. nach Abschluss eines morphologischen Korrelats für die geklagten Beschwerden durch weitere vergleichende CT-Untersuchungen habe auch durch die neurologischen und internistischen Konsiliaruntersuchungen die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall ausgeschlossen werden können. Man sei der Auffassung, dass es sich beim Kläger um einen psychogenen Schiefhals und eine Fehlverarbeitung des Unfalls handele. Arbeitsfähigkeit bestehe ab 12.09.1994 und eine MdE werde nicht verbleiben.

Weitere durch Dr. in der Folgezeit veranlasste therapeutische Maßnahmen blieben - nachdem der Kläger einen Arbeitsversuch im September 1994 abgebrochen hatte -, erfolglos. Unter dem 06.01.1995 teilte Dr. mit, der Kläger zeige unverändert eine Schiefhaltung des Kopfes die jedoch von wechselnder Intensität sei. Unbeobachtet stehe der Kopf annähernd gerade und während der Behandlung werde er extrem schief gehalten. Der Kopf werde in der Regel nach links gehalten, jedoch sei auch beobachtet worden, dass der Kopf nach rechts gehalten werde. Dies lasse ihn sicher anneh-

men, dass es sich um eine psychisch bedingte Haltungsstörung oder gar um eine willentliche Vortäuschung handele.

Die Beklagte ließ den Kläger sodann zur Feststellung von Unfallfolgen nervenärztlich untersuchen und begutachten.

kam im Gutachten vom 11.08.1995 zu dem Ergebnis, der Kläger leide an einer dystonen Bewegungsstörung mit Torticollis spasmodicus (Laterocollis nach links) und Mitbeteiligung der paravertebralen und der Muskulatur des linken Oberarmes.

Differentialdiagnostisch lasse sich nicht sicher abklären, ob es sich bei der dystonen Bewegungsstörung um einen symptomatischen Torticollis, ausgelöst durch ein HWS-Trauma bzw. Schädel-Hirntrauma handele, oder ob es sich um eine durch Trauma ausgelöste Erkrankung mit einer genetischen Anlage handele. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. schloss sich im Gutachten vom 05.11.1995 dieser Beurteilung an und schätzte die dadurch bedingte MdE mit 25 v.H. ein. Dabei hatte er vorausgeschickt, er ringe sich aufgrund der Ausführungen von PD

zu diesem Ergebnis durch, obwohl er selbst von einer psychogenen Störung ausgehe und nach Gefühl und Erfahrung einen kausalen Unfallzusammenhang ablehnen würde. Unter dem 31.03.1996 erstattete Prof. Dr. ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten. Er führte aus, die fixierte Schiefhaltung des Kopfes des Klägers sei keine dystone Störung und insoweit auch nicht durch den Unfall vom 31.03.1994 verursacht

worden. Es liege eine massive psychogene Beschwerdefixierung in Form eines psychogenen Torticollis vor, wobei es sich um eine somatoforme Störung i.S. einer körperlichen Symptomatik handele, die scheinbar auf eine Organstörung oder -läsion hinweise, für die es jedoch keine nachweisbaren Befunde oder bekannte pathophysiologischen Mechanismen gebe. Spiele - wie bei andersartigen psychogenen Beschwerdemanifestationen auch - im vorliegenden Fall die Primärstruktur eine nicht zu vernachlässigende Rolle, hätte sich allerdings ohne das eingetretene Trauma die daraus abgeleitete Symptomatik - wenn überhaupt - nicht in dieser Form und nicht zu diesem Zeitpunkt und auch nicht in dieser Schwere entwickelt. Dem Trauma komme damit eine mitverursachende Bedeutung zu; die unfallbedingte MdE sei mit 40 v.H. zu bewerten. Die Beklagte holte schließlich ein weiteres Gutachten ein, dass der Nervenarzt nach Aktenlage am 26.03.1996 erstattete. Dieser führte aus, die Begleiterscheinungen der bei dem Unfall erlittenen Kopfprellungen seien relativ harmlos gewesen und die eigentlichen Kriterien einer Hirnerschütterung oder sonstigen Hirnbeteiligung hätten nicht vorgelegen. Die im Entlassungsbericht gestellte Diagnose sei zu korrigieren; eine Commotio cerebri habe in Wirklichkeit nicht bestanden. Der dokumentierte Beschwerdeverlauf mit fehlenden Hinweisen auf Hirntraumatisierung und ernstere Traumatisierung der HWS in den ersten Wochen und die dann in der Folgezeit beschriebene Symptomgruppierung eines zentral verursachten dystonen Stehschiefhalses spreche dafür, dass es sich um ein unfallunabhängiges Krankheitsbild handele, welches nicht durch den Unfall verursacht worden sei.

