

L 6 U 3472/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 1329/02
Datum
11.05.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 3472/06
Datum
26.03.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 11.05.2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung weiterer Unfallfolgen sowie die Gewährung einer Verletztenrente wegen eines Arbeitsunfalls streitig.

Der 1979 geborene Kläger erlitt am 21.06.2001 auf seinem Weg zu seinem Arbeitsplatz einen Verkehrsunfall. Am Unfalltag beschrieb Dr. Sch., Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses B., den Kläger als voll orientiert und neurologisch unauffällig. Die Hirnnerven seien ohne Befund gewesen und ein Meningismus habe nicht bestanden. Kopfverletzungen hätten nicht vorgelegen und die Wirbelsäule sei nicht klopfschmerzhaft gewesen. Am linken Ellenbogen habe sich eine stark verschmutzte, großflächige, oberflächliche Schürfwunde gezeigt. Die Extremitäten seien frei beweglich gewesen, jedoch habe sich am rechten Außenknöchel eine Schwellung gezeigt. Des Weiteren beschrieb Dr. Sch. eine Schürfwunde am rechten Knie, einen Thoraxkompressionsschmerz links, reine Herztöne, ein vesikuläres Atemgeräusch, ein weiches Abdomen und eine kleine oberflächliche Unterlippenplatzwunde links. Die Röntgenuntersuchung des Schädels, der Halswirbelsäule (HWS), des knöchernen Hemithorax links und des linken Ellenbogens ergab keinen Anhalt für frische knöcherne Verletzungen. Bei der Röntgenuntersuchung des Sprunggelenks zeigte sich eine Innenknöchelfraktur ohne Dislokation. Dr. Sch. diagnostizierte eine Schädelprellung, eine Thoraxprellung links, eine Ellenbogenprellung links, eine Innenknöchelfraktur sowie multiple Schürfwunden und Prellungen (Durchgangsarztbericht vom 21.06.2001). Der Kläger wurde im Kreiskrankenhaus B. vom 21.06.2001 bis zum 26.06.2001 stationär behandelt (Arztbrief vom 04.07.2001). Anschließend stellte sich der Kläger mehrfach ambulant im Kreiskrankenhaus B. vor. Am 12.07.2001 gab er gegenüber Dr. K., Oberarzt am Kreiskrankenhaus B., eine Merkfähigkeitsstörung, Kopfschmerzen und Gefühlsstörungen am Bein an. Dr. K. beschrieb eine Inaktivitätsatrophie des gesamten linken Beins ohne objektiven Befund auf neurologischem Fachgebiet (Feststellungsbogen für die D.-W.-V. vom 05.09.2001). Am 16.07.2001 stellte sich der Kläger beim Arzt für Neurologie und Psychiatrie-Psychotherapie Dr. M. vor. Der Kläger klagte über ein Taubheitsgefühl im Bereich des Fibulakopfes links mit Ausbreitung über das obere Drittel des Unterschenkels. Außerdem gab er ein stromartiges Gefühl an der Innenseite des linken Oberschenkels und weiterhin stirnwärts betonte drückende Kopfschmerzen an. Im Übrigen beschrieb Dr. M. eine Inaktivitätsatrophie des linken Beins (Befundbericht vom 20.07.2001). Sodann erfolgten in der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. F./Dr. B. im Juli 2001 eine röntgenologische Untersuchung des linken Oberschenkels und linken Knies sowie kernspintomographische Untersuchungen des linken Knies, des B.ens, der Hüfte und des linken Oberschenkels. Befundet wurden eine flächige Knochenkontusion am Femurkondylus lateral, am Tibiakopf lateral und am Fibulaköpfchen, leichte Reizzeichen des N. peroneus, kein relevanter Kniebinnenschaden, im Bereich von Hüftgelenk, Oberschenkeln, Hüftmuskulatur, Adduktoren und Oberschenkelmuskulatur kein umschriebener Herdbefund sowie im Bereich der Oberschenkel-Weichteile des mittleren und distalen Drittels keine umschriebenen Weichteilläsionen (Arztbriefe vom 18.07.2001 und 25.07.2001). Die Beklagte holte das Vorerkrankungsregister der B. Ersatzkasse vom 09.08.2001 ein. Ab 29.08.2001 ging Dr. Sch. von einer Arbeitsfähigkeit des Klägers aus (Mitteilung vom 28.08.2001). Am 03.09.2001 stellte sich der Kläger erneut bei Dr. M. vor. Dieser schlug, nachdem der Kläger weiterhin über stärkere Schmerzen geklagt hatte, nach Durchführung einer EMG-/ENG-Untersuchung eine Wiedereingliederung des Klägers nach dem Hamburger Modell vor (Befundbericht vom 10.09.2001). Wegen den andauernden Schmerzen im linken Knie und Sprunggelenk begab sich der Kläger am 14.09.2001 in die Behandlung des Facharztes für Orthopädie Dr. R. ... Dieser äußerte den Verdacht auf eine Kapselbandverletzung des linken oberen Sprunggelenks (H-Arzt-Bericht vom 14.09.2001). Daraufhin erfolgte im September 2001 in der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. F./Dr. B. eine magnetresonanztomographische Untersuchung des linken Sprunggelenks. Befundet wurden eine schalenförmige Abrissfraktur von der Innenknöchelspitze mit nur noch geringem Spongiosaödem des

