

L 2 U 5223/03

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Konstanz (BWB)

Aktenzeichen

S 4 U 334/01

Datum

11.11.2003

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 2 U 5223/03

Datum

20.12.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 11. November 2003 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind für beide Rechtszüge nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die vom Kläger geltend gemachten Beschwerden auf den Arbeitsunfall vom 13. Juli 1995 zurückzuführen sind.

Der im 1957 geborene Kläger absolvierte nach der Hauptschule - nach Darstellung bei Prof. Dr. B./PD Dr. E. nach der mittleren Reife - von 1977 bis 1981 eine Schlosserlehre und war bis 1987 im Bereich der Fenstersanierung selbstständig tätig. Im Anschluss daran arbeitete er als Außendienstmitarbeiter einer Versicherung. Auf seinen Antrag vom November 1995 erhielt er von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (heute: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)) Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auf Zeit vom 28. Februar 1996 bis 30. September 1998 (Zahlungsbetrag 1910,29 DM), die nach Angaben des Prozessbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung mittlerweile auf Dauer geleistet wird. Seit Juli 1995 ist beim Kläger ein Grad der Behinderung (GdB) von 80 anerkannt.

Der Kläger erlitt nach seinen Angaben 1978 zum ersten Mal einen Arbeitsunfall, bei dem er ein HWS-Schleudertrauma davontrug, das seither zu Beschwerden im Bereich der HWS und des linken Armes führte; diesbezüglich lehnte die Süddeutsche Metall-Berufsgenossenschaft mit Bescheid vom 5. Oktober 1998 die Anerkennung eines AU ab (283/284 VA).

Nach dem von der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) vorgelegten Unterlagen über Vorerkrankungszeiten war der Kläger vom 12. Oktober 1994 bis 8. Januar 1995 wegen eines Zervikal- und Halswirbelsäulen (HWS)-Syndroms links arbeitsunfähig. Die den Kläger damals behandelnden Ärzte Dr. H./Orthopäde und Dr. N./Arzt für Neurologie und Psychiatrie diagnostizierten im Oktober und November 1994 eine akute Zervikobrachialgie links, eine Foramenstenose C6/7 links, eine Osteochondrose und Spondylose der unteren HWS mit Betonung der Segmente C5/6 und C6/7 (125, 126 VA).

Der streitgegenständliche Unfall ereignete sich am 13. Juli 1995, als der Kläger von Zuhause (S.) kommend auf dem Weg zu einem Kunden in M. war und in eine Serienkollision mit vier Fahrzeugen verwickelt wurde. Das erste Fahrzeug der Kolonne kam wegen eines vor ihm fahrenden Linksabbiegers zum Stillstand. Der nachfolgende Kläger erkannte dies rechtzeitig und hielt ebenfalls an. Der dritte PKW-Fahrer fuhr in Folge Unachtsamkeit auf den stehenden PKW des Klägers auf. Im Nachlauf fuhr dann das vierte Fahrzeug auf das dritte und schob dieses nochmals auf den PKW des Klägers. In dem für die Württembergische Versicherung AG erstellten biomechanischen Gutachten führte Dipl. Ing. Dr. B. aus, dass auf den Kläger insgesamt eine anstoßbedingte Geschwindigkeitsänderung von $\Delta v = 8-9 \text{ km/h}$ eingewirkt habe. Der aus der Literatur bekannte untere Toleranzgrenzwert für das Entstehen eines leichten HWS-Schleudertraumas liege bei 13 km/h (sog. Vulnerabilitätsgrenze), für ggf. vorliegende degenerative Veränderungen der HWS/LWS bei 10 km/h .

Im Durchgangsarztbericht vom 14. Juli 1995 diagnostizierte Dr. Schä. eine schwere HWS- und LWS-Distorsion. Er beschrieb einen Klopfschmerz rechts paravertebral der oberen und mittleren LWS sowie diffus im Bereich der unteren HWS beidseits mit Ausstrahlung der Schmerzen bis nach occipital und endgradig eingeschränkter HWS-Beweglichkeit. Bei den Nachuntersuchungen am 17., 19. und 31. Juli 1995 schilderte der Kläger gleichbleibende Beschwerden im Kopfbereich und zunehmende Schmerzen im linken Fuß, der jedoch keine

Schwellung, kein Hämatom oder Druckdolenz aufwies. Anfangs August 1995 stellte er sich bei Dr. H. vor; hier äußerte er erstmals Dysästhesien des linken Arms mit Pelzigkeitsgefühl der drei ulnaren Finger links. Dr. H. diagnostizierte "Status nach WS-Schleudertrauma, schwere Distorsionsverletzung der HWS". Er entließ den Kläger als arbeitsfähig ab 21. August 1995 aus seiner ambulanten Behandlung. Nachdem der Kläger diesen Arzt am 15. September 1995 wegen weiterhin starker Schmerzen in der HWS erneut konsultierte, veranlasste dieser eine Kernspintomografie, die keine eindeutigen intramedullären Signalveränderungen im Sinne einer zervikalen Myelopathie und keine Bandscheibenvorfälle zeigte. In dem im Februar 1996 auf Kosten der DRV B durchgeführten - jedoch vorzeitig beendeten - Heilverfahren in der Reha-Klinik S. war wegen stärkster Schmerzangaben des Klägers eine suffiziente Untersuchung der WS und Muskulatur nicht möglich (bspw. konnte der Kläger das linke Bein nicht strecken); im neurologischen Befund zeigten sich keine Defizite (auch konnten im Sitzen beide Kniegelenke vollständig gestreckt werden), die Muskeleigenreflexe waren seitengleich lebhaft auslösbar. Im März 1996 führte Facharzt für diagnostische Radiologie Dr. V. eine MRT-Untersuchung der HWS durch und äußerte den Verdacht auf (V.a.) eine discoligamentäre Instabilität, wobei er diese mal bei Halswirbelkörper (HWK) 3/4, mal bei 2/3 lokalisierte. Vom 11. Juni bis 9. Juli 1996 befand sich der Kläger in stationärer Behandlung in der Fachklinik E.; die dortigen Ärzte beschrieben auf Grund ihrer neurophysiologischen Untersuchungen Befunde mit Hinweisen auf Schädigungen im Bereich der motorischen und sensiblen langen Bahnen (Myelopathie). Mitte Dezember 1996 berichtete Internist/Neurologe/Psychiater Professor Dr. K. über eine Anfang Dezember durchgeführten Untersuchung, bei der er einen im Wesentlichen unauffälligen neurologischen Untersuchungsbefund beschrieb. Im weiteren Verfahrensverlauf legte der Kläger den Bericht der Fachklinik E. vom 16. August 1996 vor, in dem Dr. Schu. im Ergebnis eine richtungsweisende Verschlimmerung der vorbestehenden Symptome durch den angeschuldigten Unfall bejahte. Auf Veranlassung der Beklagten erstellte Prof. Dr. F., Chirurgische Universitätsklinik Freiburg, das Zusammenhangsgutachten vom 14. April 1998; dabei verweigerte der Kläger eine körperliche und neurologische Untersuchung, stimmte jedoch einer radiologischen zu. In diesem Zusatzgutachten ergab sich kein eindeutiger Nachweis einer segmentalen Instabilität oder funktionsabhängiger Translationsbewegung. Prof. Dr. F. führte im Zusammenhangsgutachten aus, "die beschriebenen discoligamentären Instabilitäten C2/3, C5/6 und C6/7 sowie Bandscheibenprotrusion 5/6 und 6/7 sind als Unfallfolgen anzunehmen". Die Entstehung der 1994 als degenerativ beschriebenen Veränderungen könnten auf das HWS-Trauma 1978 zurückgeführt werden, so dass das erneute HWS-Trauma nun zu einer Verschlechterung der vorbestehenden Symptome im Sinne einer richtungsweisenden Verschlimmerung beigetragen habe. Ferner holte die Beklagte ein psychiatrisches (PD Dr. E./Universitätsklinik Freiburg) sowie ein neurologisches (Prof. Dr. M./Universitätsklinik Freiburg) Zusatzgutachten ein. PD Dr. E. sah als Unfallfolge eine depressive Episode mit Verstimmungszuständen, Antriebsstörungen und vegetativen Störungen im Rahmen der durch den Unfall entstandenen Schmerzen und bejahte im Sinne der Entstehung einen kausalen Zusammenhang. Prof. Dr. M. fand bei seiner Untersuchung kein sicheres fokales neurologisches Defizit, die elektrophysiologischen Untersuchungen ergaben keine Hinweise für eine Myelon- oder Nervenwurzelschädigung. Gleichwohl stuft er "die subjektiven Beschwerden, die nachgewiesenen ligamentären Läsionen, die wahrscheinliche Zunahme der degenerativen Veränderungen und die sich entwickelnde psychische Störung ... als Unfallfolge" ein und beurteilte die MdE mit 100 vH (ergänzende Stellungnahme vom 8. Februar 1999). Auf Anraten des Beratungsarztes Dr. R. zog die Beklagte zunächst das oben erwähnte biomechanische Gutachten des Dipl.-Ing. Dr. B. bei und holte dann die weitere Stellungnahme von (nun) Prof. Dr. E. ein, nach der ein kausaler Zusammenhang zwischen der psychischen Symptomatik und dem angeschuldigten Unfall nur dann gegeben sei, wenn dieser ursächlich für die geklagten körperlichen Beschwerden sei. Mit Bescheid vom 17. August 2000 anerkannte die Beklagte als Folgen des AU "leichteste HWS-Zerrung ohne funktionelle Relevanz"; nicht anerkannt wurden "degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, psychoreaktive Störungen". Die Gewährung einer Verletztenrente lehnte die Beklagte mangels rentenberechtigender MdE ab. Der Widerspruch des Klägers blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 16. Februar 2001).