Mit Bescheid vom 16.04.1996, bestätigt durch Widerspruchsbescheid vom 09.07.1996, lehnte die Beklagte daraufhin die Gewährung von Entschädigungsleistungen wegen des Arbeitsunfalls ab. Sie begründete dies damit, durch den Unfall sei es lediglich zu einer Kopfprellung gekommen, die folgenlos ausgeheilt sei. Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit wegen der Unfallfolgen habe bis zum 11.09.1994 gestanden. Aufgrund der medizinischen Ermittlungen sei davon auszugehen, dass es sich bei dem Krankheitsbild des Klägers um einen zentral verursachten dystonen Schiefhals, eine primär cerebral-organische und unfallunabhängige anlagebedingte Erkrankung handele.

Dagegen hat der Kläger am 02.08.1996 vor dem Sozialgericht (SG) Köln Klage erhoben und vorgetragen, er habe unmittelbar nach dem Unfall am 31.03.1994 über Beschwerden im Hals- und Nackenbereich geklagt. Diese seien auch im August 1994 noch nicht abgeklungen gewesen. Die Haltungsprobleme des Kopfes - Schiefhals nach links - hätten bereits unmittelbar nach dem Unfall eingesetzt und sich dann nach und nach immer mehr verstärkt.

Das SG hat ein Gutachten von Dr. F vom 11.03.1997 eingeholt. Der Sachverständige (SV) ist darin und in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 10.06.1997 zu dem Ergebnis gelangt, beim Kläger handele es sich um einen ursprünglich psychogen-funktionellen, inzwischen fixierten Torticollis bei Fehlverarbeitung eines gutartig verlaufenen leich-

ten Schädeltraumas im Sinne einer konversionsneurotischen Fehlverarbeitung bei sehr zwanghafter, frustrationseingeschränkter Persönlichkeit. Dabei habe zwar das Unfallereignis ein erhebliches Ausmaß nicht erreicht, der Kläger sei aber auch aufgrund seiner anankastischen Primärstruktur darauf fixiert und habe Symptome - möglicherweise auch eines neurologischen extrapyramidal-motorischen Syndroms nach Imap-Gabe - fehlverarbeitet und überbewertet. Dabei hätte auch ein anderes Ereignis diese neurotische Entwicklung in Gang setzen können. Da es hier aber - wenn auch mit einer gewissen Latenzverzögerung - das Trauma gewesen sei, sei ein Zusammenhang nicht auszuschließen. Die unfallbedingte MdE seit dem Unfall sei mit 10 v.H. zu bewerten.

Die Beklagte hat die Ansicht vertreten, aus den Darlegungen des SV folge, dass unter Beachtung der unfallrechtlichen Kausalitätslehre die Fehlverarbeitung des Klägers nicht auf das Unfallgeschehen zurückgeführt werden könne.

Mit Urteil vom 11.09.1997 hat das SG die Klage auf Gewährung von Verletztenrente abgewiesen. Es hat sich auf das Gutachten von Dr. gestützt und ausgeführt, die Unfallfolgen bedingten keine rentenberechtigende MdE. Auf die Entscheidungsgründe wird Bezug genommen.

