

1. **Zur Anerkennung einer psychischen Störung als Unfallfolge ist immer eine exakte Diagnose der Krankheit nach einem der international anerkannten Diagnosesysteme (ICD-10, DSM IV) erforderlich. Festgestellte psychische Reaktionen können nur dann als posttraumatische Belastungsstörung bezeichnet werden, wenn sie die Reaktion auf ein Unfallereignis mit beträchtlicher Schwere sind (F 43.1: Ereignis oder Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde).**
2. **Ein leichter Verkehrsunfall ist bei objektiver Betrachtungsweise in keiner Weise mit der in der F 43.1 genannten Situation von katastrophenartigem Ausmaß vergleichbar.**
3. **Es ist nicht zulässig, sich unter Hinweis auf eine vorbestehende prämorbid Persönlichkeit über dieses in der ICD 10 so genannte A-Kriterium des objektiven Vorliegens einer außergewöhnlichen Bedrohung oder Situation katastrophenartigen Ausmaßes hinwegzusetzen.**

§§ 26, 45 SGB VII

Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 27.05.2009 – L 31 U 334/08 –
Bestätigung des Urteils des SG Berlin vom 28.10.2004 – S 25 U 11441/02 –

Streitig war der Umfang der Unfallfolgen nach einem Arbeitsunfall des Klägers. Auf dem Weg zur Arbeit war der Kläger mit seinem Motorrad ausgerutscht und gegen einen LKW geprallt. Er erlitt geringfügige Verletzungen (insbesondere Prellungen an Oberschenkel und Schulter). Nach ambulanter Behandlung konnte er nach Hause entlassen werden. Der Kläger war der Ansicht, der Unfall habe bei ihm zu einer posttraumatischen Belastungsstörung geführt. Ein vom SG nach § 109 SGG bestellter Gutachter hatte dies – im Gegensatz zu anderen Gutachten – bestätigt. Dieser war zu dem Ergebnis gekommen, dass sämtliche der von ihm festgestellten psychiatrischen und neurologischen Gesundheitsstörungen des Klägers im Sinne der erstmaligen Entstehung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ursächlich auf den Wegeunfall zurückzuführen seien.

Das LSG hat demgegenüber die haftungsausfüllende Kausalität verneint. Die psychischen Erkrankungen des Klägers seien nicht mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit wesentlich durch den Unfall verursacht worden. Dem fraglichen Gutachten sei wegen seiner erheblichen Mängel nicht zu folgen. Ausgangspunkt der Prüfung seien die international anerkannten Diagnosesysteme (ICD-10, DSM IV). Für die Annahme einer posttraumatischen Belastungsstörung fehle es hier schon am so genannten A-Kriterium, also an einem Unfallereignis beträchtlicher Schwere. Der Kläger habe lediglich einen leichten Verkehrsunfall mit geringfügigen Verletzungen gehabt.

Auch sei es nicht zulässig, unter Hinweis auf eine vorbestehende prämorbid Persönlichkeit die Schwelle für das Ausmaß der ursächlichen Traumatisierung abzusenken. Ansonsten würde man sich über die wissenschaftliche Definition der posttraumatischen Belastungsstörung hinwegsetzen.

Das **Landessozialgericht Berlin-Brandenburg** hat mit **Urteil vom 27.05.2009**
– L 31 U 334/08 –
wie folgt entschieden:



Tatbestand

1

Der Kläger begehrt die Gewährung von Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung über den 06. August 2001 hinaus.

2

Der 1960 geborene Kläger, der als Verteiler bei den B tätig war, erlitt am 26. Juni 2000 auf dem Weg zu seiner Arbeitsstelle einen Verkehrsunfall, der im Durchgangsarztbericht des von ihm sofort aufgesuchten Dr. S, A-V-Krankenhaus, vom 28. Juni 2000 wie folgt beschrieben ist: "Herr E. war mit seinem Motorrad auf dem Weg zur Arbeit. Er rutschte gegen einen querstehenden LKW. Dabei stieß er mit linkem Oberschenkel gegen den Lkw." Als Diagnosen sind eine Oberschenkelprellung links, Schulterprellung rechts und Ellenbogenschürfung links genannt. Die Weiterbehandlung erfolgte zunächst ambulant durch Dr. D, der mit Zwischenbericht vom 15. September 2000 mitteilte, dass es keine Anzeichen verzögerter Heilung gebe, der jetzige Befund laute "freie Beweglichkeit rechte Schulter, kein Druckschmerz über AC-Gelenk" (Acromioclaviculargelenk). Seit dem 14. August 2000 habe sich der Kläger bei ihm nicht mehr vorgestellt, die Arbeitsunfähigkeit habe am 20. August 2000 geendet.

3

Da der Kläger weiter über fortbestehende Einschränkungen durch Unfallfolgen berichtete, wurden am 07. Juli 2000 Röntgenaufnahmen und am 28. September 2000 ein MRT des rechten Schultergelenkes gefertigt. Die Beklagte zog ein Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse des Klägers, der AOK Berlin, bei, die mit Schreiben vom 14. und vom 18. Dezember 2000 für die Zeit der Mitgliedschaft ab 09. Oktober 1978 bis zum Unfallereignis insgesamt 102 Arbeitsunfähigkeitszeiten mitteilte, darunter u. a. vom 28. Februar bis 02. März 1984 wegen Erschöpfung, depressives Syndrom, vom 18. bis 20. Juli 1984 wegen eines Erschöpfungssyndroms, sowie für die Zeit vom 07. bis 21. November 1995 wegen einer reaktiven Depression. Die Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. C teilte mit Zwischenbericht vom 11. November 2000 mit, dass der Kläger nach ihrer Einschätzung an einem posttraumatischen Belastungssyndrom leide. Dies bestätigte in der Folgezeit die in der Praxis der Dr. C tätige Dr. O mit Schreiben vom 20. Juli 2001. Die Beklagte holte zunächst noch einen ausführlichen Krankheitsbericht des Durchgangsarztes D vom 25. Januar 2001 ein, der ausführte, dass sich kein klares Bild der Verletzungen ergäbe, es müsse eine Abgrenzung zu unfallfremden Vorerkrankungen getroffen werden. Untypisch sei, dass das Beschwerdebild wegen der Schulterreckgelenksverletzung über ein halbes Jahr andauere. Die Ärzte für Orthopädie Dr. B K teilten mit Befundbericht vom 30. Januar 2001 mit, dass dem Kläger ein Tens-Gerät verordnet worden sei. Ärztliche Behandlung finde zurzeit nur wegen posttraumatischer Angstzustände bei einem anderen Behandler statt. Ein Kernspintomographiebefund des Schultergelenkes rechts vom 03. Februar 2001 ergab eine chronische Tendinitis der Supraspinatussehne ohne Anhalt für Partialruptur, muskuläre Retraktion oder begleitende Bursitis, ein grenzwertig weites bis minimal eingegengtes acromiales outlet, eine mäßig ausgeprägte aktivierte Arthrose des AC-Gelenkes, Zeichen der Enthesiopathie der Supraspinatussehne und eine regelrechte Darstellung der weiteren Schultergelenkstrukturen.