Hiergegen hat der Kläger am 21. Februar 2001 unter Vorlage des Gutachtens des Dipl.-Phys. Dr. L. vom 13. November 2000 Klage zum Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben. Das SG hat Oberarzt Dr. Pf., Neurologische Klinik des Klinikums A., zum Sachverständigen bestellt. Dieser ist in seinem Gutachten vom 27. Juli 2002 zu folgender Beurteilung gekommen: aus biomechanischer Sicht betrachtet sei es nicht wahrscheinlich, dass der Unfallhergang geeignet gewesen sei, eine Verletzung der Halswirbelsäule hervorzurufen. Die in diesen Gutachten genannte Harmlosigkeitsgrenze gelte jedoch nicht für eine vorgeschädigte HWS mit vorgeschädigten Nervenbahnen, wie sie beim Kläger vorliege. Auf Grund der beim ihm bestehenden Enge des Wirbelkanals könnten Nickbewegungen sich unmittelbar auf das Rückenmark und die Nervenwurzeln übertragen und zu Scher- oder Druckverletzungen der Nervenstrukturen führen, weswegen sehr viel geringere Gewalteinwirkungen ausreichen. Es sei wahrscheinlich, dass beim Kläger anlässlich des Unfalls eine leichte Schädigung des Rückenmarks, die nur die sensorischen Afferenzen (Nervenbahnen für die Sensibilität und das Schmerzempfinden) betroffen habe, eingetreten sei. Die relativ leichte Gewalteinwirkung des Unfalls habe daher genügt, um auf dem Boden einer Vorschädigung der HWS und der darin enthaltenen Nervenstrukturen eine zusätzliche Schädigungen der Nervenstrukturen, wahrscheinlich des Rückenmarks selbst, hervorzurufen. Derartige leichte Schäden seien erfahrungsgemäß in der Kernspintomographie häufig nicht sichtbar. Der angeschuldigte Unfall habe daher zu einer anhaltenden Verschlimmerung der vorbestehenden Erkrankung geführt. Unter Berücksichtigung der Vorerkrankung sei von einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit für einen Zeitraum von einem Jahr ab Unfallzeitpunkt auszugehen. Für die unfallbedingte Verschlimmerung der Vorerkrankung betrage die MdE 40 vH. Dieser Beurteilung ist die Beklagte mit der beratungsärztlichen Stellungnahme des (nun) PD Dr. R. vom 6. Dezember 2002 entgegengetreten, der entgegen Dr. Pf. nach Aktenlage weder eine Vorschädigung des Rückenmarks noch eine Schädigung desselben durch den Unfall festzustellen vermochte. Mit den Einwendungen des Beratungsarztes hat sich Dr. Pf. in seiner Stellungnahme vom 3. Mai 2003 auseinander gesetzt und an seiner bisherigen Beurteilung fest gehalten. Mit Urteil vom 11. November 2003 hat das SG den angefochtenen Bescheid aufgehoben und - gestützt auf das Gutachten und die ergänzende Stellungnahme des Dr. Pf. - die Beklagte zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 40 vH ab 13. Juli 1996 verurteilt.

Gegen das am 27. November 2003 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 22. Dezember 2003 Berufung eingelegt und zur Begründung geltend gemacht, die von Dr. Pf. angenommene Rückenmarkschädigung sei nicht nachgewiesen. Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 11. November 2003 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise, zum Beweis für das zeitliche Zusammentreffen des Arbeitsunfalls und die dadurch verursachte richtungsweisende Verschlimmerung des Gesundheitszustandes werden als Zeugen benannt:

1. T. und G. W., G.str. 9, V. 2. L. und H. F., B ... 6, E. 3. R. M., H. 8 ... S. 4. W. und R. B., W.weg 4, 8. S. 5. Anhörung des Klägers

Es wird die

Anhörung des Herrn Prof. Dr. C. des Herrn Prof. Dr. W. sowie des Herrn Dr. Pf. zur mündlichen Erläuterung der Gutachten beantragt. Auch wenn der Kläger nicht sämtliche Fragen im Vorhinein stellen muss, sollen u. a. folgende Fragen geklärt werden:

• Welche praktischen Fachkenntnisse hat der Wirbelsäulenchirurg und Kinderorthopäde auf dem radiologischen und neurologischen Fachgebiet sowie entsprechende Erfahrungen auf dem Gebiet der HWS-Schleudertraumatas für Erwachsene, um die Feststellungen des Herrn Dr. Pf. fachlich widerlegen zu können? • Welche Fachkenntnisse hat er, dass er es auszuschließen vermag, dass der Unfall keine psychopathologische Veränderung ausgelöst hat, wie sämtliche Fachgutachter bestätigt haben? • Aus welchem Grund hält der Sachverständige an dem Begriff "Harmlosigkeitsgrenze" fest, obwohl dieser nicht mehr Stand der Wissenschaft und Praxis ist, weil dieser die individuellen Gegebenheiten der Betroffenen (intern: anatomisch/patho-physiologisch bzw. externe Bedingungen) unberücksichtigt lässt. • Aus welchem Grund hält der Gutachter den Nachweis substanzieller Schädigung anatomischer Strukturen aus medizinischer Sicht nicht zwingend erforderlich, um die Kausalkette zwischen dauerhaften Beschwerden und dem Unfallereignis zu schließen, weil andere Parameter zur Verfügung stehen, die das Vorhandensein von Beschwerden belegen und deren ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis wahrscheinlich machen. • Trifft es zu, dass einem Morbus Sudeck auch kein morphologisches Substrat zugrunde liegt? Wenn ja, warum dann auch nicht bei der HWS-Distorsion? • Trifft es zu, dass es vergleichbare Fälle von HWS Distorsionen gibt, die nicht innerhalb von spätestens 3 Monaten abklingen? Wenn ja, welche Gründe können dafür in Frage kommen? Wenn nein, warum werden in der Literatur und Praxis solche Fälle beschrieben? • Wieso wird die Erstdiagnose am Unfalltag: Schwere HWS- und LWS- Distorsion nicht beachtet? • Trifft es zu, dass es den Erkenntnissen der modernen Schmerzforschung entspricht, dass Leistungsdefizite aus therapieresistenten Schmerzen resultieren können?

An Herrn Prof. Dr. Dr. W.:

• Ergänzung des [§ 109 SGG](#) Gutachtens dahingehend, da dieses von der Beklagten als lückenhaft und widersprüchlich bezeichnet wird, insbesondere zu dem Widerspruch hinsichtlich der festgestellten intermittierenden neurologischen Defizite und die Verneinung höhergradiger Lähmungen. • Darstellung des Standes der Wissenschaft zur Harmlosigkeitsgrenze und zur Frage des Nachweises einer substantiellen Schädigung anatomischer Strukturen, um die Kausalkette zwischen dauerhaften Beschwerden und dem Unfallereignis zu schließen, weil andere Parameter zur Verfügung stehen, die das Vorhandensein von Beschwerden belegen und deren ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis wahrscheinlich machen. • Weshalb war der Kläger trotz Vorerkrankungen arbeitsfähig und wieso hat sich nach dem Unfall sein Leben aber dramatisch geändert?

An Herrn Dr. Pf.

• Entsprechen die Darlegungen des Herrn Prof. Dr. C. zur substantiellen Schädigung der HWS als Voraussetzung für dauerhafte Unfallfolgen dem Stand und Wissenschaft der Neurologie zu diesem Komplex? • Ist allein eine orthopädische Begutachtung ausreichend, um den medizinischen Sachverhalt der Gesundheitsschädigungen aus dem Arbeitsunfall vom 13.07.1995 zu erfassen? • Können die Überlegungen des Herrn Dr. R. in seiner Stellungnahme vom 28.06.03 zu einem Abweichen Ihrer bisherigen Auffassung führen? Wenn nein, nennen Sie die Gründe hierfür? • Sind die Ausführungen des Herrn Prof. Dr. C. hinsichtlich der Harmlosigkeitsgrenze sowie des Nachweises über bildgebende Verfahren zum Nachweis dauerhafter Unfallfolgen aus Ihrer fachlichen Sicht nachvollziehbar? • Erläutern Sie, weshalb die Auffassung von Herrn Prof. Dr. C. der modernen Schmerzforschung zuwiderläuft

Im Fall der Nichtladung und Nichtanhörung wird eine entsprechende schriftliche Ergänzung der Gutachten zu den oben genannten Fragen sowie gem. [§ 109 SGG](#) die schriftliche Ergänzung des Gutachtens des Herrn Prof. Dr. Dr. W. hinsichtlich der von der Beklagten geäußerten Vorbehalte vom 23.11.06 beantragt.

Schließlich wird beantragt,

Herrn Dr. E. V., S. Str. 7 -A.- D- M. und sämtliche zeitnah am Unfall des Klägers beteiligten Ärzte als sachverständige Zeugen zu befragen: Nachvollziehbarkeit der Auswertungen der radiologischen Befunde durch den Orthopäden Herrn Prof. Dr. C ... Es wird ferner beantragt, das die gerichtlichen Sachverständigen sowie der Gutachter nach [§ 109 SGG](#) nach Vorliegen dieser Stellungnahmen auch zu diesen Punkten befragt werden,

weiter hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat das Vorerkrankungsregister der AOK S. eingeholt, aus dem sich Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen eines Zervikal-Thorakalsyndroms im November und Dezember 1977, Mai 1979 sowie April/Mai und Juni 1980 ergeben. Ferner hat der Senat Prof. Dr. C., Orthopädische Universitätsklinik H., zum Sachverständigen bestellt. Dieser ist in seinem Gutachten vom 7. September 2004 zum Ergebnis gekommen, dass krankhafte Veränderungen, die auf das Unfallereignis vom 13. Juli 1995 zurückzuführen wären, beim Kläger auf orthopädischen Fachgebiet nicht vorliegen. Eine unfallbedingte MdE in rentenberechtigendem Grad über die bis 26. Woche nach dem Unfalls hinaus sei nicht anzunehmen. Auf Antrag des Klägers hat der Senat gem. [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) Prof. Dr. Dr. W. zum Sachverständigen bestellt, der sich in seinem Gutachten vom 10. Oktober 2006 der "fairen" Begutachtung des Dr. Pf. angeschlossen hat. Dieser Beurteilung ist die Beklagte mit der weiteren beratungsärztlichen Stellungnahme des PD Dr. R. vom 17. November 2006 entgegengetreten.

Zum weiteren Vorbringen der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten (4 Bände) und die Prozessakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten hat Erfolg.