Gegen das ihm am 26.09.1997 zugestellte Urteil hat der Kläger rechtzeitig am 27.10.1997 Berufung eingelegt und erneut vorgetragen, bereits bei der ersten stationären Behandlung im

sei eine leichte schmerzbedingte

Schiefhaltung des Kopfes aufgetreten. Wegen dieser bei der Entlassung fortbestehenden Beschwerden habe er sich bereits am 14.04.1994 in die Behandlung Dr. begeben, der ihm am 22.04.1994 eine Halsstütze verschrieben habe. Daher sei der Abschlussbericht des Krankenhauses in unzutreffend und dem Gutachten Dr. nicht zu folgen, weil dieses sich maßgeblich auf den Abschlussbericht stütze.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 11.09.1997 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 14.04.1996 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 09.07.1996 zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 31.03.1994 Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 25 v. H. zu gewähren,

hilfsweise

den Sachverständigen zur Erläuterung seines Gutachtens in einem Senatstermin zu hören, gegebenenfalls ein weiteres Sachverständigengutachten einzuholen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist - gestützt auf von ihr vorgelegte Stellungnahmen des Facharztes für Neurologie, Psychiatrie und Umweltmedizin

..., der Ansicht, das vom Kläger gebotene Beschwerde- und Krankheitsbild habe seine Ursachen nicht in dem Arbeitsunfall.

Der Senat hat zunächst Stellungnahmen von Dr. (27.07.1999) und (16.09.1999) eingeholt und sodann auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein Gutachten von PD Dr. Dr.

vom 05.11.1999 erstatten lassen. Auf den Inhalt des Gutachtens und die ergänzende Stellungnahme des SV vom 23.06.2000 wird ebenso verwiesen wie auf die Stellungnahmen von Dr. vom 23.03., 27.09., 28.10.1999 sowie vom 03.08.2000.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte verwiesen. Die Verwaltungsakten der Beklagten lagen vor und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat im Ergebnis zu Recht die Klage abgewiesen, denn der angefochtene Verwaltungsakt ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Gewährung von Verletztenrente, weil der Arbeitsunfall keine MdE in rentenberechtigendem Grade bzw. keine Unfallfolgen hinterlassen hat.

Dr. . . . n. seinen von der Beklagten vorgelegten Stellungnahmen zu diesem Ergebnis gelangt, die zwar als Parteivorbringen zu werten sind, jedoch nicht deshalb davon ausgeschlossen sind, der Überzeugungsbildung zu dienen (vgl. Meyer-Ladewig, SGG mit Erläuterungen, 6. Aufl., § 128 Rdnr. 4). Soweit PD Dr. . . .

und . . .

mit unterschiedlicher Begründung zu anderen Ergebnissen gekommen sind und nervenärztlicherseits eine unfallbedingte MdE von 10 v.H., 25 v.H. bzw. 40 v.H. angenommen haben, war ihren Darlegungen nicht zu folgen. Dafür sind folgende Erwägungen maßgebend:

Die Anerkennung und Entschädigung von Unfallfolgen in der gesetzlichen Unfallversicherung setzt neben dem Nachweis eines geeigneten Unfallhergangs und des geltend gemachten Gesundheitsschadens voraus, dass letzterer wesentlich ursächlich auf das Unfallereignis zurückzuführen ist. Nach der unfallrechtlichen Kausalitätslehre von der wesentlichen Bedingung sind nämlich von den Bedingungen im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne als Ursache oder Mitursache unter Abwägung ihres verschiedenen Wertes nur diejenigen Bedingungen anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (vgl. BSGE 1, 254, 256; 61, 127, 129; 63, 272, 278; Bereiter-Hahn/Schieke/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung [Handkommentar] § 548 RVO Rdnr. 3). Bestand im Unfallzeitpunkt eine Krankheitsanlage des geschädigten Körperteils, so muss abgegrenzt werden, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis zu etwa der-