4

Die Beklagte holte sodann ein Gutachten der Diplompsychologin H/des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. H vom 18. Februar 2001 ein, die nach einer Untersuchung und Befragung des Klägers ausführten, dass die Frage der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen aus orthopädischer Sicht zu klären sei. Neben Teilsymptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung bestünden erhebliche persönlichkeits-eigene Symptome, die auf einem beschriebenen psychiatrisch-psychologischen Hintergrund zu sehen seien. Diese hätten mit Sicherheit im Sinne von Konversionssymptomen schon vorher bestanden. Insoweit habe der Unfall lediglich zur Manifestation und zur Symptomatik im Sinne einer Verschlimmerung eines Manifestierens Anlass gegeben. Es liege ein inadäquater Versuch vor, den Unfall zu rationalisieren und zu benutzen, um unfallunabhängige Probleme im privaten und beruflichen Bereich zu lösen. Die Kindheit des Klägers sei nach dessen Angaben "relativ normal" verlaufen, die schulische Entwicklung jedoch nur in den ersten drei Klassen. Letztlich hätte er die achte und die neunte Klasse wiederholen und die Schule ohne Abschluss verlassen müssen. Die Anamneseerhebung zeige erhebliche Defizite in der emotionalen Entwicklung, sowohl im Bereich der Zuwendung als auch im Bereich der Grenzsetzung. Das Elternbild sei ambivalent, also konfliktträchtig internalisiert. Das umfangreiche Vorerkrankungsverzeichnis zeige Wirbelsäulenbeschwerden, Myalgien sowie häufige Magendiagnosen neben Infekten und dem bekannten Diabetes sowie häufiger die Diagnose eines Schulterarmsyndroms. Das persönlichkeits-eigene Muster sei durch den Unfall massiv aktiviert worden. Es müsse in diesem Kontext aber mindestens derzeit noch von einer im Wesentlichen unfallbedingten mit ausgelösten Störung gesprochen werden. Hieraus habe sich eine depressive Reaktion mit Selbstzweifeln, Grübeleien und psychosomatischen Symptomen entwickelt. Die derzeitige psychiatrische Behandlung sei unbedingt erforderlich. Sie sei auch durch das Unfallgeschehen ausgelöst, wenngleich ihr Andauern sicher im Wesentlichen von der Persönlichkeitsstruktur mitgetragen werde. Es müsse abgegrenzt werden, von wann ab die Ereignis-korrelierte Störung nicht mehr bedeutsam und vordergründig sei und nur noch persönlichkeits-eigene Gesichtspunkte eine Rolle spielten. Dies müsse kontrolliert werden. Daher würde empfohlen, die Behandlung mitzutragen.

5

Die Beklagte holte ferner einen Behandlungsbericht des Facharztes für Innere Medizin und Psychotherapeutische Medizin Dr. P vom 21. März 2001 ein, der folgende Diagnosen angab: "Angstsyndrom, paroxysm., depressives Syndrom, mittel, Posttraumatische Belastungsstörung, Z. n. VU, Diabetes mellitus, Verdacht auf funktionelles Schmerzsyndrom". Bezüglich des ätiologischen Gesamtzusammenhanges seien die prämorbid-e Persönlichkeitsstruktur sowie die belastende familiäre Konstellation des Klägers zu berücksichtigen. Mit Zwischenbericht vom 15. August 2001, teilte Dr. P mit, dass die Angstsymptomatik an Intensität abgenommen habe, stärker in den Vordergrund getreten seien jetzt depressive Verstimmungen sowie die allgemeine Antriebs- und Interessenlosigkeit. Bezüglich der durch das Geschehen ausgelösten Symptomatik sei es zu einer Rückbildung gekommen. Nachdem zu Beginn der Behandlung ganz der vom Kläger so erlebte kausale Zusammenhang zu dem Unfallgeschehen im Vordergrund gestanden habe, sei dies nunmehr doch deutlich zurückgetreten. Die jetzt stärker imponierende Symptomatik im Sinne der depressiven Verstimmungen hänge vermutlich doch eher mit dem gesamten biografischen und familiären Zusammenhang des Klägers zusammen. Hier seien vor allem die maligne Erkrankung des Vaters und das hochambivalente Verhältnis zur Mutter zu sehen. Eine überwiegende ursächliche Verbindung mit dem Unfallgeschehen könne bezüglich der jetzt

im Vordergrund stehenden Symptomatik eher nicht mehr gesehen werden, so dass die Beendigung der Kostenübernahme durch die Beklagte vertretbar erscheine.

6

In Auswertung dieser Berichte gab Dr. H mit Schreiben vom 20. August 2001 eine Stellungnahme dahin ab, die Ausführungen des Dr. P für überzeugend zu halten, diese deckten sich mit seinen eigenen Erkenntnissen anlässlich seiner persönlichen Untersuchung. Eine weitere unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit sei nicht mehr zu begründen.

7

Die Beklagte holte ferner ein fachchirurgisches Gutachten der Prof. Dr. H/Dr. S vom 02. Oktober 2001 ein, die ausführten, dass Arbeitsunfähigkeit wegen der Unfallfolgen auf jeden Fall bis 20. August "2001" anzuerkennen sei, zu diesem Zeitpunkt sei durch Dr. D eine freie Beweglichkeit der rechten Schulter sowie kein nachweisbarer Druckschmerz in der AC-Gelenksregion dokumentiert worden. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei für das rein unfallchirurgische Fachgebiet ohne Berücksichtigung eventueller unfallbedingter psychosomatischer Störungen mit 10 v. H. zu bewerten. Es sei auf unfallchirurgischem Gebiet noch festzustellen:

8

1. Eine seit dem Unfall bestehende Laxizität des glenohumeralen Bandapparats mit konsekutivem Schultertiefstand rechts, 2. ein Kraftverlust, Ermüdung und die reduzierte Belastbarkeit im rechten Schultergelenk, 3. eine folgenlos ausgeheilte Ellenbogenprellung und Knieprellung links.

9

Die persistierenden Schmerzsymptomaten sowie daraus resultierenden Funktionseinschränkungen seien mehr als ein Jahr nach dem Unfall unklar. Es sei absolut untypisch, dass Beschwerden nach einer Rockwood I bis II-Verletzung, wie der Kläger sie erlitten habe (ledigliche Gelenkdistorsion mit evtl. Partialruptur der coracoclaviculären Bänder), über den genannten Zeitraum persistierten. Es ließe sich retrospektiv auch kein Behandlungsfehler erkennen, der diesen Verlauf suffizient erklären könnte. Zu bemerken sei, dass die klinische Untersuchung und Funktionstests den Verdacht auf eine multidirektionale Schulterinstabilität auf der betroffenen Seite gezeigt habe, die im Allgemeinen jedoch nicht posttraumatisch, sondern eher degenerativ bedingt sei. Hiergegen spreche jedoch die Anamnese des Klägers, der nicht über Instabilitätsgefühle oder Beschwerden vor dem Unfall geklagt habe. Klinisch zeigten sich auch Zeichen für ein leichtes Impingementsyndrom, welches jedoch sicherlich ebenfalls nicht unfallbedingt erklärbar sei und die angegebenen Schmerzen und den Schultertiefstand auch nur unzureichend erklärten. Erschwerend für den Heilverlauf und die gesamte Situation des Klägers sei die seit dem Unfall bestehende Störung der Persönlichkeitsstruktur sowie der psychischen Belastbarkeit. Die Problematik der Schulterbeweglichkeit lasse sich am ehesten auf ein kombiniertes Vorliegen einer eventuell vorbestehenden, jedoch asymptomatischen, degenerativ bedingten, multidirektionalen Schulterinstabilität einerseits, einer stattgehabten Rockwood II-Verletzung, einem leichten Impingementsyndrom rechtsseitig sowie eine psychosomatische Verarbeitungsstörung zurückführen. Dementsprechend schwierig sei die Einschätzung der unfallbedingten Folgen.