Die Berufung der Beklagten ist zulässig (§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2, 151 SGG) und begründet. Das SG hat die Beklagte zu Unrecht zur Gewährung einer Verletztenrente verurteilt, denn der angefochtene Bescheid vom 17. August 2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16. Februar 2001 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch sind die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung (RVO), die erst mit dem Inkrafttreten des Sozialgesetzbuchs Siebtes Buch (SGB VII) am 1. Januar 1997 außer Kraft gesetzt worden sind. Nach § 212 SGB VII gelten die Vorschriften dieses Gesetzbuchs grundsätzlich nur für Versicherungsfälle, die nach seinem Inkrafttreten eingetreten sind, so weit nichts anderes bestimmt ist. Eine derartige Ausnahmeregelung enthält § 214 Abs. 3 SGB VII, nach dem die Vorschriften u.a. über Renten auch für Versicherungsfälle gelten, die vor dem Tag des Inkrafttretens des SGB VII eingetreten sind, wenn diese Leistungen nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes "erstmalig festzusetzen sind". Nach h.M. in der Literatur kommt es insoweit nicht darauf an, wann die Leistungen tatsächlich festgestellt werden, sondern wann die Leistungsansprüche entstanden und fällig geworden sind (vgl. KassKomm-Ricke § 214 SGB VII Rdnr. 9, 10 m.w.H.; Kuntze in LPK-SGB VII § 214 Rdnr. 6, 7). In der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist die Frage, was unter "erstmalig festzustellen sind" zu verstehen ist, - soweit ersichtlich - noch nicht abschließend geklärt (vgl. hierzu: Bundessozialgericht (BSG) Urt. vom 20. Februar 2001 - B 2 U 1/00 R -, 5. März 2002 - B 2 U 4/01 R - und 19. August 2003 - B 2 U 9/03 -). Der Senat schließt sich der h.M. in der Literatur an, denn die Anwendung alten oder neuen Rechts kann nicht von Zufälligkeiten des Feststellungsverfahrens abhängen, was auch Manipulationen ermöglichte. Vorliegend sind daher die Vorschriften der RVO anzuwenden.

Nach § 547 RVO gewährt der Träger der Unfallversicherung nach Eintritt des Arbeitsunfalls Leistungen nach Maßgabe der folgenden Vorschriften; dazu zählt insbesondere bei Vorliegen einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens ein Fünftel (§ 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO) über die 13. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus (§ 580 Abs. 1 Satz 1 RVO) Verletztenrente in der dem Grad der Erwerbsminderung entsprechenden Höhe (§ 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO). Nach § 550 Abs. 1 RVO gilt als Arbeitsunfall auch ein Unfall auf einem mit einer der in den §§ 539, 540 und 543 bis 545 genannten Tätigkeiten zusammenhängenden Weg nach und von dem Ort der Tätigkeit (Wegeunfall). Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Unfallereignis) und die Erkrankung, derentwegen Entschädigung begehrt wird, erwiesen sein, d.h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. BSGE 58, 80, 83 = SozR 2200 § 555a Nr. 1; BSGE 61, 127, 128 = SozR 2200 § 548 Nr. 84). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSGE 58, 80, 83; 61, 127, 129); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSGE 45, 285, 286 = SozR 2200 § 548 Nr. 38; BSG SozR 3-2200 § 551 Nr. 16 S. 81 f.). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSGE 63, 277, 280 = SozR 2200 § 548 Nr. 91).

Das Unfallereignis vom 13. Juli 1995 erfüllt die Voraussetzungen eines Arbeitsunfalls (von außen auf den Körper einwirkendes schädigendes Ereignis, versicherte Tätigkeit, innerer Zusammenhang); dies hat die Beklagte im angefochtenen Bescheid zutreffend festgestellt.

Streitig ist jedoch, welche Gesundheitsstörungen sich der Kläger hierbei zugezogen hat. Diagnostiziert wurde eine HWS-Distorsion, deren Ausmaß von den Beteiligten sowie den gehörten Ärzten und Sachverständigen allerdings unterschiedlich beurteilt wird. Während die Beklagte ausweislich des angefochtenen Bescheids von einer "leichtesten" Verletzung ausgeht, ist der Kläger der Auffassung, er habe - wie am Unfalltag von Dr. Schä. diagnostiziert - eine "schwere HWS- und LWS-Distorsion" und - wie Dr. Pf. festgestellt habe - eine Myelon-Schädigung davongetragen, die die von ihm geklagten Beschwerden (kontinuierlich sich verschlimmernde - bewegungsabhängig zum Teil unerträgliche - Schmerzen im Nacken und zwischen den Schultern, zunehmende Gehbehinderung durch hängen bleiben des linken Fußes oder einknicken im Knie, motorische Störungen beim Gebrauch der Hände (fallenlassen von Gegenständen), herabhängen des Mundes mit Speichelfluss, allgemein gestörte Wahrnehmung (er rieche und schmecke schlechter als früher und stoße immer wieder seinen Kopf an der Dachschräge an), vermindertes Schmerzempfinden an Händen, Armen und Füßen, Einschränkung der Feinmotorik der Hände, zeitweise Klingeln in einem oder beiden Ohren) erklären. Auf orthopädischem Fachgebiet bestehen beim Kläger im Bereich der HWS hochgradige degenerative Veränderungen in den Bewegungssegmenten zwischen dem 5. und 6. sowie dem 6. und 7. Halswirbelkörper mit einer Einengung des knöchernen Rückenmarksquerschnitts sowie der Nervenwurzelaustrittslöcher, ferner mäßiggradige degenerative Veränderungen im Bewegungssegment zwischen dem 3. und 4. Halswirbelkörper sowie diskrete degenerative Veränderungen im Bewegungssegment zwischen dem 4. und 5. Halswirbelkörper. Im Bereich der Lendenwirbelsäule zeigten sich degenerativen Veränderungen im Segment zwischen dem 1. und 2. Lendenwirbelkörper. Diese röntgenologisch nachgewiesenen degenerativen Veränderungen führen auch grundsätzlich zu einer Einschränkung der Beweglichkeit der Wirbelsäule. Diese Feststellungen trifft der Senat in erster Linie auf Grund des orthopädischen Gutachtens von Prof. Dr. C. vom 7. September 2004; auf - unfallunabhängige - degenerative Wirbelsäulenveränderungen hat aber auch Dr. N. im Bericht vom 13. Oktober 1994 hingewiesen, ebenso Dr. H. im Bericht vom 2. November 1994, Dr. Schä. im DAB vom 14. Juli 1995, Radiologe Dr. M. im Bericht vom 28. September 1995, Arzt für Chirurgen Dr. W. im Ausführlichen Krankheitsbericht vom 25. November 1995, Prof. Dr. K. im Bericht vom 12. Dezember 1995, Dr. Volle im MRT-Bericht vom 1. März 1996, die Fachklinik E. im Bericht vom 20. Juli 1996, Prof. Dr. F. im Gutachten vom 14. April 1998 und schließlich ist auch Dr. Pf. von einer deutlichen Einengung des Wirbelkanals durch vorbestehende degenerative Veränderungen ausgegangen, wie er auf S. 27 seines Gutachtens ausgeführt hat. Diese degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS und LWS sind somit nachgewiesenen. Hinsichtlich des psychiatrischen Fachgebiets hat PD Dr. E. auf Grund seiner Untersuchung im April 1998 ein depressives Syndrom bzw. eine depressive Episode mit Verstimmungszuständen, Antriebs- und vegetativen Störungen diagnostiziert. Entgegen der Auffassung des Klägers sind darüber hinausgehende Gesundheitsstörungen, insbesondere eine Instabilität der HWS oder eine Schädigung des Myelons nicht mit der für einen Nachweis erforderlichen an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit erwiesen. Eine discoligamentäre Instabilität ist erstmals von Dr. V. anlässlich seiner Untersuchung vom 1. März 1996 diskutiert worden, wobei er hier jedoch lediglich einen Verdacht auf eine solche geäußert hat. Die nachfolgende Untersuchung am 15. Juli 1998 in der Radiologischen Universitätsklinik Freiburg hat - worauf Prof. Dr. C. zutreffend hingewiesen hat - diesen Verdacht nicht bestätigt, es hat sich dort kein eindeutiger Nachweis einer segmentalen Instabilität führen lassen. Bei der Untersuchung des Klägers im August 1998 in der Neurologischen Universitätsklinik Freiburg (Gutachten Prof. Dr. M.