selben Zeit durch andere alltägliche Ereignisse hätte verursacht werden können oder ob der Krankheitsanlage eine solch überragende Bedeutung nicht beigemessen werden kann und daher dem Unfallereignis der rechtlich wesentliche Ursachenbeitrag zuzuerkennen ist (vgl. BSGE 62, 220, 222; BSG Breithaupt 1968, 823 f.; Brackmann/Krasney, Handbuch der Sozialversicherung [Gesetzliche Unfallversicherung] 12. Aufl. § 8 SGB VII Rdnr. 378; Bereiter-Hahn/Schieke/Mehrtens, a.a.O. Rdnr. 3.3 Stichwort: Gelegenheits- [Anlass-]Ursache). Dabei reicht es für die Annahme einer wesentlichen Mitursache nicht aus, dass das Unfallereignis stärker war als andere alltägliche Ereignisse (BSG, a.a.O.; Brackmann/Krasney, a.a.O.). Der Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden ist dann gegeben, wenn nach geltender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen den Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden (BSG Breithaupt 1963, -60, 61; BSGE 32, 303, 309; BSG SozR 2200 § 548 Nr. 38; SozR 2200 § 551 Nr. 1). Die für den Zusammenhang sprechenden Gründe müssen die gegenteiligen deutlich überwiegen (Schulz/Weidner, SGB 1992, 59 f.).

Von diesen rechtlichen Voraussetzungen ausgehend ist festzustellen, dass der Kläger bei dem Arbeitsunfall lediglich eine Kopfprellung erlitten hat, die weder auf chirurgisch/orthopädischem noch auf neurologischem Fachgebiet Gesundheitsschäden hinterlassen hat. Auch liegen keine Unfallfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet vor.

Eine Schädelfraktur, die als Verdachtsdiagnose von Dr. - ge-

stellt worden war, konnte aufgrund der cranialen CT-Untersuchungen ausgeschlossen werden. Zu einer knöchernen Verletzung der HWS ist es - was unstreitig ist - gleichfalls nicht gekommen. Zwar hat der vorgenannte Arzt im Bericht vom 20.07.1994 erstmals von einer HWS-Distorsion gesprochen, jedoch sind während der stationären Behandlung des Klägers bis zum 12.04.1994 und auch in der Folgezeit bis einschließlich 04.07.1994 von Dr. weder Befunde noch Beschwerdeangaben beschrieben worden, die auf eine solche Verletzung hindeuteten. Eine Halsstützkrawatte wurde auf Wunsch des Klägers Ende April 1994 von dem Hausarzt nach Abschluss der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung verordnet. Ein zu fordernder enger zeitlicher Zusammenhang zwischen Unfall und typischen Beschwerden nach HWS-Distorsion (vgl. dazu Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Aufl., S. 514 f., 518) ist somit nicht gegeben. Die im Gerichtsverfahren vom Kläger aufgestellte Behauptung, er habe von Anfang an HWS-Beschwerden gehabt und den Kopf nicht gerade halten können, ist nicht durch entsprechende zeitnah erhobene ärztliche Befunde belegt. Unabhängig davon kann auch aufgrund des Unfallhergangs eine substantielle Schädigung der HWS ausgeschlossen werden. Unter Zugrundelegung der nach herrschender unfallmedizinischer Lehrmeinung geltenden und von Erdmann aufgestellten Kriterien ist aufgrund des Unfallmechanismus, der dabei einwirkenden Krafteinwirkung auf den Kopf des Klägers und der danach aufgetretenen Beschwerdesymptomatik nämlich davon auszugehen, dass allenfalls eine Distorsionsverletzung des Schweregrades I vorgelegen haben kann, bei der es zu keinen knöchernen Verletzungen, sondern lediglich zu einer Zerrung

und/oder Dehnung der Bänder bzw. des Kapselbandapparates der HWS ohne Haltungsinsuffizienz kommt und die keine bleibenden Funktionsstörungen mit der Folge einer messbaren MdE hinterlässt (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O. S. 519, 524). Dementsprechend haben mangels eines klinisch fassbaren organischen Substrates auf chirurgisch/orthopädischem Fachgebiet weder Dr. noch Prof. Dr. die vom Kläger in der Folgezeit dargestellte Beschwerdesymptomatik mit Schiefhaltung des Kopfes ursächlich auf den Arbeitsunfall beziehen können. Soweit dagegen PD Dr. Dr. eine HWS-Distorsion angenommen und dies damit begründet hat, dass es durch den Anprall des Betonkübels gegen die linke Kopfseite "durchaus zu kleinen Einblutungen und Zerrungen der linksseitigen Halsmuskulatur wie bei einem HWS-Schleudertrauma gekommen sein kann", haben seine Ausführungen hypothetischen Charakter und können den insoweit erforderlichen Nachweis eines Erstschadens der HWS sowie der Halsmuskulatur und deren Bandstrukturen nicht ersetzen. Darauf hat zutreffend Dr. hingewiesen und auch Prof. Dr. sowie Dr. haben die Ansicht vertreten, dass - worauf im folgenden noch eingegangen wird - der Unfallhergang nicht geeignet gewesen sei, einen dystonen Torticollis zu verursachen.