10

Mit Bescheid vom 02. Oktober 2001 teilte die Beklagte daraufhin mit, unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit bis 06. August 2001 anzuerkennen. Über diesen Zeitpunkt hinaus seien Leistungen nicht zu gewähren. Aufgrund der ärztlichen Feststellungen seien die andauernden Beschwerden auf psychischem Gebiet und im Bereich der rechten Schulter nicht mehr ursächlich auf den Unfall zurückzuführen, auch nicht im Sinne einer rechtlich wesentlichen Teilursache. Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch, mit dem er ausführte, nach wie vor an Angstzuständen zu leiden, die er vor dem Verkehrsunfall nicht gehabt habe. Diesen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 31. Mai 2002 zurück. Dr. P habe berichtet, dass die Behandlung der Unfallfolgen erfolgreich habe beendet werden können, während die unfallfremden psychischen Störungen eine längerfristige Behandlung erforderlich machten. Prof. Dr. H habe ebenfalls ausgeführt, dass aufgrund der Unfallverletzung (Gelenkdistorion/Luxation Rockwood I bis II) keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit mehr vorliege.

11

Im Klageverfahren hat das Sozialgericht Berlin ein Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Reingeholt, der am 04. Januar 2004 ausführte, dass beim Kläger eine Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und narzisstischen Zügen (ICD - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision - F 61: Kombinierte Persönlichkeitsstörung) vorliege. Den Unfallhergang erfragte er dahin, dass das Hinterrad des Motorrades des Klägers blockiert habe, da er stark gebremst habe. Er sei dann gerutscht und mit der linken Schulter auf den Laster geprallt, dabei habe es den Lenker nach links weggezogen. Er sei dann zu Boden gefallen auf die rechte Schulter. Auf Befragen, wie es zu dem Unfall gekommen sei, teilte der Kläger mit, dass der Lastwagenfahrer ihn wohl wegen der Büsche auf der Mittelinsel nicht gesehen habe, als er gewendet habe. Kurz vor dem Unfall habe ihn der Lastwagenfahrer aber angegrinst. Er selbst sei auf der rechten Seite des LKWs, der also in die Fahrspur schon eingebogen gewesen sei, im hinteren Drittel aufgetroffen. Es habe sich um einen etwa 8- bis 11-Tonner mit Ladebordwand gehandelt.

12

Zur Begutachtung habe sich aktuell keinerlei depressive Symptomatik gefunden, sondern vielmehr ein deutlich entwickeltes Antriebsvermögen. Eine behandlungsbedürftige relevante Angstsymptomatik habe sich aktuell nicht nachvollziehen lassen, insbesondere keine frei flottierenden oder phobischen Ängste, wohl aber existentielle Beänstigungen, die im engen Zusammenhang mit mangelndem Selbstwerterleben stünden. Deutlich würde eine gewisse Konversionssymptomatik, insoweit bei neurotisch gestörter Konfliktfähigkeit Schutz und Rückzug hinter körperlicher Beschwerdesymptomatik gesucht werde. Unverkennbar sei der Zusammenhang mit Begehrensvorstellungen, mit einer zweckgerichteten Darstellung, etwa mit ausdrücklichen, jedoch unzutreffenden Angaben bezüglich seiner Krankenvorgeschichte bei der Angabe, vor dem Unfall ein lebensfroher Mensch gewesen zu sein, der Depressionen, nicht einmal eine schlechte Stimmung gekannt habe, während nach Aktenlage bereits lange vor dem Unfallgeschehen Mehrfachbehandlungen wegen depressiver Krankheitssymptomatik ausgewiesen seien. Auffällig sei auch die abschätzige und abwertende Darstellung wichtiger Bezugspersonen, insbesondere der partnerschaftlichen Beziehungen zu Frauen.



13

Der Kläger habe sicher bei dem Unfall einen Schrecken erlitten. Die Annahme jedoch, dass es sich hierbei um eine posttraumatische Belastungsstörung im Sinne ihrer definierten Voraussetzungen gehandelt habe, also um eine "Situation außergewöhnlicher Belastung oder katastrophentypigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde", entbehre jeglicher Grundlage. Bezüglich belastender Ereignisse sei die posttraumatische Belastungsstörung dergestalt definiert, dass beispielhaft etwa Naturereignisse, Naturkatastrophen, Kampfhandlungen, ein "schwerer Unfall" oder Zeugenschaft des gewaltsamen Todes anderer, Opfer von Folter, Terrorismus, Vergewaltigung und andere Verbrechen genannt würden. Diese Schwelle sei zunächst zu überschreiten, um die Möglichkeit der posttraumatischen Belastungsstörung weiterhin zu erörtern. Unstatthaft sei es hingegen, unter Hinweis auf eine vorbestehende prämorbid Persönlichkeit gleichzeitig auch die Schwelle für das Ausmaß der ursächlichen Traumatisierung abzusenken. Denn so verlöre die Definition der posttraumatischen Belastungsstörung jeden Sinn, da dann bei entsprechend schwer gestörter Persönlichkeit, um so schwerer diese prämorbid Störung bestehe, um so geringer und alltäglicher schließlich die psychische Traumatisierung ausfallen dürfte; dies sei eine in sich nicht sinnvolle Konstruktion, da in diesem Fall jede alltägliche psychische Belastung im Falle einer schwer neurotisch gestörten Persönlichkeit nicht mehr zur Diagnose einer neurotischen Störung, sondern der allfälligen posttraumatischen Belastungsstörung führen würde. Die beim Kläger zu erkennende Diskrepanz zwischen Anspruchshaltung und Leistungswilligkeit komme nicht erst im Rahmen des Unfallgeschehens und diesbezüglichen Verhaltens zum Ausdruck, sondern werde als Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung erkennbar, wie auch Dr. H bereits festgestellt habe. Dies sei zu beobachten anlässlich der schulischen Entwicklung sowie des Eintritts in das Berufsleben. Es liege zweifellos eine zunehmend schwere psychische Fehlhaltung mit Behandlungsbedürftigkeit vor, die allerdings nicht im kausalen Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen gebracht werden könne. Zuzustimmen sei der zuvor getroffenen Beurteilung, dass durch den Unfall das persönlichkeits-eigene Muster des Klägers massiv aktiviert worden sei. Dies habe sich jedoch nicht aus dem Unfall entwickelt, sondern sei im definitorischen Sinne der krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung bis in die frühe Adoleszenz zurückzuführen. Es sei auch nicht nachvollziehbar, inwieweit das Unfallgeschehen geeignet gewesen sein solle, tatsächlich Alpträume ausgelöst zu haben, die sich im Allgemeinen ja durch eine sehr charakteristische Traumstimmung, damit verbundene massive Angstsymptomatik und eindrucksvolle Schilderungen des Traumerlebens in einer typischen und nachvollziehbaren Weise charakterisieren ließen. Dies sei vorliegend anhand der Schilderungen des Klägers nicht zu bestätigen. Vielmehr schildere er seine Schlafstörungen im Zusammenhang mit den Beschwerden, die er in Seitenlage in der Schulter erleide. Die Symptomatik des Klägers sei vor dem Hintergrund persönlichkeits-eigener Symptome ohne weiteres auch ohne das Unfallereignis zu denken. Es sei hingegen nicht von einer durch den Unfall mitgelösten Störung auszugehen. Hinzuweisen sei auch darauf, dass sich das Ausmaß der geklagten Beschwerdesymptomatik in der Wahrnehmung der Intensität der Behandlungen nicht ohne weiteres widerspiegeln. Behandler seien gewechselt worden, eine wesentliche Veränderung in der Behandlung könne vom Kläger nicht geschildert werden, wohl aber sein Unmut über die Einschätzung des vormals behandelnden Therapeuten, dass sich sein Beschwerdebild gebessert habe. Im Übrigen schildere Dr. P eine anfängliche paroxysmale Angstsymptomatik, die nach ICD als Panikstörung beschrieben werde, die als solche jedoch nicht die zu erwartende Symptomatik im Gefolge einer posttraumatischen Belastungsstörung sei. Jedenfalls sei offensichtlich eine Umbewertung der zunächst als posttraumatisch angenommenen psychiatrischen Beschwerdesymptomatik vorgenommen worden. Das Krankheitsbild sei insgesamt aus Sicht der heutigen Betrachtung