Innenknöchels auf Grund des zeitlichen Ablaufs, eine flächige Ruptur des medialen Kollateralbandapparates, ein Ligamentum deltoideum mit flauem, flächigem Narbengewebe, Distorsionszeichen auch des lateralen Kollateralbandapparates, Ligamentum fibulo-talare anterius und Ligamentum calcaneo fibulare, keine Fehlstellung des distalen Tibiofibulargelenkes oder des Oberschenkelgelenks, keine umschriebenen osteochondralen Läsionen sowie ein unauffälliger Rückfuß und eine unauffällige Fußwurzel (Arztbrief vom 19.09.2001). Am 24.09.2001 stellte sich der Kläger in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. vor. Dort diagnostizierte Prof. Dr. W. einen Zustand nach Distorsionstrauma des linken oberen Sprunggelenks mit knöcherner Abspaltung vom Innenknöchel, eine Deltabandläsion und einen Zustand nach einer Kontusion in der linken Knie-Region (Krankheitsbericht vom 11.10.2001). Am 27.09.2001, 10.10.2001 und 29.10.2001 wurde der Kläger vom Facharzt für Orthopädie Dr. J. behandelt. Dieser befandete unter anderem eine perimalleoläre Schwellung, ein Fußrückenödem und einen stabilen Kapselbandapparat.

Sodann ließ die Beklagte den Kläger untersuchen und begutachten. Der Neurologe und Psychiater Dr. G. führte in seinem Gutachten vom 19.11.2001 aus, der Kläger habe über besonders temporale, aber auch parietale, Kopfschmerzen, von der HWS bis in die Brustwirbelsäule (BWS) und die Lendenwirbelsäule (LWS) einstrahlende Schmerzen, Schmerzen an der Außenseite des linken Knies mit Taubheitsgefühlen, Schmerzen am linken Sprunggelenk und eine Konzentrationsschwäche geklagt. Der Gutachter diagnostizierte eine Wirbelsäulenfehlhaltung mit muskulär vertebralem Kopfschmerz, einen Zustand nach Prellung des proximalen Anteils des N. peroneus links mit noch verbliebener und umschriebener Hypästhesie links lateral im Bereich des Fibulaköpfchens sowie eine Bewegungseinschränkung des linken Sprunggelenks nach Distorsionstrauma mit knöcherner Abspaltung und Läsion des Deltabandes. Auf den Unfall unmittelbar zurückzuführen sei auf neurologischem Fachgebiet die noch verbliebene Hypästhesie links am proximalen Unterschenkel im Bereich des Fibulaköpfchens als Folge der Kontusion des N. peroneus. Mittelbar wäre es durchaus möglich, dass sich bei einer Wirbelsäulenfehlhaltung mit Steilstellung unfallbedingt das muskuläre Wirbelsäulensyndrom verstärkt habe. Das Unfallereignis liege fünf Monate zurück. In diesem Zeitraum wäre eine ausreichende Konsolidierung zu erwarten gewesen. Möglicherweise sei der längere Zeitraum durch eine gewisse Fehllagerung in Folge einer Fehlbelastung bei Verletzung des linken Sprunggelenks zu erklären. Dies sei aber chirurgisch zu beurteilen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage auf neurologischem Fachgebiet unter 10 vom Hundert (v. H.). Der Arzt für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. B. beschrieb im Gutachten vom 21.11.2001 als Unfallfolgen einen unter geringer Verschiebung knöchern verheilten Innenknöchelspitzenabriss links, eine geringe Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk links, eine geringe Muskelminderung am linken Bein, eine Schwellneigung der Knöchelgabel und eine Sensibilitätsstörung am seitlichen Kniegelenk links. Die MdE auf chirurgischem Fachgebiet bewertete er mit unter 10 v. H.

Mit Bescheid vom 21.12.2001 anerkannte die Beklagte den Unfall vom 21.06.2001 als Arbeitsunfall, lehnte aber die Gewährung einer Rente wegen der Folgen dieses Arbeitsunfalls ab. Die Begutachtungen hätten ergeben, dass ein nach unter geringer Verschiebung knöchern verheilten Innenknöchelspitzenabriss und eine Deltabandläsion, eine Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk, eine leichte Muskelminderung, Sensibilitätsstörungen im Bereich des Kniegelenks sowie eine Schwellneigung im Bereich der Knöchelgabel als Unfallfolgen am linken Bein vorlägen, aber keine MdE in rentenberechtigendem Grade über die 26. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus gegeben sei.

Am 08.01.2002 stellte sich der Kläger erneut in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. vor. Prof. Dr. W. befandete einen lokalisierten Druckschmerz paravertebral links etwa in Höhe des thoracolumbalen Übergangsbereichs, einen Finger-Boden-Abstand von 40 cm, eine vermehrte LWS-Lordose mit Flachrückenbildung im Bereich der BWS, eine seitengleich relativ schwach ausgeprägte paravertebrale Muskulatur und eine intakte BWS ohne sensible oder motorische Ausfallserscheinungen. Die Röntgenuntersuchung der BWS und LWS habe keinen Anhalt für eine frische oder ältere knöcherne Verletzung, eine Steilstellung im Bereich der oberen LWS und eine Rundrückenbildung im Bereich der BWS ohne degenerative Veränderungen ergeben. Prof. Dr. W. diagnostizierte eine schmerzhafte Fehllagerung im thoracolumbalen Übergangsbereich bei Zustand nach Rückenprellung vom 21.06.2001. Aufgrund der vorliegenden Unterlagen und der aktuell angefertigten Röntgenaufnahmen könne kein sicherer Unfallzusammenhang der geklagten Beschwerden hergestellt werden (Krankheitsbericht vom 09.01.2002). Am 21.01.2002 legte der Kläger gegen den Bescheid vom 21.12.2001 Widerspruch ein. Wegen insbesondere unter Belastung auftretender in die linke untere Extremität ausstrahlender Rückenbeschwerden begab sich der Kläger am 24.01.2002 abermals in Behandlung von Dr. M. (Arztbrief vom 26.02.2002). Im Februar 2002 erfolgte in der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. F./Dr. B. eine magnetresonanztomographische Untersuchung der LWS. Diese ergab einen kleinen linken medio-lateralen Prolaps der fünften lumbalen Bandscheibe (B5) mit Kontakt zur Wurzel S1 links und eine ältere, geglättete Schmorl'sche Impression der Grundplatte L2 (Arztbrief vom 11.02.2002). Daraufhin empfahl Dr. M. am 18.02.2002 eine krankengymnastische Behandlung (Arztbrief vom 26.02.2002). Am 08.03.2002 stellte sich der Kläger bei der Fachärztin für Neurochirurgie Dr. R. vor. Diese gelangte zu der Einschätzung, die Beschwerdesymptomatik entsprechend dem S1-Dermatom links werde eindeutig durch den Bandscheibenvorfall in Höhe L5/S1 links erklärt. Aufgrund des jungen Alters des Klägers sei ein zeitlicher Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen zu sehen, zudem der Kläger vor dem Trauma keine Beschwerden gehabt habe (Arztbrief vom 13.03.2002). Nachdem Dr. K. in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 26.03.2002 einen Unfallzusammenhang diesbezüglich verneint hatte, wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 06.05.2002 zurück. Nach herrschender medizinischer Lehrmeinung sei ein unfallbedingter Bandscheibenvorfall ohne knöcherne oder ligamentäre Begleitverletzungen ausgeschlossen. Der Bandscheibenvorfall im Bereich der LWS sei daher nicht ursächlich auf das Unfallereignis, sondern vielmehr auf degenerative anlagebedingte Veränderungen der Bandscheiben zurückzuführen.