Auch auf neurologischem Fachgebiet sind Unfallfolgen nicht erwiesen. Eine Commotio cerebri (Schädel-Hirn-Trauma I. Grades) hat entgegen der von Dr. im Abschlussbericht vom 14.04.1994 gestellten Diagnose nicht vorgelegen. Nach dem Durchgangsarztbericht, aber auch nach dem eigenen Vorbringen des Klägers, lagen

nämlich die zu fordernden Kriterien einer Hirnerschütterung oder sonstigen Hirnbeteiligung - worauf Dr. _____ und PD _____

übereinstimmend hingewiesen haben und was der Beurteilung von Prof. Dr. _____ und Dr. _____ entspricht - nicht vor:
Der Kläger hat weitergearbeitet, es bestand keine anfängliche Bewusstseinsstörung bzw. keine mehr oder weniger ausgeprägte Erinnerungslücke, er erbrach nicht und es entwickelten sich auch keine fokal-neurologischen Zeichen, wie sie zum Nachweis einer Commotio cerebri, die definitionsgemäß folgenlos ausheilt, erforderlich sind (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O. S. 311, 321). Auch dies belegt, dass es durch den Unfallhergang nicht zu einer erheblichen Einwirkung auf Kopf und HWS des Klägers gekommen sein kann.

Unter den nervenärztlichen Gutachtern und SVen wird die vom Kläger gezeigte Schiefhaltung des Kopfes unterschiedlichen Krankheitsbildern zugeordnet. Frau Dr. _____, Prof. Dr. _____

Dr. _____ und Dr. _____ gehen davon aus, dass es sich um eine psychogene Störung handelt, wobei die Frage, ob diese wesentlich ursächlich auf den Unfall zu beziehen ist, von Dr. _____ und Dr. _____ verneint, von Dr. _____ und Prof. Dr. _____ jedoch mit - wie noch zu zeigen sein wird - nicht überzeugender Begründung bejaht wird. Dagegen gehen PD Dr. _____ Dr. _____ und PD Dr. Dr. _____ davon aus, dass es sich um einen dystonen Torticollis spasticus handelt, der nach Ansicht des Erstgenannten möglicherweise, nach der des Letztgenannten wahrscheinlich, nach der von Dr. _____ allerdings nicht ursächlich auf den Unfall zu-

rückgeführt werden kann. Der Senat kann sich der von PD Dr. : gestellten Diagnose und der des im Berufungsverfahren gehörten SV PD Dr. Dr. wonach ein "leichter posttraumatischer Laterocollis mit akutem Beginn i. S. der Beschreibung von Truong et al. 1991 bzw. Tarsy 1998" vorliegen soll, aus folgenden Gründen nicht anschließen:

Dystonien, d. h. Erkrankungen, bei denen unwillkürliche und anhaltende Muskelkontraktionen bestehen, die zu abnormen Bewegungen oder Haltungen führen, sind keine primär ätiologisch definierte Erkrankung (vgl. dazu die zum Gegenstand des Berufungsverfahrens gemachten Ausführungen von Deuschl/Högenauer im Med. Sach. 1999 S. 97 f., die weitgehend ihren Ausführungen in Suchenwirth/Kunze/Krasney, Neurologische Begutachtung, 3. Aufl. 2000, S. 416 f. entsprechen). Sie können daher - was die vorgenannte Ärzte in Bezug auf den Torticollis spasmodicus ausgeführt haben - Folge von Traumen sein, wovon auf Prof. Dr. , Dr. und Dr. ausgehen. Während letztere hier übereinstimmend einen geeigneten schwerwiegenden Unfallmechanismus mit substantiellen Schäden von Muskeln und Nerven verneinen, hält dagegen PD Dr. Dr. auch ein geringfügigeres Trauma für ausreichend. Nach den von ihm insoweit für seine Auffassung angeführten neueren Literaturstellen beginnt die Symptomatik in derartigen Fällen einer focalen-cervicalen Dystonie häufig am Tage des Unfalls oder am nächsten Tag, fixiert sich dann und ist höchstens noch einige Wochen vorhanden. Im Falle des Klägers ist indessen eine derartige Genese der Beschwerden - wie Dr. überzeugend dargelegt hat - gerade nicht belegt. Der Kläger hat erstmals