vollständig durch eine in der Persönlichkeitsentwicklung begründete psychische Störung bedingt, die auch ohne das Unfallereignis vom 26. Juni 2000 durch eine andere, als Gelegenheitsursache zu bezeichnende psychische Traumatisierung ausgelöst worden wäre. Eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit seien aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar. Eine unfallbedingte MdE sei auf nervenärztlichem Fachgebiet nicht eingetreten.

14

Der Kläger übersandte noch einen fachpsychologischen/psychotherapeutischen Befundbericht seines behandelnden Diplompsychologen R vom 20. Oktober 2003, auf den Bezug genommen wird. Das Sozialgericht hat ferner die Akten eines Verfahrens gegen die Landesversicherungsanstalt (LVA) Berlin gerichtet auf die Gewährung einer Rente beigezogen (Aktenzeichen S 29 RJ 774/03). Diese enthalten u. a. ein Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. T vom 09. April 2002 und ein Gutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. G vom 04. Februar 2004 nebst Rückäußerung vom 18. Juni 2004. Gegenüber Dr. T hatte der Kläger angegeben (Bl. 9 des Gutachtens), dass sein Bruder vor 5 oder 6 Jahren massive Probleme mit Ängsten gehabt habe und in der Psychiatrie im U-Krankenhaus gewesen sei. Er habe ihn damals dort herausgeholt, weil er die Ängste seines Bruders überhaupt nicht verstanden habe. Daraufhin sei es zu einem Streit mit seinem Bruder gekommen, weshalb der Kontakt zu ihm abgebrochen sei.

15

Mit Urteil vom 28. Oktober 2004 hat das Sozialgericht Berlin die auf Verletztengeld und Heilbehandlung gerichtete Klage abgewiesen. Die bei dem Wegeunfall am 26. Juni 2000 erlittenen unfallbedingten Gesundheitsstörungen seien spätestens zum Ablauf des 06. August 2001 abgeklungen gewesen. Über diesen Zeitpunkt hinaus habe unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit oder Behandlungsbedürftigkeit nach dem Ergebnis der medizinischen Ermittlungen nicht mehr vorgelegen. Dies folge insbesondere aus den überzeugenden Feststellungen der Gutachter R und Prof. Dr. H. Der im Rahmen des auf die Gewährung einer Rente gerichteten Verfahrens gehörte Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. G habe in seinem Gutachten eine Beurteilung des Ursachenzusammenhanges nicht vorgenommen.

16

Gegen dieses ihm am 16. Dezember 2004 zugegangene Urteil richtet sich die am Montag, dem 17. Januar 2005 eingegangene Berufung des Klägers. Der Kläger verweist zur Begründung auf das auf seinen Antrag nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingeholte Gutachten des Dr. W vom 14. Februar 2009 sowie die Ausführungen des Facharztes für Psychiatrie und Neurologie Dr. M als auch des ihn behandelnden Diplompsychologen/Psychotherapeuten R, die bestätigten, dass aus nervenärztlicher Sicht sich eine Symptomatik infolge des Unfalls entwickelt habe und dass seine Leiden unfallbedingt seien. Er habe eine posttraumatische Belastungsstörung erlitten, eine besondere Disposition aus psychischer Sicht werde bestritten. Der Sachverständige Runterstelle hingegen ohne objektive Anhaltspunkte eine Begehrensneurose. Es sei auch nicht nachvollziehbar, dass die Oberschenkelprellung links und die Schulterverletzung folgenlos ausgeheilt seien. Vielmehr bestünden weiter ein deutlicher Kraftverlust im rechten Schulter- und Armbereich sowie Taubheitsgefühle und Ruheschmerzen.



17

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 28. Oktober 2004 aufzuheben und den Bescheid der Beklagten vom 02. Oktober 2001 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 31. Mai 2002 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 26. Juni 2000 Verletzengeld und Heilbehandlung über den 06. August 2001 hinaus zu gewähren.

18

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

19

Die Beklagte verweist auf die Ausführungen im erstinstanzlichen Urteil und die bereits benannten Gutachten der Prof. Dr. H, Dr. H, des Herrn R und den Bericht des behandelnden Arztes Dr. P.