Hiergegen erhob der Kläger am 07.06.2002 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG).

Das SG hörte den Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. R. unter dem 30.07.2002, Dr. J. unter dem 18.08.2002 und Dr. M. unter dem 13.09.2002 als sachverständige Zeugen. Dr. R. führte unter anderem aus, der Kläger habe ihm gegenüber erstmals im November 2001 eine Dorsalgie angegeben. Dr. J. stimmte der Einschätzung von Dr. B. zu. Dr. M. wies darauf hin, das Beschwerdebild bezüglich der LWS-Symptomatik sei im Gutachten des Dr. G., dem er sonst weitgehend zustimme, nicht berücksichtigt worden, da die LWS-Beschwerden erst später relevant geworden seien. Der Kläger wurde in der Fachklinik E. vom 16.10.2002 bis zum 28.10.2002 akut behandelt und durchlief dort vom 29.10.2002 bis zum 19.11.2002 eine von der früheren Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) bewilligte Rehabilitationsmaßnahme. Dort wurde eine Lumboischialgie links bei Bandscheibenvorfall L5/S1 diagnostiziert (Entlassungsbericht vom 06.12.2002). Am 20.11.2002 stellte sich der Kläger beim Orthopäden Dr. N. vor. Dieser führte aus, die Heftigkeit des Traumas sowie die Beschwerdefreiheit vor dem Unfall und die erhebliche Progredienz der Beschwerden posttraumatisch spreche in jedem Fall für eine Unfallauslösung. In den Vorgutachten sei das Unfalltrauma in der Vehemenz und der Auswirkung nicht ausreichend berücksichtigt worden. Der Kläger sei vor dem Trauma absolut beschwerdefrei gewesen und erst nach dem Unfall seien die Beschwerden aufgetreten.

(Befundbericht vom 13.01.2003). Daraufhin hörte das SG Dr. M. unter dem 06.03.2003 erneut als sachverständigen Zeugen. Er führte aus, obwohl die Beurteilung der posttraumatischen Bandscheibenvorfälle kontrovers diskutiert werde, müsse bei einem jungen Mann wie dem Kläger, der bis zum Unfallgeschehen völlig gesund gewesen sei und seinen sportlichen Aktivitäten in Form eines Tennis-Leistungssports nachgegangen sei, davon ausgegangen werden, dass es sich um eine posttraumatische Sache handle, zumal dieser auch glaubhaft versichert habe, nie Rückenschmerzen gehabt zu haben beziehungsweise wegen Rückenschmerzen in Behandlung gestanden zu sein. Am 10.03.2004 wurde der Kläger vom Facharzt für Neurochirurgie Dr. F. untersucht. Dieser diagnostizierte ein lumbales Wurzelkompressionssyndrom L5/S1 mit Radikulopathie links (Arztbrief vom 15.03.2004). Im August 2004 erfolgte eine Weiterbehandlung beim HNO-Arzt Dr. K ... Dieser diagnostizierte eine multisensorische neurootologische Funktionsstörung, eine zentrale Gleichgewichtsfunktionsstörung vom Typ der labilen Hirnstammthemmung und eine zentrale Reaktionsenthemmung des optokinetischen Systems (Arztbrief vom 05.08.2004). Im August 2004 erfolgten in der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. K/Dr. F u. a. magnetresonanztomographische Untersuchungen der HWS und der LWS. Es ergab sich bis auf die muskuläre Fehllhaltung eine unauffällige Darstellung der HWS, ein medio-linkslateraler Prolaps im Segment L5/S1 mit Kompression der linken S1-Wurzel und eine unauffällige Darstellung der übrigen Bandscheibenfächer (Arztbriefe vom 18.08.2004 und 20.08.2004). Am 04.02.2005 nahm der Kläger beim Physio- und Manualtherapeuten G. die physiotherapeutische Behandlung auf. Dieser führte aus, die massiven Störungen des Klägers deuteten auf einen Unfall mit massiven Krafteinwirkungen auf den Körper hin (Bericht vom 12.12.2005). Im September 2005 erfolgte in der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. K/Dr. F u. a. eine magnetresonanztomographische Untersuchung des Neurocraniums nativ. Diese ergab keinen Hinweis auf einen entzündlichen ischämischen beziehungsweise tumorösen raumfordernden Prozess, eine subakute intracranielle Hämorrhagie oder eine intracerebral lokalisierte AV-Malformation (Arztbrief vom 05.09.2005). Im Mai 2006 erfolgte in der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. K/Dr. F u. a. eine lumbale Kernspintomografie. Befundet wurde ein links-mediolateraler Prolaps im Segment L5/S1 mit Kompression der linken S1-Wurzel mit diskretem Größenrückgang zu 2004 sowie bei L4/5 eine neu aufgetretene links mediolaterale Bandscheibenprotrusion mit Kompression des Thekalschlauchs ohne direkten Kontakt zu den Spinalwurzeln (Arztbrief vom 11.05.2006).