im Gerichtsverfahren vorgetragen, bereits während des stationären Aufenthaltes im -----; sei eine Schiefhaltung des Kopfes nach links aufgetreten. Dem steht aber der Abschlussbericht des Dr. ----- vom 14.04.1994 entgegen, und nach den Angaben des Klägers gegenüber Prof. Dr. ----- sind die Beschwerden erstmals auf der Rückfahrt von der Augenlaserung in Köln Merheim am 12.04.1994, nach weiteren Angaben erst im Verlauf der späteren ambulanten Behandlung im ----- aufgetreten. Auch wurde weder von Dr. ----- bei der Verordnung der Halsstütze am 22.04.1994 die Diagnose eines Schiefhalses gestellt und im Bericht von Dr. ----- vom 05.07.1994 war davon gleichfalls nicht die Rede, sondern lediglich von einer völlig verspannten Nackenmuskulatur. Selbst in seinem Bericht vom 20.07.1994 hat dieser Arzt nur von einer nicht beeinflussbaren Nackenmuskelverspannung mit zwangsweise steif gehaltenem Kopf gesprochen. Daraus hat Dr. ----- nach Auffassung des Senates zutreffend gefolgert, dass typische dystone Bewegungsstörungen zeitnah nach dem Unfall beim Kläger überhaupt nicht gesichert sind und dass deshalb - abgesehen vom fehlenden Nachweis einer geeigneten substantiellen unfallbedingten Schädigung von Muskeln, Nerven oder Knochen (vgl. dazu auch Deuschl/Högenauer, a.a.O. S. 422 f.) -, durch den SV PD Dr. Dr. ----- icht der Nachweis einer traumatischen Ursache des Schiefhalses geführt ist.

Die Ausführungen des letztgenannte SV sind schließlich für den Senat auch deshalb nicht einleuchtend und überzeugend, weil er selbst auf die Widersprüche im Vorbringen des Klägers zum ersten Auftreten der Kopfschiefhaltung hinweist und auf Bl. 38 seines

Gutachtens zudem betont, dass auch in den zuletzt von Tarsy 1998 beschriebenen Fällen einer posttraumatischen cervicalen Dystonie mit akutem Beginn die Probleme einer Psychogenese und eines sekundären Krankheitsgewinnes bei diesem Krankheitsbild gesehen und zum Teil kontrovers diskutiert würden. Eine bewusstseinsnahe Ausgestaltung von Unfallsymptomen schließt der SV beim Kläger nicht aus und verweist insoweit auf die Tatsache, dass die Beschwiellung beider Hände weiterhin ausgeprägt ist und der Kläger - trotz der gezeigten Schiefhaltung des Rumpfes - offenbar problemlos selbst Autofahren kann. Hinzu kommt der Umstand, dass nach PD Dr. Dr. neben dem leichten posttraumatischen Laterocollis jetzt auch eine axiale Dystonie i. S. einer Schiefhaltung des gesamten Körpers ("Pisa-Syndrom") vorliegt, die maßgeblich Ausmaß und Umfang der Beschwerdesymptomatik des Klägers bestimme, und die nach seiner Ansicht nicht ursächlich auf das Ereignis vom 31.03.1994 zurückzuführen ist. Wenn dieser SV zudem im Anschluss an die Ausführungen von Prof. Dr. und Dr. davon spricht, dass der Kläger geeignete Therapieangebote ausgeschlagen, eine medikamentöse Behandlung eines dystonen Torticollis spasticus nicht ausgeschöpft habe und auch testpsychologisch nachweisbar eine begünstigende Persönlichkeitsstruktur und entsprechende Persönlichkeitsentwicklung für eine Psychogenese der Bewegungsstörung bestehe, dann ist es auch für den Senat wahrscheinlicher, davon auszugehen, dass es sich in Wirklichkeit bei der vom Kläger gezeigten Schiefhaltung des Kopfes und des Rumpfes insgesamt um ein Krankheitsbild handelt, das auf psychiatrischem Fachgebiet angesiedelt ist was der Beurteilung von Frau Dr. Prof.