vom 2. November 1998) hat der Sachverständige eine eigene Prüfung im Hinblick auf eine Instabilität der HWS nicht vorgenommen, sondern lediglich Bezug genommen auf den oben zitierten Arztbrief des Dr. V. vom 1. März 1996, wobei ihm jedoch der neurologische Bericht der Universitätsklinik Freiburg vom 15. Juli 1998 offensichtlich nicht vorgelegen hat. Dr. Pf. (Gutachten vom 27. Juli 2002) und Prof. Dr. C. haben dagegen die Kernspintopografieaufnahmen der HWS vom 28. September 1995 und 1. März 1996 ausgewertet, ersterer hat jedoch keine discoligamentäre Instabilität beschrieben, letzterer hat sie im Ergebnis übereinstimmend mit der Beurteilung der Neurologischen Universitätsklinik F. vom 15. Juli 1998 anhand der vorliegenden Funktionsaufnahmen ausgeschlossen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Arztbrief des Dr. M. vom 7. September 1996, indem dieser eine "multiple Gefügestabilität bei C3/C4 und C5/C6" beschrieben hat. Diese Diagnose ist bereits von Prof. Dr. R., Bezirkskrankenhaus G., im Arztbrief vom 25. Oktober 1996 relativiert worden, in dem er - mit Blick auf eine Operationsindikation - von "allenfalls geringer segmentalen Instabilität (auch nur die Segmente C5/6 und C6/7 betreffend) gesprochen hat. Unter Berücksichtigung aller Umstände sieht der Senat daher keinen Anlass, an der Richtigkeit der Beurteilung von Prof. Dr. C. zu zweifeln; eine (discoligamentäre) Instabilität ist damit nicht erwiesen. Dasselbe gilt hinsichtlich einer Myelonläsion; auch diese ist nicht mit der für einen Nachweis erforderlichen an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit gegeben. Im Kernspintopografiebericht des Dr. M. vom 28. September 1995 haben sich keine Zeichen einer eindeutigen Myelonläsion gefunden. Die in der Neurologischen Universitätsklinik F. durchgeführten elektrophysiologischen Untersuchungen im August 1998 haben normale Befunde gezeigt ohne objektivierbare Hinweise für eine Myelonschädigung. Auch die Begutachtung durch Dr. Pf. hat den Nachweis einer Myelonschädigung nicht erbracht; die von ihm erhobenen Befunde und die Ergebnisse der apparativen Untersuchungen haben sich als durchgehend normal dargestellt. Dr. Pf. selbst hat auf S. 28 seines Gutachtens vom 27. Juli 2002 ausgeführt, dass im Fall des Klägers ein eigentlicher Schaden am Rückenmark bzw. eindeutige Zeichen einer solchen Schädigung nicht erbracht sind. Er hat gleichwohl eine leichte Schädigung, die nur die Nervenbahnen betreffen, die für die Sensibilität und das Schmerzempfinden verantwortlich sind, angenommen, weil erfahrungsgemäß derartige leichte Schäden in der Kernspintopografie häufig nicht sichtbar sind und deswegen trotz fehlender objektiver Anhaltspunkte eine solche Schädigung nicht ausgeschlossen werden kann. Mit diesen Ausführungen, an deren medizinischer Richtigkeit der Senat keinen Zweifel hat, ist jedoch eine Myelonläsion nicht erwiesen, denn zum Nachweis dieser medizinischen Tatsache ist erforderlich, dass sie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegt; das ist aber nicht der Fall, wenn sie lediglich nicht auszuschließen ist und im Wesentlichen nur mit der subjektiven Schmerzschilderung des Klägers begründet wird, wobei Dr. Pf. selbst ausgeführt hat (s. S. 31), dass einige Symptome des Klägers nicht in das von ihm angenommene Erkrankungsbild (zentrales Schmerzsyndrom) passen. Dass eine leichte Rückenmarksschädigung nicht ausgeschlossen werden kann, weil sie mit Hilfe der Kernspintopografie nicht objektiv sichtbar gemacht werden kann, bedeutete nicht mehr, als dass sie "möglich" ist. Konsequenterweise spricht deswegen Dr. Pf. selbst auf S. 29 seines Gutachtens lediglich von einer "zusätzlichen Schädigung der Nervenstrukturen der Wirbelsäule, wahrscheinlich des Rückenmarks selbst, ...". Dem Erfordernis des Nachweises einer Rückenmarksschädigung genügt dies nach Auffassung des Senats nicht. Auch mit Hilfe der Ausführungen des Dr. Pf. in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 3. Mai 2003 ist der Nachweis einer Rückenmarksschädigung nicht zu führen. Seine Annahme ist allein gestützt auf drei klinische Symptome (Schmerzempfinden bei leichter, normalerweise nicht schmerzhafter Berührung (Allodynie), deutliche Verminderung des Schmerzempfindens für Reize, die tatsächlich schmerzhaft sind, sowie das abnorme Verkrampfen der Rücken- und Schultermuskulatur bei ganz gewöhnlicher Bewegung der Hände oder Arme), die zumindest teilweise auf den subjektiven Angaben des Klägers basieren, während alle zur Verfügung stehenden apparativen Untersuchungsmethoden keinen objektiven Hinweis auf eine Schädigung ergeben haben. Damit ist dieser Gesundheitsschaden nicht objektivierbar, sondern lediglich "möglich". Der Senat kommt deshalb dem Gutachten von Prof. Dr. C. folgend zu dem Ergebnis, dass der Kläger durch den Unfall allenfalls eine leichtgradige Halswirbelsäulendistorsion davongetragen hat; unabhängig von der im Verfahren geführten - kontroversen - Diskussion um die sog. "Harmlosigkeitsgrenze" ist im vorliegenden Fall sowohl eine mittelgradige als auch eine schwere Beschleunigungsverletzung auszuschließen, da beide Verletzungen mit Rissen des Bandapparates bis hin zu Bandscheibenzerstörungen oder mit knöchernen Verletzungen einhergehen, die hier auf Grund der vorliegenden radiologischen Dokumentation zu keinem Zeitpunkt gegeben waren. Hieran ändert auch die Erstdiagnose des Dr. Schä. nichts, denn sie beruht im Wesentlichen auf der subjektiven Schmerzschilderung des Klägers; objektive Befunde, wie die zuvor erwähnten und z.B. Luxation, Fraktur, Nerven- oder medulläre Läsion (vgl. hierzu: Schönberger/Mehrtens/Valentin a.a.O. S. 556), die diese Diagnose rechtfertigen könnten, sind weder von Dr. Schä. noch später erhoben worden.