Mit Urteil vom 11.05.2006 wies das SG die Klage ab. Insbesondere seien die vom Kläger als Unfallfolgen geltend gemachten Gesundheitsstörungen im Wirbelsäulenbereich, der Bandscheibenvorfall im Bereich der LWS bei L5/S1 und eine Verletzung der HWS, nicht als Folgen des Unfallereignisses festzustellen. Dies ergebe sich aus den medizinischen Berichten und Befunden aus dem Zeitraum unmittelbar nach dem Unfallereignis sowie aufgrund der Gutachten von Dr. B. und Dr. G ... Dem zeitlichen Ablauf und der medizinischen Befunddokumentation ab der Erstbehandlung des Klägers nach dem Unfallereignis komme dabei besondere Bedeutung zu. Denn nach der bei der Prüfung des Kausalzusammenhangs zu berücksichtigenden herrschenden medizinischen Lehrmeinung sei die Anerkennung eines Bandscheibenvorfalles als Unfallfolge nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Danach träten Bandscheibenverletzungen als Unfallfolge stets mit begleitenden (minimalen) knöchernen oder Bandverletzungen auf. Beim traumatischen Bandscheibenvorfall bestünde aufgrund der erforderlichen Krafteinwirkung und Begleitverletzungen stets eine starke lokale Schmerzsymptomatik. Bedränge das ausgetretene (vorgefallene) Bandscheibengewebe eine Nervenwurzel, lägen klinisch Nervenwurzelreiz- oder Ausfallsymptome vor. Diese Voraussetzungen seien beim Kläger nicht nachgewiesen. Denn der Verdacht auf einen Bandscheibenvorfall habe erst seit Oktober 2001 bestanden. Ein zeitlicher Abstand von mindestens vier Monaten genüge den in der Fachliteratur geforderten Kriterien für die Annahme eines traumatisch verursachten Bandscheibenvorfalles nicht. Dies gelte umso mehr, als die magnetresonanztomographische Untersuchung der LWS am 11.02.2002 keine Anzeichen für die zu fordernden Begleitverletzungen erwiesen habe. Die Veränderungen im Bereich der HWS seien vom Kläger erstmals im Laufe des Klageverfahrens, also Jahre nach dem Unfallereignis geltend gemacht worden, ohne dass medizinische Befunde nach dem Unfallereignis dokumentiert worden seien, die für eine Verletzung der HWS sprächen.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 16.06.2006 zugestellte Urteil des SG hat der Kläger am 10.07.2006 Berufung eingelegt. Unmittelbar nach dem Unfall sei durch die Beklagte keine ausreichende Aufklärung der unfallbedingten Verletzungen erfolgt. Die Aufklärung der unfallbedingten Verletzungen mittels magnetresonanztomographischer Aufnahmen habe sich geradezu aufgedrängt, nachdem er seine Beschwerden geschildert habe. Auch habe das SG außer Acht gelassen, dass er vor dem Unfall austrainiert gewesen sei und Tennis als Leistungssport betrieben habe. Seine dadurch stärker ausgebildete Muskulatur habe ihn dazu in die Lage versetzt, Verletzungen, wie beispielsweise die Verschiebung der Wirbelsäule bei L5/S1, zu kompensieren. Da er sich auch nach dem Unfall geschont habe, sei die Auslösung der Schmerzen aufgrund des Bandscheibenvorfalles zunächst vermieden worden. Ferner habe das SG übersehen, dass Verletzungen im Bereich der BWS/LWS regelmäßig auch in die unteren Extremitäten ausstrahlen könnten. Es sei daher unzulässig, wenn diese Schmerzen und Beschwerden allein den Verletzungen des Kniegelenks und möglicherweise auch des Sprunggelenks zugeordnet würden. Im Kreiskrankenhaus B. habe er im Wirbelsäulenbereich keine Schmerzen verspürt, da er zunächst mit einem Liegegips versorgt worden sei. Daraus, dass er bereits zu einem frühen Zeitpunkt Merkfähigkeitsstörungen, Kopfschmerzen sowie Gefühlsstörungen am Bein angegeben habe und eine Inaktivitätsatrophie des gesamten linken Beins festgestellt worden sei, ergäben sich eindeutige Hinweise auf die später angegebenen neurootologischen Störungen sowie die von dem Bandscheibenprolaps ausgehenden Beeinträchtigungen des linken Beins. Außerdem habe Dr. M. bereits in seinem Befundbericht vom 20.07.2001 ein Taubheitsgefühl im Bereich des Fibulakopfes links mit Ausbreitung über das obere Drittel des Unterschenkels, ein stromartiges Gefühl an der Innenseite des linken Oberschenkels sowie stirnwärts betonte drückende Kopfschmerzen und mithin Beschwerden auf neurologischem Fachgebiet beschrieben. Anhaltspunkte für die von dem Bandscheibenprolaps ausgehenden Beschwerden ergäben sich auch aus den im weiteren Verlauf angefertigten Arztbriefen und Befundberichten. Aus vielen Untersuchungen ergebe sich, dass die Ursächlichkeit nicht deswegen verneint werden dürfe, nur weil die Schulmedizin noch nicht in der Lage sei, geeignete Verfahren anzubieten, um die Kausalität verlässlich feststellen zu können. Vielmehr müsse hier bei der Beurteilung der Frage der Kausalität auf die vorhandenen Erfahrungswerte zurückgegriffen werden. Das SG gehe auch zu Unrecht davon aus, dass die zeitliche Distanz zwischen dem Unfallereignis und der Feststellung des Bandscheibenprolapses eine Unfallursächlichkeit ausschließe. Es übersehe dabei, dass die Beschwerden an der Bandscheibe im Sitzen aufträten und er vorher mit einem Liegegips gelegen sei und sich anschließend an die Anordnungen der Ärzte gehalten habe, viel zu laufen und zu liegen, jedoch nicht zu sitzen. Außerdem ergebe sich aus zahlreichen Studien, dass die verletzungsbedingten Beschwerden nach Verletzungen der Wirbelsäule aufgrund eines Verkehrsunfalls erst verspätet einsetzen. Zu beachten sei auch, dass sich nach einer HWS-Distorsion mit bildgebenden Verfahren nur selten knöcherne Verletzungen erkennen ließen. Viele Weichteilverletzungen entzögen sich den herkömmlichen bildgebenden Verfahren. Indem das SG die Unfallursächlichkeit des Bandscheibenprolapses auch deswegen ablehne, weil keine ligamentären oder sonstigen Verletzungen festgestellt worden seien, übersehe es, dass bis heute keine hierfür erforderlichen Untersuchungen durchgeführt worden seien. Hierfür wäre es erforderlich, funktionelle magnetresonanztomographische Untersuchungen des betreffenden Bereichs der Wirbelsäule großräumig durchzuführen. Bei der Beurteilung der Kausalität dürfe schließlich nicht übersehen werden, dass er anlässlich des Unfalls schwere Verletzungen am linken Bein erlitten habe und es daher nachvollziehbar sei, dass die behandelnden Ärzte ihr Augenmerk