Dr. ... l und Dr. ... entspricht.

Die unfallrechtliche Kausalitätslehre gilt auch für die - besonders schwierige - Zusammenhangsbeurteilung psychoreaktiver/psychogener Störungen und Neurosen nach körperlichen und seelischen Traumen (vgl. BSGE 18, 173, 177; 19, 275, 278; BSG SozR 2200 § 581 Nr. 26; BSG Urteil vom 31.01.1989 -2 RU 17/88-; vgl. zum ganzen ferner: Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung 11. Aufl. S. 589 f.; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O. S. 250 f.). Die besonderen Probleme rühren daher, dass seelische Empfindungsstörungen ohne organische Grundlage nach einem Unfallereignis und -erlebnis höchst unterschiedlich ausfallen können und nicht direkt erfahrbar und objektivierbar sind (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O.; Foerster, Med. Sach. 1997 S. 44 f.). Eine Entschädigung setzt zudem voraus, dass es sich bei diesen Störungen um solche vom Krankheitswert handelt, was dann der Fall ist, wenn ernste und echte Versagenszustände vorliegen, die der Einzelne nicht mit eigener Kraft unter Einsatz aller verfügbaren Mittel seines Willens überwinden kann (vgl. BSG SozV 1991, 81; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O. S. 254 m.w.N.; Keller, SGB 1997 S. 10 f.). Vorgetäuschten Störungen (Aggravation/Simulation) sowie Wunsch- und Zweckreaktionen ist insoweit ein Krankheitswert abzuspochen; sie können keine Entschädigungsansprüche begründen (BSGE, a.a.O.; BSG SozR, a.a.O.; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O. S. 261). Für die Beurteilung der Zusammenhangsfrage zwischen derartigen psychoreaktiven/psychogenen Störungen und einem Arbeitsunfall sind folgende Komplexe von Bedeutung und müs-

sen bewertet und berücksichtigt werden:

- der Schweregrad des Unfallereignisses,
- der Schweregrades des Unfallerlebnisses,
- die Persönlichkeit des betroffenen Menschen in ihrem sozialen Gefüge und ihrer jeweiligen Lebenssituation einschließlich Vorbestehen von Krankheitsanlagen sowie
- mögliche sekundäre Motive sowie psychosoziale Faktoren aus dem persönlichen Umfeld (so Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O. S. 257 f.; Foerster, a.a.O.).

Dass der medizinische SV in derartigen Fällen oft an die Grenze seiner diagnostischen und prognostischen Erkenntnismöglichkeiten geführt wird, ist bekannt und liegt im Erscheinungsbild neurotischer Störungen und der Schwierigkeit ihrer medizinischen Erfassung begründet (vgl. Brackmann, a.a.O.; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O.). Dies hat zur Folge, dass die psychiatrischen Gutachter und SVen - was der vorliegende Sachverhalt zeigt - oft zu einer unterschiedlichen Bewertung psychoreaktiver Störungen und auch zu gegensätzlichen Ergebnissen bei der Beurteilung der Zusammenhangsfrage kommen, die - wie das BSG vor einiger Zeit dargelegt hat (SozR 3-3800 § 1 OEG. Nr. 4) - auch durch weitere Gutachten nicht in Einklang zu bringen sind (vgl. dazu auch Foerster, a.a.O.).

Daraus folgt, dass vom SV eine deutliche abgrenzbare Beweisantwort zu verlangen und bei der Beweiswürdigung ein strenger Maßstab anzulegen ist (BSG SozR 2200 § 581 Nr. 26; Brackmann, a.a.O.; Keller, a.a.O.; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O. S. 265, 266).