Die vom Kläger geltend gemachten Beschwerden (s.o.) und die von PD Dr. E. diagnostizierte depressive Episode sind nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Der Senat stützt seine Entscheidung insoweit auf das Gutachten von Prof. Dr. C., die beratungsärztlichen Stellungnahmen des PD Dr. R. sowie auf das Gutachten von PD Dr. E. vom 28. Juni 1998 und dessen ergänzende Stellungnahme vom 18. Juli 2000. Entgegen der Auffassung des Klägers unterliegen die beratungsärztlichen Stellungnahmen des PD Dr. R. keinem "Verwertungsverbot", weil ihre Einholung durch die Beklagte das "informationelle Selbstbestimmungsrecht" des Klägers ([BVerfGE 65, 1ff](#)) nicht verletzt hat. Der Kläger beruft sich insoweit auf [§ 200 Abs. 2 SGB VII](#), nach dem der Unfallversicherungsträger vor Erteilung eines Gutachtenauftrages dem Versicherten mehrere Gutachter zur Auswahl zu benennen, ihn über den Zweck des Gutachtens zu informieren und außerdem auf sein Widerspruchsrecht nach [§ 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#) hinzuweisen hat. Diese Vorschrift enthält einen - ausnahmsweisen - Eingriff in den Grundsatz der Amtsermittlung mit der Auswahlfreiheit der Gutachter durch die Unfallversicherungsträger. Dementsprechend ist sie eng auszulegen. Nicht betroffen sind daher - was sich nach Auffassung des Senats bereits aus dem Wortlaut der Vorschrift ergibt - ärztliche Stellungnahmen, die von den Unfallversicherungsträgern zur Beratung bei der Entscheidungsvorbereitung oder im späteren Gerichtsverfahren von einem sog. Beratungsarzt oder von einem sonstigen Arzt eingeholt werden; hier sind interne Meinungsbildungsprozesse tangiert, die den Unfallversicherungsträgern im Hinblick auf ihre Entscheidungsverantwortung und später Rechtsverteidigung unbeschränkt möglich sein muss (vgl. KassKomm-Ricke [§ 200 Rdnr. 4](#)). Soweit Bereiter-Hahn/Mehrtens (Gesetzliche Unfallversicherung, Handkommentar [§ 200 SGB VII](#), 4.5.3) die Auffassung vertreten, von einer beratenden Stellungnahme könne nicht mehr ausgegangen werden, wenn komplexe (Zusammenhangs-) Fragen zu beurteilen seien oder ausführliche Zweitexpertisen zu bereits vorhandenen Gutachten abgefordert würden oder beabsichtigt sei, diese als Beweismittel in das Verwaltungsverfahren einzuführen, vermag dem der Senat nicht zu folgen. Zum einen wird hierfür eine nachvollziehbare Begründung nicht gegeben, zum anderen erscheinen weder die Komplexität noch der Umfang als geeignetes Kriterium zur Abgrenzung zwischen Gutachten und (beratungs-)ärztlicher Stellungnahme, denn beides hängt allein von der individuellen Fallgestaltung ab. Komplexe Sachverhalte und schwierige Zusammenhangesfragen schließen nicht von vornherein die Einholung beratungsärztlicher Stellungnahmen aus; im Gegenteil: gerade in diesen Fällen, in denen in der Regel bereits im Verwaltungsverfahren mehrere Gutachten vorliegen, sind die Unfallversicherungsträger - mangels eigenen medizinischen Sachverständs - auf die Überprüfung der eingeholten Gutachten durch Beratungsärzte angewiesen. Dies gilt erst recht im Gerichtsverfahren (s. auch in Bereiter-Hahn/Mehrtens, a.a.O., 4.8; zur Gesamtsystematik: Schömann, Die Anwendbarkeit des [§ 200 Abs. 2 SGB VII](#) während des sozialgerichtlichen Verfahrens - ein Scheinproblem? in SGB 2006, 78 ff m.w.H.). Entscheidend für die Abgrenzung zwischen Gutachten und beratungsärztlicher Stellungnahme