zunächst auf diese schweren äußerlich erkennbaren Verletzungen gerichtet, dabei den inneren Verletzungen an der Wirbelsäule und deren Auswirkungen weniger Bedeutung beigemessen und deswegen zunächst keine Untersuchungen hierzu vorgenommen hätten. Darüber hinaus sei er zum Unfallzeitpunkt knapp 22 Jahre alt gewesen. In diesem Alter könne regelmäßig nicht von den nennenswerten degenerativen Veränderungen ausgegangen werden, die die angegebenen Beschwerden verursachen könnten. Das SG unterstelle diese, ohne dass hier ein entsprechender Nachweis vorliege.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 11.05.2006 aufzuheben, den Bescheid vom 21.12.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.05.2002 abzuändern, als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 21.06.2001 einen Bandscheibenvorfall L5/S1 mit Kompression der linken S1-Wurzel, multisensorische, neurootologische Funktionsstörungen, eine zentrale Gleichgewichtsfunktionsstörung vom Typ der labilen Hirnstammthemmung, eine zentrale Reaktionsenthemmung des optokinetischen Systems, ein zerviko-enzephalisches Syndrom, zerviko-brachiales Schmerzsyndrom, chronische Schmerzerkrankung der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule, sowie eine chronische Schädigung des Sprunggelenks festzustellen und die Beklagte zu verurteilen, ihm Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 40 vom Hundert zu gewähren,

hilfsweise die Einholung eines Zusammenhangsgutachtens zum Nachweis der Tatsache, dass der Bandscheibenvorfall L5/S1 durch den Unfall vom 21.06.2001 verursacht wurde und dass er aufgrund der bei seinem Unfall erlittenen Verletzungen folgende Dauerschäden erlitten hat: Bandscheibenvorfall L5/S1 mit Taubheitsgefühlen im linken Bein, stromartigen Gefühlen an der Innenseite des linken Oberschenkels, Fußheberschwäche links, belastungsabhängige Schmerzen im Rückenbereich, Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Funktionsbeeinträchtigungen des linken Sprunggelenks, Beeinträchtigung der Belastung und Beweglichkeit des linken Beins durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens vom Amts wegen, hilfsweise gemäß § 109 SGG von Dr. P., ferner durch Einholung eines neurootologischen Gutachtens von Amts wegen, hilfsweise gemäß § 109 SGG durch Dr. Sch., Universitätsklinik W., Abteilung Neurootologie, wobei Dr. P. zur Höhe der Gesamt-MdE unter Berücksichtigung der Unfallfolgen von Seiten sämtlicher Fachgebiete Stellung nehmen soll, ferner ein radiologisches Gutachten von Amts wegen, hilfsweise gemäß § 109 SGG von Dr. F. einzuholen zum Nachweis einer chronischen Schädigung des linken Sprunggelenks, ferner ein biomechanisch-technisches Gutachten von Amts wegen, hilfsweise gemäß § 109 SGG von Dr. B. zu seiner konkreten Belastung der Wirbelsäule des kranio-zervikalen Übergangs anlässlich des Tennisspiels sowie der Belastungen anlässlich des Unfalls vom 21.06.2001, hilfsweise Dr. F. in die mündliche Verhandlung zu laden und zu seinen Einwendungen in den Schriftsätzen vom 30.05.2008, 22.12.2008 und 26.03.2009 anzuhören.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Gegen einen unfallbedingten Bandscheibenvorfall spreche, dass ein unfallbedingter Bandscheibenvorfall ohne knöcherne oder ligamentäre Begleitverletzungen auszuschließen sei und es am unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang zwischen Unfall und objektiven medizinischen Nachweisen für den Bandscheibenvorfall fehle.