20

Das Gericht hat zur Aufklärung des Sachverhaltes einen Erörterungstermin vom 19. September 2007 durchgeführt und die Akte des vor dem Landgericht Berlin geführten Verfahrens gegen den Fahrer des LKW (Aktenzeichen 24 O 663/03) beigezogen, in der u. a. ein orthopädisches Gutachten des Dr. P, C, vom 08. Juli 2005 enthalten ist. Dieser führte aus, dass das vorliegende Unfallereignis geeignet gewesen sei, eine Prellung (Kontusion) oder Zerrung (Distorsion) im Bereich der linken als auch der rechten Körperseite hervorzurufen. Nachvollziehbar sei auch eine unfallbedingte Entstehung einer Schulterreckgelenksverletzung vom Typ Tossi I, bei der es sich um eine Bänderdehnung, jedoch nicht um eine Zerreißung handele, so dass Funktionsausfälle hieraus nicht resultierten. Entsprechend dem üblichen Heilungsverlauf sei von der vollständigen Wiedererreichung der Funktionsfähigkeit am 14. August des Jahres 2000 auszugehen, wo eine freie schmerzlose Beweglichkeit im rechten Schultergelenk dokumentiert worden sei. Ein Hinweis für eine neurologische Schädigung im Bereich des rechten Armes habe sich nicht gefunden. Die zum jetzigen Zeitpunkt wieder vorliegende demonstrierte erhebliche Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Armes bei Seithebung und Vorwärtshebung könne aus gutachterlicher Sicht aufgrund der zwischenzeitlich wieder erreichten Vollbewegung des Schultergelenkes nicht mehr auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Hervorzuheben sei, dass die bei dauerhaften relevanten Funktionsbeeinträchtigungen auftretenden muskulären Atrophien im Bereich der schulterumgebenden Muskulatur und des rechten Armes bei der Untersuchung nicht hätten gefunden werden können. Eine MdE sei auch bei Zugrundelegung des deutlich verlängerten Heilungsverlaufes für die Zeit ab 27. September 2000 nicht belegbar. In der Akte ist ferner enthalten ein Gutachten des Prof. Dr. M vom 07. Oktober 2005, der weitere Ermittlungen anregte und im Übrigen ausführte, dass ein Unfall mit einem "übermächtigen" Unfallgegner (Lastwagen gegen Motorradfahrer) in seltenen Fällen einer außergewöhnlichen Bedrohung im Sinne der posttraumatischen Belastungsstörung entsprechen könne, wobei prädisponierende Faktoren wie asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Vorerkrankungen die Schwelle für die Entwicklung des Syndroms senken und den Verlauf ungünstig beeinflussen könnten. Der Kläger habe jedoch beispielsweise eindeutige Flashbacks nicht geschildert. Es bestünden auch keine Hinweise darauf, dass es sich um eine posttraumatische Migräne handele, differenzialdiagnostisch komme hinsichtlich der Kopfschmerzen ein Spannungskopfschmerz in Frage, wofür ein Kausalzusam-



menhang mit dem Unfall nicht erkennbar wäre. Hinsichtlich des geschilderten Erbrechens sprächen andauerndes Erbrechen mit Durchfällen über mehr als einen Tag gegen ein psychisch oder situativ ausgelöstes Erbrechen.

21

Auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG hat das Gericht sodann ein Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. W vom 14. Februar 2009 eingeholt. Dieser kam zu dem Ergebnis, dass sämtliche der von ihm festgestellten psychiatrischen und neurologischen Gesundheitsstörungen im Sinne der erstmaligen Entstehung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ursächlich auf das Ereignis/den Unfall vom 26. Juni 2000 zurückzuführen seien, lediglich mit Ausnahme der Nikotinabhängigkeit, die bereits seit dem 16. Lebensjahr bestehe. Der vorbestehende Typ I-Diabetes habe sich durch die psychische Erkrankung wahrscheinlich richtungsgebend wesentlich verschlimmert. Die Erkrankungen hat er wie folgt bezeichnet:

22

- Andauernde Persönlichkeitsveränderungen nach psychischer Krankheit, ICD 10: F 62.1 - Agoraphobie mit Panikstörung, ICD 10: F 40.0 - mittelgradige depressive Episode, ICD 10: F 32.1 - Insomnie, ICD 10: F 51.0 - Erbrechen bei psychischer Störung, ICD: F 50.5 - Nikotinabhängigkeit, ICD-10: F 17.2 - Mangel von sexuellen Verlangen und Versagen genitaler Reaktionen, ICD-10: F 52.0, F 52.2 - Migräne G 43.1.

23

Es bestehe eine kausale Kette zwischen dem Unfall und der darauf folgenden posttraumatischen Belastungsstörung, die jedoch nicht in eine Heilung gemündet sei, sondern wie in wenigen anderen Fällen auch einen chronischen Verlauf genommen habe und dann in eine andauernde Persönlichkeitsstörung übergegangen sei. Dementsprechend liege seitdem unfallbedingt eine Behandlungsbedürftigkeit vor, für die aufgrund der bereits entwickelten Chronifizierung gegenwärtig keine berechtigte Aussicht auf Besserung bestehe. Die MdE sei ab 07. August 2001 mit 50 v. H. zu bemessen und einzustufen als schwere Störung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten.

24

Auf das Unfallgeschehen ging Dr. W im Zusammenhang mit seiner Stellungnahme zum Gutachten des Gutachters R insoweit ein, als er ausführte, dass ihn die streng ausgelegte Darstellung, wonach das Unfallereignis nicht ausreichen würde, die ICD-10-Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erfüllen, überraschen würde. Es sei seines Erachtens "selbstverständlich", dass der stattgehabte Unfall durch seine potentielle vitale Gefährdung eine außergewöhnliche Bedrohung darstellte, die geeignet gewesen sei, eine tiefe Verzweiflung hervorzurufen und daher die Kriterien erfülle. Möglicherweise vorliegende Begehrenshaltungen änderten nichts an der kausalen Rückführbarkeit auf den Unfall. Zur Familienanamnese gab der Gutachter an, dass ihm ein Magenkarzinom der Mutter, ein Prostatakarzinom des Vaters und eine Diabeteserkrankung des Großvaters berichtet worden seien, dass dem Kläger jedoch weder spontan noch auf Nachfrage psychische Erkrankungen in der Familie erinnerlich gewesen seien. Zu bisher durchgemachten Krankheiten für die Zeit bis zum erlittenen Unfall 2000 habe der Kläger vor allem Kinderkrankheiten und sodann seine Diabetes-Erkrankung angegeben.

25

Sämtliche Diagnosen hätten sich - abgesehen von der Nikotinabhängigkeit - zeitlich nach dem 2000 erlittenen Unfall entwickelt und würden auch in kausalem Zusammenhang mit diesem Unfall stehen. Die frühkindliche Entwicklung des Klägers erscheine weitgehend ungestört. Ein erster Leistungsknick zeige sich in der Schulzeit, möglicherweise im Zusammenhang mit dem Beziehungskonflikt der Eltern. Als belastendes Lebensereignis müsse auch die Erkrankung an Typ I-Diabetes gesehen werden, die neben der körperlichen Krankheit auch dazu führte, dass sich der Berufswunsch des Klägers nicht verwirklichen ließ. Es müsse jedoch festgestellt werden, dass es dem Kläger stets gelungen sei, aufgetretene Konflikte zu lösen oder zumindest zu kompensieren, so dass es zu keinen ihn belastenden Krankheitssymptomen gekommen sei. Eine Persönlichkeitsstörung habe sich bis zum Jahr 2000 mit Wahrscheinlichkeit nicht entwickelt. Erst mit dem Motorradunfall im Jahr 2000 beginne mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine auffällige psychische pathologische Entwicklung. Umgekehrt bestehe jedoch kein sicherer oder wenigstens wahrscheinlicher Anhalt dafür, dass sich ohne diesen Unfall eine entsprechende Krankengeschichte entwickelt hätte. Vielmehr habe sich mit dem Unfall eine zunächst protrahierte Reaktion auf das belastende Unfallereignis ergeben. Wie früheren Behandlungsberichten und Gutachten zu entnehmen sei (z. B. Dr. P), scheine der Kläger im Jahr 2000/2001 typische Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung aufgewiesen zu haben, darüber hinaus könnten bestimmte Persönlichkeitszüge die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren. Mit Beginn der analytischen Gruppen- und Einzeltherapie im Jahr 2000 und 2001 scheine zunächst eine Besserung der Symptomatik eingetreten zu sein, eine Heilung erscheine hier ebenfalls möglich. Noch unklar sei, warum, es sei jedenfalls dann zu einem Behandlungsabbruch gekommen und die weitere Krankengeschichte habe den geschilderten chronischen Verlauf gezeigt und sei schleichend in eine andauernde Persönlichkeitsveränderung übergegangen, die jedoch nicht durch eine vorbestehende Persönlichkeitsstörung erklärt werden könne. Abzuwägen bliebe allerdings, ob sich die andauernde Persönlichkeitsänderung infolge des dann als Extrembelastung im Sinne der F 62.0 anzunehmenden Unfalls oder infolge der psychischen Krankheit nach dem Unfall, also der posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt habe, sowie inwiefern eine sich vermutlich in den vergangenen drei Jahren entwickelte depressive Symptomatik verselbständigt und dadurch gegenwärtig bereits einen eigenen Krankheitswert unabhängig von der andauernden Persönlichkeitsänderung erhalte.