erscheint dem Senat in erster Linie die Stellung, die die Beklagte dem beteiligten Arzt im Verfahren einräumt und die dieser unter Berücksichtigung des gesamten Verfahrens einnimmt. Vorliegend hat die Beklagte im Verwaltungsverfahren 3 medizinische Gutachten in der Universitätsklinik Freiburg (Prof. Dr. F., Prof. Dr. B., Prof. Dr. M.) eingeholt, was auf Wunsch des Klägers erfolgt ist (Schreiben des damaligen Prozessbevollmächtigten vom 29. Dezember 1997). Nach Vorlage dieser Gutachten hat die Beklagte mit Schreiben vom 26. Januar 2000 PD Dr. R. um eine beratungsärztliche Stellungnahme (zu insgesamt 6 Fragen) gebeten, die dieser unter dem 9. Februar 2000 abgegeben hat. Ausweislich der vorliegenden Akten hat die Beklagte eindeutig keinen Gutachtensauftrag an PD Dr. R. erteilt, sondern von diesem eine beratungsärztliche Stellungnahme eingeholt; das gilt auch für die weitere Stellungnahme im Verwaltungsverfahren vom 24. Juni 2000; auch inhaltlich sind diese Stellungnahmen nach Auffassung des Senats nicht als Gutachten zu qualifizieren. Die Fragestellung der Beklagten zielte auf eine Auseinandersetzung und Bewertung der eingeholten Gutachten und daraus abgeleiteter Beantwortung der gestellten Fragen; dies - aber auch nicht mehr - hat PD Dr. R. in den jeweiligen beratungsärztlichen Stellungnahmen geleistet. Anhaltspunkte dafür, dass die Beklagte - wie der Kläger darzulegen versucht - von PD Dr. R. ein "Gegengutachten in der Form einer beratungsärztlichen Stellungnahme" eingeholt hat, weil sie dem - für den Kläger günstigen - Ergebnis der Freiburger Gutachten nicht habe folgen wollen, ergeben sich für den Senat nach Aktenlage nicht. Dagegen drängt sich der Verdacht auf, dass der nunmehrige Prozessbevollmächtigte des Klägers mit Hilfe des § 202 Abs. 2 SGB VII versucht, eine für den Kläger ungünstige ärztliche Beurteilung als unverwertbar darzustellen. Hinsichtlich der im Gerichtsverfahren vorgelegten beratungsärztlichen Stellungnahmen des PD Dr. R. kann sich der Kläger - wie oben dargelegt - von vornherein nicht auf die Vorschrift des § 200 Abs. 2 SGB VII berufen. Die beratungsärztlichen Stellungnahmen des PD Dr. R. sind daher uneingeschränkt verwertbar, die im Verwaltungsverfahren erstellten im Wege des Urkundsbeweises, die im Gerichtsverfahren vorgelegten als qualifizierter Beteiligtenvortrag. Nach den Ausführungen von Prof. Dr. C. - und das entspricht den gesicherten medizinischen Erkenntnissen (vgl. auch Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit 7. Aufl. S. 562) - klingen die Folgen einer leichten HWS-Dorsion nach ärztlicher Erfahrung binnen 3 Monate nach dem Unfall ab, darüber hinausgehende bleibende Beschwerden sind dann nicht mehr den Unfallfolgen anzulasten. Gegen einen wahrscheinlichen ursächlichen Zusammenhang der Beschwerden des Klägers mit dem Unfall spricht vorliegend - wie PD Dr. R. überzeugend in seiner Stellungnahme vom 28. Juni 2003 ausgeführt hat - die beim Kläger eindeutig bestehenden und vor dem Unfall symptomatisch gewordenen degenerativen HWS-Veränderungen, die aus medizinischen Gründen ebenso für die Schmerzsymptomatik verantwortlich gemacht werden können. Vor allem der zeitliche Ablauf der organischen Komponente der Beschwerdesymptomatik spricht gegen einen wahrscheinlichen Unfallzusammenhang. Denn die von Dr. Pf. erstmals im Juli 2002 beschriebenen Störungen haben bei der Voruntersuchung in der Neurologischen Universitätsklinik Freiburg - worauf PD Dr. R. zutreffend hingewiesen hat - nicht festgestellt werden können. Zwar enthält das Gutachten die "Angabe einer Allodynie der rechten Gesichtshälfte", aber keine Hinweise auf die von Dr. Pf. beschriebenen Allodynie-Phänomene (Auslösung von Rückenschmerzen durch Abwinkeln der Arme im Schultergelenk) und zwar weder unter "jetzige Beschwerden" (S. 11 des Gutachtens vom 2. November 2002) noch unter "Neurologischer Befund (S. 12)". Auch die von Dr. Pf. beschriebenen Sensibilitätsstörungen (geringes Schmerzempfinden an beiden Händen und Füßen) werden nicht erwähnt, ebenso wenig eine Störung der protopathischen Sensibilität (= Sensibilität für drohende Gefahren der Vitalsphäre, Roche Lexikon Medizin, 4. Aufl., S. 1533). Im Gegensatz zum Gutachten von Dr. Pf. wird die Muskulatur (soweit bei ausgeprägter Fehllhaltung beurteilbar) sogar als in Tonus und Trophik unauffällig beschrieben. Damit ist die von PD Dr. R. gezogene Schlussfolgerung, die fehlende zeitliche Verbindung zwischen der von Dr. Pf. festgestellten Symptomatik mit dem Unfall sei - auch unter Berücksichtigung einer in der Arbeit von Hummel, Lücking (2001) "Die posttraumatische Dystonie" diskutierten Latenzzeit - ein deutliches Indiz gegen einen wahrscheinlichen ursächlichen Zusammenhang für den Senat plausibel nachvollziehbar. Berücksichtigt man nun noch, dass Prof. Dr. C. anhand der Auswertung der radiologischen Befunde ein Fortschreiten der schon vor dem Unfall bestehenden degenerativen Veränderungen mit Spinalkanalstenose festgestellt hat, die - wie PD Dr. R. dargelegt hat - das Schmerzbild des Klägers auch erklären können, sprechen bei einer Gesamtwürdigung mehr Gesichtspunkte gegen einen wahrscheinlichen Ursachenzusammenhang zwischen den Beschwerden des Klägers und dem Unfall als dafür. Schließlich liegt beim Kläger auch keine auf den Unfall zurückzuführende psychische Störung vor. Das folgt für den Senat aus dem Gutachten von PD Dr. E. sowie dessen ergänzender Stellungnahme, in der er ausgeführt hat, dass er im Gutachten nicht angenommen habe, dass es sich um eine posttraumatische bzw. psychoreaktive Störung handelt, die durch das Unfallereignis selbst hervorgerufen worden sei, sondern er sei von der wahrscheinlichen Annahme ausgegangen, dass es sich um eine depressive Episode handelt, die durch indirekte Unfallfolgen in Form von Schmerzen und daraus resultierenden Einschränkungen mitverursacht worden sei. Wenn solche körperlichen Beschwerden durch den Unfall auf den entsprechenden Fachgebieten nicht wahrscheinlich seien, könnten natürlich auch die psychischen Symptome nicht indirekte Unfallfolge sein.

Demzufolge vermochte der Senat insbesondere den Gutachten des Prof. Dr. F., des Prof. Dr. M., des Dr. Pf. und des Prof. Dr. Dr. W. nicht zu folgen. Im Gutachten von Prof. Dr. F. sind fälschlicherweise discoligamentäre Instabilitäten sowie Bandscheibenprotrusionen als Unfallfolge diagnostiziert worden, die aber - wie oben bereits dargelegt - nicht vorgelegen bzw. - wie Prof. Dr. C. aufgezeigt hat - schon vor dem Unfall bestanden haben. Damit geht Prof. Dr. F. bei seiner Zusammenhangsbeurteilung von einem unzutreffenden medizinischen Sachverhalt aus, weswegen ihm nicht zu folgen ist. Das Gutachten von Prof. Dr. M. ist für den Senat nicht nachvollziehbar, weil durch die eigenen Untersuchungen - wie PD Dr. R. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 9. Februar 2000 zutreffend dargelegt hat - keinerlei Ausfälle des zentralen oder peripheren Nervensystems objektiviert werden konnten, sodass weder die gestellte Diagnose noch die vorgenommene Zusammenhangsbeurteilung für den Senat plausibel sind. Dem Gutachten von Dr. Pf. vermag der Senat schon deswegen nicht zu folgen, weil die von ihm angenommene organische Rückenmarkschädigung als Ursache des zentralen Schmerzsyndroms - wie oben dargelegt - nicht im Vollbeweis erwiesen ist; Ausführungen zur Kausalität erübrigen sich daher. Das nach § 109 SGG eingeholte fachorthopädische Gutachten des Prof. Dr. Dr. W. überzeugt den Senat in keiner Weise. Es ist nicht erkennbar, dass Prof. Dr. Dr. W. eine eigenständige Beurteilung vorgenommen hat. Trotz des von ihm erhobenen - wenn auch knappen - körperlichen Befundes, hat er sich im Wesentlichen damit begnügt, die gegensätzlichen Positionen des PD Dr. R. und des Sachverständigen Dr. Pf. darzulegen und auf die Schwierigkeiten der Beurteilung des vorliegenden Falles hinzuweisen, um dann seine Beurteilung in der Feststellung zusammenzufassen, dass er sich der "fairen" Begutachtung von Dr. Pf. anschließe. Das genüge den Anforderungen an ein wissenschaftlich begründetes medizinisches Gutachten nicht.