Der Senat hat zunächst von Amts wegen Beweis erhoben durch Einholung des Gutachtens des Arztes für Neurologie, Psychiatrie und Rehabilitationswesen Dr. B. vom 19.12.2006. Der Sachverständige ist zu der Einschätzung gelangt, der Kläger habe bei seinem Unfall eine Schädelprellung mit Unterlippenplatzwunde, eine Thoraxprellung links, eine Ellenbogenprellung links, multiple Schürfwunden und Prellungen und eine Innenknöchelfraktur links erlitten. Als Folgen hiervon lägen jetzt noch eine Sensibilitätsstörung an der Außenseite des Knies links und am oberen äußeren Unterschenkel links in Folge der unfallbedingten Schädigung des N. fibularis links vor. Die MdE auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet sei unter 10 v. H. einzuschätzen. Der Sachverständige hat weiter ausgeführt, man könne annehmen, dass der Kläger kein Schädel-Hirn-Trauma erlitten habe. Bei den im weiteren Verlauf durchgeführten elektroenzephalographischen Untersuchungen hätten sich keine Hinweise für eine stattgehabte traumatische Hirnschädigung ergeben. Die anfänglich bestandenen Kopfschmerzen könnten wegen der Schädelprellung noch dem Unfall zugerechnet werden. Da der Kläger auch eingeräumt habe, dass es bereits vor dem Unfall zu Spannungskopfschmerzen gekommen sei, allerdings leichter Intensität und weniger häufig, und der Unfall nun schon fünf Jahre zurückliege, könnten die immer noch auftretenden leichten episodischen Spannungskopfschmerzen nicht auf den Unfall zurückgeführt werden. Das etwa handflächengroße Taubheitsgefühl an der Außenseite des Knies und am oberen äußeren Unterschenkel links sei wahrscheinlich auf die Kontusion am lateralen Tibiakopf und Fibulaköpfchen mit leichter Reizung des N. fibularis zurückzuführen. Die stromartigen, attackenartigen und kurz anhaltenden Missempfindungen, streifenförmig an der Innenseite des Oberschenkels links, die nach wenigen Monaten abgeklungen seien, könnten auf eine Irritation von Hautästen des N. femoralis zurückzuführen sein. Zur Bandscheibenproblematik hat der Sachverständige darauf hingewiesen, dass im Befundbericht der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. F./Dr. B. eine Bandscheibendegeneration mit Höhenminderung und ein kleiner mediolateraler, mutmaßlich subligamentärer Bandscheibenvorfall mit Kontakt zur absteigenden Nervenwurzel S1 links nachgewiesen worden sei. Beim traumatischen Bandscheibenvorfall träten Schmerzen sofort auf, nicht mit einer Latenz - wie beim Kläger - von mehreren Monaten nach dem Unfall. Nach der medizinischen Lehrmeinung werde eher bezweifelt, dass es isolierte traumatische Bandscheibenvorfälle überhaupt gebe. Traumatische Bandscheibenvorfälle sollten vielmehr als Begleitverletzung von knöchernen oder ligamentären Wirbelsäulenverletzungen auftreten. Entsprechende Hinweise für eine knöcherne oder ligamentäre Verletzung hätten sich aber bei den kernspintomographischen Untersuchungen der LWS im Februar 2002, im August 2004 und zuletzt im Mai 2006 nicht ergeben. Deshalb, vor allem aber wegen der Latenz bis zum ersten Auftreten der Beschwerden nach dem Unfall, halte er einen unfallbedingten, isolierten traumatischen Bandscheibenvorfall L5/S1 mediolateral links für nicht wahrscheinlich. Außerdem entstünden Bandscheibenvorwölbungen oder Bandscheibenvorfälle praktisch immer ohne äußere Einwirkung auf degenerativer Basis. Zur Frage der Kausalität des mit Latenz festgestellten Bandscheibenvorfalles und dem Unfall sollte aber nochmals von orthopädischer Seite gutachterlich Stellung genommen werden. Der Sachverständige hat weiter ausgeführt, auf Grund des Unfallmechanismus sei es denkbar, dass der Kläger eine HWS-Distorsion erlitten habe. Eindeutige Beschwerden, die auf eine solche Verletzung schließen ließen, seien aber im Kreiskrankenhaus B. nicht beschrieben worden. Eine Fraktur an der HWS sei röntgenologisch ausgeschlossen worden. Es seien in den Befundberichten von Dr. J. und Dr. M. keine Nackenbeschwerden erwähnt. Es gebe also keine objektiven Befunde, wie beispielsweise Beweglichkeitseinschränkungen der HWS, Druckschmerz, verspannte paravertebrale Muskulatur oder Ähnliches, die eine unfallbedingte HWS-Distorsion belegen könnten. Er selbst habe bei seiner neurologischen Untersuchung keine Hinweise für eine zervikale Wurzelläsion oder eine zervikale Myelopathie, eine

Rückenmarkschädigung im Bereich des zervikalen Spinalkanales, gefunden. Bei der kernspintomographischen Untersuchung der HWS im August 2004 habe sich nur eine muskuläre Fehllage (Streckhaltung im mittleren HWS-Bereich) gezeigt. Eine leichte unfallbedingte HWS-Distorsion ohne strukturelle Verletzung der HWS - wenn man eine solche Verletzung allein unter Zugrundelegung der Beschwerdeangaben des Klägers annehmen wolle - heile normalerweise innerhalb von Wochen bis maximal drei Monaten folgenlos aus. Heute noch bestehende Nackenschmerzen könnten daher nicht auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Zum sicheren Ausschluss einer unfallbedingten Gefäßläsion habe er noch eine Ultraschalluntersuchung der hirnzuführenden Gefäße und der intrakraniellen Gefäße veranlasst. Der Befund sei normal gewesen. Hinweise für eine traumatische Gefäßschädigung hätten sich nicht gefunden.