26

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf die Schriftsätze der Beteiligten nebst Anlagen und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie den der Verwaltungsakte der Beklagten.



Entscheidungsgründe

27

Die Berufung ist zulässig, jedoch nicht begründet. Das erstinstanzliche Urteil und die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Gewährung von Verletztengeld oder Heilbehandlung über den 06. August 2001 hinaus.

28

Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung, die u. a. nach § 45 Sozialgesetzbuch, Siebtes Buch, Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) als Verletztengeld erbracht werden, setzen voraus, dass Schäden, die zu einer Erwerbsminderung geführt haben, "infolge" eines Versicherungsfalles entstanden sind; Heilbehandlung erfolgt nach § 26 SGB VII zur Behandlung von Schäden, die "durch einen Versicherungsfall" im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung entstanden sind. Gesundheitsstörungen infolge eines versicherten Ereignisses können nur dann anerkannt werden, wenn sie mit Wahrscheinlichkeit zumindest ihre wesentliche Teilursache in dem versicherten Unfallereignis haben. Eine solche hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSGE 19, 52; 32, 203, 209; 45, 285, 287) liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände die für den wesentlichen Ursachenzusammenhang sprechenden so stark überwiegen, dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann und ernstliche Zweifel ausscheiden (BSG SozR Nr. 41 zu § 128 SGG; BSG SozR Nr. 20 zu § 542 RVO a. F.; BSGE 19, 52, 56; BSG SozR 3 1300 § 48 Nr. 67). Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang positiv festgestellt werden muss und dass es keine Beweisregel gibt, wonach bei fehlender Alternativursache die naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist.

29

Vorliegend steht aufgrund des Ergebnisses der medizinischen Ermittlungen für den Senat fest, dass der Kläger keinen Anspruch auf die Gewährung von Verletztengeld und Heilbehandlung über den 06. August 2001 hinaus hat, weil Unfallfolgen jedenfalls über diesen Zeitpunkt hinaus nicht bestanden haben und weiterhin nicht bestehen.

30

Hinsichtlich der vom Kläger geltend gemachten Schäden im Bereich seiner rechten Schulter folgt dies aufgrund der Ausführungen der Prof. Dr. H/Dr. S in deren Gutachten vom 02. Oktober 2001 und den Feststellungen des Dr. P in dessen Gutachten vom 8. Juli 2005. Der Senat schließt sich diesen gutachterlichen Feststellungen an, weil diese nach einer Untersuchung des Klägers, umfassender Auswertung vorhandener medizinischer Unterlagen und sorgfältiger Anamneseerhebung getroffen und überzeugend begründet wurden. Die Gutachter Prof. Dr. H/Dr. S haben ausgeführt, dass die Einschätzung der unfallbedingten Folgen deshalb schwierig sei, weil die fortbestehende Problematik der rechten Schulterbeweglichkeit auf ein kombiniertes Vorliegen einer eventuell vorbestehenden, jedoch asymptomatischen, degenerativ bedingten, multidirektionalen Schulterinstabilität einerseits, einer stattgehabten Rockwood II-Verletzung, eines leichten Impingementsyndroms rechtsseitig, welches nicht unfallbedingt sei, sowie einer psychosomatischen Verarbeitungsstörung zurückzuführen sei. Danach ist lediglich eine von 4 in Betracht kommenden Ursachen für die fortbestehenden Beschwerden unfallbedingt, nämlich die Rockwood II-Verletzung. An anderer Stelle führen die Gutachter jedoch aus, es sei absolut untypisch, dass Beschwerden nach einer Rockwood I bis II-Verletzung über den unstreitigen Zeitraum hinaus persistierten. Eine Begründung dafür, weshalb vorliegend ein derart untypi-

scher Verlauf vorliegen sollte, ist nicht gegeben und lediglich in den übrigen genannten, für eine mögliche Verursachung in Betracht kommenden Gründen zu suchen, die jedoch unfallunabhängig sind. Jedenfalls schlossen sich die Gutachter im Hinblick auf das Fortbestehen von Arbeitsunfähigkeit den Feststellungen des Dr. D an, der mit Befundbericht vom 15. September 2000 aufgrund seiner Feststellungen "freie Beweglichkeit rechte Schulter, kein Druckschmerz über AC-Gelenk" die Beendigung der Arbeitsunfähigkeit zum 20. August 2000 bestätigt hatte, nachdem nach dem 14. August 2000 bei ihm auch keine weitere Vorstellung erfolgt war. Bei dem im Gutachten auf Seite 16 genannten Datum des 20. August "2001" handelt es sich ausweislich der vorherigen Ausführungen auf Blatt 5 des Gutachtens insoweit um einen Schreibfehler, als hier weiter das Jahr 2000 gemeint war, denn diese Daten bestätigte Dr. D in seinem Bericht vom 24. Oktober 2000, während eine Behandlung durch Dr. D im Jahr 2001 gar nicht mehr stattgefunden hat.

31

Die Einschätzung der Prof. Dr. H/Dr. S wurde - jedenfalls soweit hier relevant - bestätigt durch den vom Landgericht Berlin gehörten Dr. der mit Gutachten vom 8. Juli 2005 unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sogar nur annahm für den noch geringeren Zeitraum bis zum 14. August 2000, der das Vorliegen von Unfallfolgen also bereits für einen Zeitpunkt verneinte, der deutlich vor dem durch die Beklagte anerkannten Zeitpunkt für die Beendigung der Verletztengeldzahlung und Gewährung von Heilbehandlung lag. Er führte aus, dass das Unfallereignis geeignet gewesen sei, eine Prellung oder Zerrung im Bereich der linken als auch der rechten Körperseite hervorzurufen, dass die zum Zeitpunkt der Begutachtung demonstrierte erhebliche Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Armes aber nicht mehr auf das Unfallereignis zurückgeführt werden könne. Insbesondere fand Dr. P auch keinen Hinweis für eine neurologische Schädigung im Bereich des rechten Armes, weshalb die in der Folgezeit durch Prof. Dr. M im Gutachten vom 07. Oktober 2005 angeregten weiteren Ermittlungen nicht erforderlich waren. Dr. P hat im Übrigen noch darauf hingewiesen, dass bei dauerhaften relevanten Funktionsbeeinträchtigungen, wie sie vom Kläger vorgetragen werden, muskuläre Atrophien im Bereich der schulterumgebenden Muskulatur und des rechten Armes zu erwarten wären, die beim Kläger jedoch nicht hätten gefunden werden können. Derartigen nicht manipulierbaren Anzeichen kommt regelmäßig besonderes Gewicht zu.