Den Hilfsanträgen hat der Senat aus den folgenden Gründen nicht stattgegeben: Soweit der Prozessbevollmächtigte zum Beweis "für das zeitliche Zusammentreffen des Arbeitsunfalls und die dadurch verursachte richtungsweisende Verschlimmerung des Gesundheitszustandes" die Vernehmung der Zeugen Ziffer 1 bis 4 sowie die Anhörung des Klägers beantragt hat, ist der Antrag abzulehnen, weil die benannten Zeugen als Nicht-Mediziner hinsichtlich der behaupteten "Verschlimmerung des Gesundheitszustandes" und der "verursachten richtungsweisenden Verschlimmerung" kein geeignetes Beweismittel darstellen. Im Übrigen ergibt sich der zeitliche Ablauf erschöpfend aus den vorliegenden Akten und der Kläger hätte im Rahmen der stattgehabten mündlichen Verhandlung Gelegenheit gehabt, seine Sichtweise - soweit er es nicht schon schriftsätzlich getan hat - darzulegen. Von einer Ladung der Sachverständigen Prof. Dr. C., Dr. Pf. und Prof. Dr. Dr. W.

W. hat der Senat abgesehen, da der medizinische Sachverhalt ausreichend geklärt erscheint und die jeweiligen Gutachten in sich keine Widersprüche aufzeigen, die Klarstellungen erforderlich gemacht hätten; es ist originäre Aufgabe des Senats, sich im Rahmen der Beweiswürdigung mit im Ergebnis unterschiedlichen Gutachten auseinanderzusetzen und sie beweisrechtlich zu würdigen. Das Recht des Klägers auf rechtliches Gehör erfordert ebenfalls nicht von vorn herein die Ladung der Sachverständigen in die mündliche Verhandlung; Voraussetzung ist zunächst, dass der Kläger sachdienliche und klärungsbedürftige Fragen formuliert, was vorliegend bis zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung jedoch nicht geschehen ist. Der vom Prozessbevollmächtigten des Klägers erst in der mündlichen Verhandlung vorgelegte Fragenkatalog erfordert nach Auffassung des Senats keine weitere Befragung der jeweiligen Sachverständigen, weil die Fragen im Hinblick auf die Erläuterung der Gutachten nicht sachdienlich und klärungsbedürftig sind. Das gilt für die gewünschte Befragung von Prof. Dr. C. unter Punkt 1; im Übrigen ist der Sachverständige (u.a.) Arzt für Orthopädie und damit verfügt er über die grundsätzliche Kompetenz zur Beurteilung des hier streitigen medizinischen Sachverhalts; zur Frage Punkt 2: Prof. Dr. C. ist - als Orthopäde - weder zu "psychopathologischen Veränderungen" vom Senat befragt worden (s. Gutachtensauftrag) noch hat er sich hierzu geäußert, weswegen diese Frage ebenfalls nicht sachdienlich ist; zur Frage Punkt 3: der Sachverständige hat seine Beurteilung nicht maßgeblich auf die "Harmlosigkeitsgrenze", sondern unabhängig hiervon auf medizinische Gründe gestützt, sodass diese Frage nicht entscheidungserheblich ist; zur Frage Punkt 4: diese ist angesichts der Ausführungen des Sachverständigen für den Senat nicht nachvollziehbar, zumal der Sachverständige im Gutachten nirgends dargelegt hat, dass er den Nachweis substantieller Schädigungen nicht zwingend für erforderlich halte; zur Frage Punkt 5 und 6: diese sind nicht entscheidungsrelevant, da zum einen diese Gesundheitsstörung beim Kläger nicht gegeben ist und zum anderen "vergleichbare Fälle" keine Schlussfolgerungen auf die Beurteilung des vorliegenden konkreten Rechtsstreits zulassen; zur Frage Punkt 7: insoweit bedarf es keiner Rückfrage, weil aus dem Gutachten (s. S. 21) ersichtlich ist, dass der Sachverständige die Erstdiagnose "beachtet" hat, er hat sie allerdings aus den von ihm genannten Gründen (s. S. 32/33) nicht übernommen; zur Frage Punkt 8: abgesehen davon, dass diese - generelle - Aussage als wahr unterstellt werden kann, vermag der Senat einen Zusammenhang mit dem Gutachten von Prof. Dr. C. nicht zu erkennen. Hinsichtlich der Fragen an Prof. Dr. W. weist der Senat darauf hin, dass der von der Beklagten gesehene Widerspruch in dessen Gutachten in keiner Weise entscheidungsrelevant ist, weil das Gutachten - wie oben dargelegt - aus anderen Gründen (s.o.) nicht als Entscheidungsgrundlage des Senats in Betracht kommt. Ebenso ist der "Stand der Wissenschaft zur Harmlosigkeitsgrenze" nicht entscheidungserheblich, weil unabhängig hiervon der geltend gemachte Anspruch aus medizinischen Gründen nicht gegeben ist; schließlich ist auch die Frage nach der dramatischen Änderung des Lebens des Klägers nach dem Unfall nicht relevant. Zu den Fragen an Dr. Pf.: zu Punkt 1 weist der Senat darauf hin, dass auch Dr. Pf. eine substantielle Schädigung der HWS als Voraussetzung für dauerhafte Unfallfolgen verlangt, im Gegensatz zu Prof. Dr. C. sieht er diese - wie in seinem Gutachten einschließlich ergänzender Stellungnahme dargelegt - aber als wahrscheinlich gegeben an; zu Punkt 2: da vorliegend nicht nur eine orthopädische Begutachtung erfolgt ist, geht die Frage ins Leere; zu Punkt 3 kann zu Gunsten des Klägers angenommen werden, dass Dr. Pf. auch unter Berücksichtigung der Stellungnahme von PD Dr. R. vom 28. Juni 2003 an seiner Beurteilung festhält, wobei die Gründe hierfür sich bereits aus dem Gutachten und der ergänzenden Stellungnahme ergeben; zu Punkt 4: auf die Harmlosigkeitsgrenze hat Prof. Dr. C. nicht abgestellt, folglich kommt es hierauf nicht an und hinsichtlich des "Nachweises über bildgebende Verfahren" lässt sich dies bereits aus der ergänzenden Stellungnahme des Dr. Pf. vom 3. Mai 2003 beantworten (s. S.4). Soweit der Prozessbevollmächtigte schließlich im Falle einer Nichtladung und Nichtanhörung die schriftliche Ergänzung der Gutachten zu den obigen Fragen beantragt hat, ist dies aus den selben Gründen wie oben abzulehnen; darüber hinaus lehnt der Senat es ab, Dr. Volle und "sämtliche zeitnah am Unfall des Klägers beteiligten Ärzte" als sachverständige Zeugen zu hören, weil der Kläger keinen konkreten Anhaltspunkt dafür aufgezeigt hat, dass die radiologische Auswertung der Röntgenbilder sowie CT- und Kernspin-Aufnahmen fehlerhaft ist, zumal diese mit der Beurteilung anderer Ärzte (s.o.) übereinstimmt.

Auf die Berufung der Beklagten war aus den genannten Gründen das erstinstanzliche Urteil aufzuheben und die Klage abzuweisen.

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

Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-02-15