Sodann hat der Senat auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten des Radiologen Dr. F. vom 03.11.2007 eingeholt. Der Sachverständige ist zu der Einschätzung gelangt, als Unfallfolgen lägen eine Funktionsstörung der oberen HWS, also der Kopf-/Halsgelenke, die die Segmente C0/C1 bis einschließlich C2/3 umfassten, im Sinne einer neuro-muskulären und nozizeptiven Störung, ein Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 mit morphologisch sichtbarer Irritation der linken S1-Wurzel, eine infolge der Innenknöchelfraktur und Bandruptur aufgetretene verminderte Belastbarkeit des linken Fußes mit Auslösung von Beschwerden bei relativer Überlastung sowie eine Schädigung des N. peroneus vor. Würdige man die aktenkundigen Fakten, könne an der Existenz einer funktionellen Kopfgelenksstörung, welche durch eine funktionelle Computertomographie und neurootologische Messungen von Dr. K. gesichert sei, und den daraus resultierenden Beschwerden im Sinne eines "zervio(en)phalen Syndroms" kein Zweifel bestehen. Die erfolgreiche Tenniskarriere des Klägers wäre mit einer vorbestehenden funktionellen Kopfgelenksstörung völlig unmöglich gewesen. Andere konkurrierende Ursachen als Auslöser seien nicht bekannt. Die in den Hinterkopf beziehungsweise besonders in die Arme ausstrahlenden Schmerzen nach einer HWS-Beschleunigungsverletzung seien kausal durch eine supramaximale exzentrische Muskelkontraktion induziert worden. Diese liege vom Schweregrad unterhalb der Verletzung einer Muskelzerrung oder eines Muskelfaserrisses und stelle im Prinzip eine physiologische Reaktion dar, wenn untrainierte Muskeln trotz maximaler Anspannung gedehnt würden, was passiv erfolge. Die Diagnose einer chronifizierten HWS-Verletzung oder unfallinduzierten Irritation des lumbosacralen Übergangs könne daher durch übliche orthopädische oder traumatologische Untersuchungen oder Messungen ohne Bildgebung nicht gestellt werden und selbst die Bildgebung versage hier meistens. Zur Unfallursächlichkeit des Bandscheibenvorfalles L5/S1 hat der Sachverständige ausgeführt, die Tatsache, dass sich beim Kläger keine Hinweise auf eine degenerative Vorschädigung der Wirbelsäule ergäben, spreche für die Unfallgenese des Bandscheibenschadens. Der Einwand, dass beim Kläger laut Befund der magnetresonanztomographischen Untersuchung der LWS aus dem Jahr 2002 ein vorbestehender M. Scheuermann vorgelegen habe, könne widerlegt werden. Diese Diagnose sei schlicht falsch. Die beschriebenen Veränderungen entsprächen lediglich einer Chorda-Rückbildungsstörung ohne Krankheitswert. Diese magnetresonanztomographische Untersuchung habe aber nicht nur den Bandscheibenvorfall nachgewiesen, sondern gleichzeitig den Beweis erbracht, dass die Degeneration der betroffenen Bandscheibe L5/S1 noch nicht über Jahre bestanden haben könne, da für eine länger bestehende Degeneration entsprechende zugehörige reaktive Degenerationszeichen an den End- oder Abschlussplatten des fünften Lendenwirbelkörpers beziehungsweise ersten Sakralwirbels fehlten.

Hierzu hat die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme des Arztes für Chirurgie/Orthopädie und spezielle Unfallchirurgie Dr. St. vom 20.01.2008 vorgelegt. Dieser hat ausgeführt, Bandscheibenveränderungen führten sofort zu heftigsten Beschwerden, welche hier in der erforderlichen Weise nicht vorgelegen hätten. Bei einem frischen Bandscheibenvorfall seien auch die damit verbundenen Beschwerden so erheblich, dass die Arbeit unmittelbar eingestellt werde. Bei einem schleichenden Verlauf könne von einem unfallbedingten Bandscheibenvorfall nicht ausgegangen werden. Es sei dann von einem regelhaften biologischen Prozess auszugehen, in dessen Ablauf lediglich ein Unfallereignis zwischengeschaltet sei, das aber nicht die Ursache des Beschwerdebildes sei. Des Weiteren sei die Annahme des Dr. F., dass die Leistungen als Tennissportler mit einer Vorschädigung der Bandscheiben nicht möglich gewesen seien, nicht zu halten. Gerade im Leistungssport fänden sich bei jungen Leuten schon Weichteil- und knöcherne Veränderungen, welche erhebliche Degenerationen aufwiesen. Ergänzend hat die Beklagte ausgeführt, aus dem Bericht von Dr. R. vom 13.03.2002 ergebe sich, dass der Kläger im Rahmen der Untersuchung den Verlauf seiner Beschwerden selbst so dargestellt habe, dass nach dem Unfall noch keine Beschwerden bestanden hätten und daher auch keine Aufnahmen der LWS angefertigt worden seien. Erst im Oktober 2001 sei dann eine zunehmende Lumbagosymptomatik und seit Dezember 2001 akute Lumboschmerzen links aufgetreten. Ein zeitlicher Abstand von mindestens vier Monaten genüge nach den in der Fachliteratur geforderten Kriterien für die Annahme eines traumatisch verursachten Bandscheibenvorfalles zur Bejahung des ursächlichen Zusammenhangs nicht. Dies gelte umso mehr, als dass die kernspintomographische Untersuchung der LWS am 11.02.2002 keine Anzeichen für die zu fordernden Begleitverletzungen erwiesen habe, um einen ursächlichen Zusammenhang begründen zu können.