32

Hinsichtlich des geltend gemachten Anspruches auf Heilbehandlung wurde bereits erstinstanzlich zu Recht darauf hingewiesen, dass der Kläger sich seit dem Jahre 2001 wegen seiner Schulterbeschwerden gar nicht mehr in ärztlicher Behandlung befunden habe, so dass auch bereits aus diesem Grund kein Anspruch auf Heilbehandlung wegen der Beschwerden im Bereich der Schulter bestehe.

33

Der Kläger hat auch wegen seiner psychischen Erkrankungen keinen Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung, weil seine diesbezüglichen Leiden nicht mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit wesentlich durch den Unfall vom 26. Juni 2000 verursacht worden sind.

34

Hinsichtlich der Bewertung der psychischen Beschwerden schließt sich das Gericht den Feststellungen des Gutachters R in dessen Gutachten vom 04. Januar 2004 an. Dieser kam zu dem Ergebnis, dass die beim Kläger über den streitigen Zeitpunkt hinaus fortbestehenden Einschränkungen nicht mehr rechtlich wesentlich auf das Unfallereignis zu-



rückgeführt werden können. Zur Begründung wird zunächst auf die dieses Gutachten auswertenden Ausführungen des Sozialgerichts Berlin im erstinstanzlichen Urteil vom 28. Oktober 2004 Bezug genommen, denen sich der Senat nach eigener Prüfung anschließt, weshalb insoweit von einer weiteren Begründung abgesehen werden kann (§ 153 Abs. 2 SGG).

35

Den Ausführungen des Dr. W in dessen Gutachten vom 14. Februar 2009 vermochte das Gericht hingegen nicht zu folgen. Dr. W führt (mit Ausnahme einer Nikotinabhängigkeit) sämtliche beim Kläger diagnostizierten Erkrankungen auf psychischem Gebiet, die er insgesamt als schwer einschätzt, auf den erlittenen Unfall zurück. Da der Unfall ansonsten keine besonderen Verletzungen verursacht hat und ambulante Behandlung in der Folgezeit ausreichend war, ist das Fortbestehen derart schwerer psychischer Einschränkungen untypisch und seine Einschätzung als unfallbedingt hätte im Hinblick auf die Begründung besonderer Sorgfalt bedurft. Dies gilt umso mehr, als in den anderen Gutachten Umstände beschrieben sind, die erhebliche Diskrepanzen des klägerischen Vorbringens zu den festgestellten objektivierbaren Beeinträchtigungen beschreiben, wie z. B. Dr. P zum Fehlen von Muskelatrophien dargelegt hat, und wie der Gesamteinschätzung des Gutachters Rockstroh zu entnehmen ist. Auch Dr. Götte wies diesbezüglich mehrfach auf Verdeutlichungstendenzen und eine sehr begrenzte Leistungsmotivation hin (z.B. auf Seite 24 seines Gutachtens). Eine überzeugende, sorgfältige Begründung ist dem Gutachten des Dr. W jedoch nicht zu entnehmen. Vielmehr weist das Gutachten sowohl in seinen Feststellungen als auch in seiner Argumentation zur wesentlichen Kausalitätsfrage erhebliche Mängel auf.

36

Zunächst einmal sind die vom Gutachter für seine Bewertung zum Ausgang genommenen Feststellungen unvollständig. Beispielsweise führt er auf Seite 4 seines Gutachtens aus, dass dem Kläger weder spontan noch auf Nachfrage psychische Erkrankungen in der Familie erinnerlich gewesen seien und kam letztlich zu dem Ergebnis, dass die frühkindliche Entwicklung des Klägers "weitgehend ungestört" erscheine (Seite 23 des Gutachtens). Die Angabe zu psychischen Erkrankungen in der Familie hätte der Gutachter jedoch hinterfragen müssen, da aus dem ihm vorliegenden Akteninhalt wesentlich abweichende Angaben des Klägers bekannt sind. Denn gegenüber Dr. T hatte der Kläger ausweislich dessen Gutachten vom 09. April 2002 angegeben, dass sein Bruder aufgrund massiver Probleme stationär in der Psychiatrie des U-Krankenhauses behandelt worden sei. Da Dr. W die Anamnese insoweit abgefragt hat, ist nicht davon auszugehen, dass dieses Detail völlig belanglos wäre; hiermit hätte es unbedingt einer Auseinandersetzung bedurft. Dies gilt umso mehr, als insbesondere der Vorgutachter Rockstroh biografische Faktoren wie insbesondere das problematische Verhältnis des Klägers in seiner Familie als wesentliche Ursache für die jetzige Erkrankung angesehen hat. Auch Dr. G setzte sich in seinem Gutachten vom 4. Februar 2004 mit einer frühen defizitären emotionalen Entwicklung auseinander (S. 24 seines Gutachtens). Dr. H schließlich bewertete die Anamneseerhebung als "erhebliche Defizite in der emotionalen Entwicklung" zeigend, die zu einer "extrem konfliktträchtigen Entwicklung" seiner Emotionalität geführt habe. Zu diesem, auch vom Gutachter R ausführlich dargestellten Hintergrund findet sich jedoch im Gutachten des Dr. W nichts. Abgesehen davon, dass die Schlussfolgerungen des Dr. W damit angreifbar geworden sind, belegt sein Vorgehen auch dessen vollständig unkritische Umgangsweise mit den Angaben des Klägers.



37

Weiter fand Dr. W es erheblich, dass es dem Kläger in der Vergangenheit vor dem Unfall stets gelungen sei, aufgetretene Konflikte zu lösen oder zumindest so zu kompensieren, dass es zu keinen ihn belastenden Krankheitssymptomen gekommen sei. Aus diesem Grund könne er auch nicht mit dem Gutachter Rund dessen Diagnose einer Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert übereinstimmen. Hier fehlt jedoch eine inhaltlich nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den vom Gutachter Raufgeführten Schlussfolgerungen aufgrund von dessen Anamneseerhebung, auch z. B. zum auffälligen Beziehungsverhalten des Klägers, und mit den von Dr. G aufgrund sorgfältiger Anamnese getroffenen Schlussfolgerungen, dass sich nach dem Ergebnis seiner Untersuchung und Gesamttendenz gerade nicht bestätigen lasse, dass die frühe Persönlichkeitsentwicklung des Klägers unauffällig verlaufen sei (S. 32 des Gutachtens). Ferner belegt das Vorerkrankungsverzeichnis der AOK für den im Unfallzeitpunkt gerade 40 Jahre alt gewesenen Kläger bereits 102 Arbeitsunfähigkeitszeiten für die Zeit vor dem Unfall, auf die auch der Vorgutachter Dr. Hirschberg hingewiesen hatte, welche Dr. W jedoch – bei Annahme, dass es keine früheren Krankheitssymptome gegeben habe - weder im Allgemeinen noch in Bezug auf die Krankheitsausfallzeiten wegen psychischer Probleme für relevant hielt.