Vor diesem rechtlichen Hintergrund kommt die Gewährung von Ver-

letztenrente schon deshalb nicht in Betracht, weil sich im Hinblick auf die Feststellungen von Dr. und Frau Dr. aber auch von PD Dr. Dr. bewusstseinsnahe Zweckreaktionen beim Kläger gerade nicht ausschließen lassen. Unabhängig davon kann die von Dr. , Prof. Dr. I und Dr. mehr oder weniger übereinstimmend beim Kläger angenommene konversionsneurotische Entwicklung in Form eines psychogenen Schiefhalses (vgl. dazu auch Deuschl/Högenauer, a.a.O. S. 101 f.) nicht auf den Arbeitsunfall zurückgeführt werden. Dass die Entstehung dieses Krankheitsbildes eine entsprechende Disposition erfordert, ist unter den vorgenannte Gutachtern und SVen nicht streitig und entsprechende Persönlichkeitsmerkmale sind beim Kläger - wie schon ausgeführt - von Dr. und Prof. Dr. aber auch von PD Dr. Dr. beschrieben worden. Einigkeit besteht insoweit auch, dass das Ereignis vom 31.03.1994 nicht zu substantiellen körperlichen Verletzungen geführt hat. Dafür, dass der Kläger es subjektiv anders, weit schwerwiegender oder gar lebensbedrohlich erlebt hat, gibt es keinerlei Anhalt. Das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist von keinem der Gutachter behauptet worden. Die dafür erforderlichen Kriterien - schweres traumatisches Ereignis, das für jeden Menschen außerordentlich belastend ist, weil es mit intensiver Angst, Schrecken oder Hilflosigkeit erlebt wird - (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O. S. 251) sind eindeutig nicht erfüllt.

Wenn bei dieser Sachlage Dr. gleichwohl einen Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und der mit zeitlicher Verzögerung ein-

getretenen Entwicklung eines Schiefhalses beim Kläger nicht ausschließt, entspricht dies weder den oben dargelegten Grundsätzen der unfallrechtlichen Kausalitätslehre noch den für die Anerkennung psychoreaktiver Unfallfolgen maßgeblichen Beweisgrundsätzen. Diese sind hier auch von Prof. Dr. nicht beachtet worden, weshalb seine (positive) Zusammenhangsbeurteilung einer kritischen Überprüfung nicht standhält und daher gleichfalls nicht überzeugt.

Nach alledem ist der Senat daher mit Frau Dr. und Dr. der Auffassung, dass auch auf psychiatrischem Fachgebiet beim Kläger keine Unfallfolgen vorliegen.

Zu weiteren Ermittlungen i. S. der vom Kläger in der ersten mündlichen Verhandlung vom 12.01.2000 vor dem Senat gestellten Hilfsanträge bestand kein Anlass. Seinerzeit ist die mündliche Verhandlung vertagt worden, um dem SV des Vertrauens des Klägers Gelegenheit zu geben, in Ergänzung seines Gutachtens zu den Ausführungen von Dr. Stellung zu nehmen, was PD Dr. Dr.

unter dem 23.06.2000 getan und wobei er an seiner Beurteilung der Zusammenhangsfrage festgehalten hat. Eine mündliche Erläuterung des Gutachtens vor dem Senat war danach nicht mehr erforderlich. Dass - wie hier - widersprechende Gutachten vorliegen, reicht insoweit nicht aus (BSG SGB 1972, 68; Meyer-Ladewig, a.a.O. § 118 Rdnr. 12h).

Angesichts der Zahl der im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren eingeholten nervenärztlichen Stellungnahmen und Gutachten bestand auch im Hinblick auf die oben angeführte Rechtsprechung des BSG (SozR 3-3800 S. 1 OEG Nr. 4) zur Einholung eines weiteren neurologisch-psychiatrischen Gutachtens kein Anlass.

Nach alledem musste die Berufung mit der Kostenfolge des § 193 SGG zurückgewiesen werden. Zur Revisionszulassung bestand kein Anlass.