38

Schließlich knüpfte Dr. W seine Feststellungen an den Ausgangspunkt, dass beim Kläger sich im Jahr 2000/2001 typische Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung gezeigt hätten (F 43.1), aus der heraus sich die dann nunmehr im Begutachtungszeitpunkt diagnostizierte andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit entwickelt habe (Beantwortung der Beweisfrage 5 auf Seite 29 des Gutachtens). Eine posttraumatische Belastungsstörung hat beim Kläger jedoch gerade nicht vorgelegen. Auch diesbezüglich schließt sich das Gericht den Feststellungen des Arztes Ran, der völlig zu Recht ausführte, dass es für eine posttraumatische Belastungsstörung am so genannten A-Kriterium, also an einem Unfallereignis beträchtlicher Schwere, gefehlt habe. Soweit Dr. W ausführt, dass ihn die "streng ausgelegte Darstellung" des Gutachters R zum Unfallereignis überraschen würde, ist darauf hinzuweisen, dass allein diese Darstellung des Gutachters R den maßgeblichen Vorgaben der ICD 10 genügt. An diese Vorgaben ist das Gericht jedoch gebunden. Denn zur Anerkennung einer psychischen Störung als Unfallfolge ist immer eine exakte Diagnose der Krankheit nach einem der international anerkannten Diagnosesysteme (ICD-10, DSM IV) erforderlich (BSG, Urteile vom 09. Mai 2006, Aktenzeichen B 2 U 1/05 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 17, und B 2 U 40/05 R). Die posttraumatische Belastungsstörung ist hier (F 43.1) ausdrücklich definiert als verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Dieses Kriterium muss zunächst einmal erfüllt sein, um die festgestellten psychischen Reaktionen als posttraumatische Belastungsstörung bezeichnen zu können. Dr. R hat unter Auswertung des vom Kläger geschilderten Unfallherganges nachvollziehbar begründet, dass dies vorliegend definitiv nicht der Fall war. Dem Kläger war es nicht gelungen, bei diesem - für ihn durchaus vorhersehbaren - Unfall sein Motorrad noch zum Stehen zu bringen, er war dabei mit dem Hinterrad weggerutscht und seitlich an den stehenden LKW aufgeprallt. Dies geschah, wie der Gutachter R überzeugend anhand der später festgestellten Verletzungen ausgeführt hat, offensichtlich ohne massive Krafteinwirkung, insbesondere auch ohne eine Schädeltraumatisierung, weder war der Kopf des Klägers eingeklemmt noch befand er sich ansonsten in einer auch nur vorübergehend hilflosen Situation (Bl. 18 des Gutachtens). Die Verletzungen waren derart geringgradig, dass der Kläger nach ambulanter Untersuchung nach Hause entlas-



sen werden konnte. Nach allem stellt sich das Ereignis daher als ein lediglich leichter Verkehrsunfall dar, der bei objektiver Betrachtungsweise in keiner Weise mit der in der F 43.1 genannten Situation von katastrophenartigem Ausmaß vergleichbar ist. Insbesondere ist es auch nicht zulässig, sich unter Hinweis auf eine vorbestehende prämorbid Persönlichkeit über dieses in der ICD 10 so genannte A-Kriterium des objektiven Vorliegens einer außergewöhnlichen Bedrohung oder Situation katastrophenartigen Ausmaßes hinwegzusetzen. Da Dr. W für seine Schlussfolgerungen an das Vorbestehen der posttraumatischen Belastungsstörung anknüpft, erscheint auch seine darauf aufbauende weitere Argumentation nicht nachvollziehbar. Aber abgesehen davon kann in jedem Fall ein Kausalzusammenhang zwischen einem Arbeitsunfall und einer seelischen Krankheit nur bejaht werden, wenn nach dem aktuellen medizinischen Erkenntnisstand ein Unfallereignis der in Rede stehenden Art allgemein geeignet ist, die betreffende Störung hervorzurufen (BSG, aaO). Hierzu fehlt in dem Gutachten des Dr. W jede Ausführung, nicht ausreichend war, dass er dies als "selbstverständlich" bezeichnet hat, zumal der Gutachter Rockstroh zuvor umfassend und überzeugend dargelegt hatte, weshalb dies gerade anders zu sehen ist.

39

Auch eine Auseinandersetzung mit der Schilderung des Behandlungsverlaufs durch Dr. P in dessen Zwischenbericht vom 15. August 2001 erfolgte durch Dr. W nicht. Unter Bezugnahme hierauf sagt Dr. W lediglich, dass hier eine Heilung "ebenfalls möglich" erscheine (S. 25 des Gutachtens). Hier hätte sich der Gutachter allerdings festlegen oder aber begründen müssen, weshalb auch bei zwischenzeitlicher Heilung noch sämtliche Jahre später festgestellten Störungen wieder auf den Unfall zurückgeführt werden sollen.

40

Auch im Hinblick auf die übrigen, von Dr. W als unfallursächlich eingeschätzten Krankheiten fehlt es an einer ausreichenden Auseinandersetzung, ob das Unfallgeschehen überhaupt geeignet war, diese zu verursachen und welche möglichen Ursachen in Betracht kommen. Beispielsweise hat Prof. Dr. M in seinem Gutachten vom 07. Oktober 2005 zum Erbrechen ausgeführt, dass aus dessen Dauer und den damit verbundenen Störungen des Verdauungstraktes darauf zu schließen sei, dass das Erbrechen gerade nicht durch psychische Belastungen bedingt sei, und auch argumentiert, weshalb die Migräne nicht posttraumatisch sei; auch hierauf ist Dr. W nicht eingegangen. Weiter fehlt hier wieder jede Auseinandersetzung mit dem umfangreichen Vorerkrankungsverzeichnis, aus dem sich für die Zeit vor dem Unfallgeschehen sowohl "Erbrechen" als auch – worauf Dr. H bereits hingewiesen hatte - wiederkehrend "Magendiagnosen" ergeben.

41

Insgesamt kann das Gutachten des Dr. W damit nur als unsorgfältig und nicht überzeugend angesehen werden; ihm fehlen jedes kritische Hinterfragen der Angaben des Klägers und die Auseinandersetzung mit den Ausführungen der Vorgutachter und dem Behandler Dr. P ebenso wie eine überzeugende Begründung der eigenen Schlussfolgerungen. Aus den im Einzelnen bereits diskutierten Gründen konnte auch den Einschätzungen der Behandler Dr. M und des Dipl.-Psych. R zur Unfallabhängigkeit der Beschwerden des Klägers nicht gefolgt werden.

42

Nach alledem war die Berufung daher zurückzuweisen.

43

Die Entscheidung über die Kosten des Verfahrens beruht auf § 193 SGG. Sie folgt dem Ergebnis in der Hauptsache.

44

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß § 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG liegen nicht vor.