Hierzu hat der Kläger ausgeführt, er beantrage die Einholung eines biomechanischen Gutachtens zum Nachweis der Belastungen der Wirbelsäule und des craniozervikalen Übergangs anlässlich des Tennisspiels und zum Nachweis der Belastungen anlässlich des Arbeitsunfalls. Das Ergebnis einer solchen Begutachtung würde zeigen, dass er keinen schleichenden Bandscheibenvorfall vor dem Unfall gehabt habe, er nur ohne eine solche Vorschädigung in der Lage gewesen sei, Leistungs- und Tennissport auszuführen, und der Unfall für die eingetretenen Verletzungen und Beschwerden ursächlich gewesen sei. Ferner beantrage er die Ergänzung des Gutachtens des Dr. F. nach Durchführung einer erneuten magnetresonanztomographischen Untersuchung des oberen Sprunggelenks und der Fußwurzel zur Objektivierung einer verminderten Belastbarkeit. Außerdem beantrage er die Anhörung des Dr. F. in der mündlichen Verhandlung. Hierzu hat der Kläger einen Fragekatalog vorgelegt. Ferner hat der Kläger ausgeführt, die generelle Forderung eines individuellen Nachweises eines strukturellen Primärschadens im Rahmen eines Gutachtens bei HWS-Beschleunigungstraumata sei absurd.

Der Senat hat von Amts wegen die ergänzende gutachtliche Stellungnahme von Dr. F. vom 27.08.2008 eingeholt. Dieser hat ausgeführt, eine plausible konkurrierende Kausalität könne Dr. St. nicht aufbieten. Falls immer noch Zweifel am Vorliegen einer funktionellen Kopfgelenksstörung bestünden, biete sich auch jetzt noch eine manualdiagnostische Abklärung durch einen versierten Manualdiagnostiker und Therapeuten an.

Die Beklagte hat die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. St. vom 22.09.2008 vorgelegt. Er hat nochmals auf die Latenz von über einem halben Jahr zwischen Unfallereignis und Auftreten der Beschwerden hingewiesen. Auch eine nochmalige kernspintomographische Untersuchung oder eine manualtherapeutische Beurteilung ändere nichts an der Tatsache, dass der zeitliche Zusammenhang fehle. Auch das vom Kläger beantragte biomechanische Gutachten würde keine weiteren Erkenntnisse bringen. Ein unfallbedingter Bandscheibenvorfall beziehungsweise eine unfallbedingte funktionelle Kopf-Hals-Gelenksstörung hätte unfallnah Beschwerden auslösen müssen. Der jetzige Zusammenhang sei völlig spekulativ.

Hierzu hat der Kläger die Ansicht vertreten, die beratungsärztlichen Stellungnahmen des Dr. St. seien nicht verwertbar, da in rechtswidriger Weise eingeholt. Ergänzend wird ausgeführt, es entspreche nicht dem Stand der Wissenschaft, dass unfallbedingte Bandscheibenverletzungen stets mit begleitenden knöchernen oder Bandverletzungen aufträten und dass beim traumatischen Bandscheibenvorfall aufgrund der erforderlichen Krafteinwirkung und Begleitverletzungen immer eine sofortige starke lokale Schmerzsymptomatik auftrete. Dies gelte insbesondere dann nicht, wenn zusätzliche Verletzungen aufträten, die gegenüber dem Schmerz aus dem Bandscheibenvorfall deutlich dominierten.

Die Beklagte hat die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. St. vom 29.11.2008 vorgelegt. Dort wird nochmals darauf hingewiesen, dass im Durchgangsarztbericht vom Unfalltag die Wirbelsäule als nicht klopfschmerzhaft angegeben worden sei und sonstige Beschwerden, die auf einen akuten Bandscheibenvorfall hinweisen würden, nicht angegeben worden seien. Wegen der Latenz von einem halben Jahr bis zur Angabe von Beschwerden könne absolut nicht diskutiert werden, dass hier Beschwerden im zeitlichen Zusammenhang oder zeitnah aufgetreten seien.

Hierzu hat der Kläger ausgeführt, die ersten Untersuchungen nach dem Unfall seien nicht mit dem Ziel durchgeführt worden, eine abschließende und damit vollständige Diagnose der Unfallverletzungen zu erstellen. Vielmehr seien die Untersuchungen als "Therapeut" für die Prüfung erfolgt, welche Therapie für den Patienten erforderlich und notwendig sei. Damit sei die Angabe einer Diagnose nur von untergeordneter Bedeutung. Somit könne das Ergebnis dieser Untersuchungen nur als eines unter mehreren Indizien für den Zustand des Geschädigten nach dem Unfall herangezogen werden. Wie wenig sorgfältig die Untersuchungen der Unfallfolgen im Kreiskrankenhaus B. durchgeführt worden seien, zeige schon der Umstand, dass dort bereits die Örtlichkeit der Innenknöchelfraktur verwechselt worden sei. Da im Kreiskrankenhaus B. und auch die nachfolgenden behandelnden Ärzte es nicht für erforderlich erachtet hätten, das Ausmaß der Verletzungen durch radiologische Untersuchungen aufzuklären, sei der tatsächliche Umfang der Verletzungen, insbesondere die relativ einfach festzustellende Ruptur des Deltabandes, erst drei Monate nach dem Unfallereignis festgestellt worden. Auch habe er gegenüber Dr. M. bereits im Juli 2001 über Rückenbeschwerden geklagt. Erst, nachdem er das linke Bein wieder habe belasten können, habe er eine Verstärkung der Rückenschmerzen bemerkt und dies den behandelnden Ärzten angezeigt.

Der Senat hat die bislang im Rahmen des vom Kläger gegen den Unfallgegner und dessen Versicherung angestrebten Zivilprozess beim Landgericht H. angefallenen Akten (Aktenzeichen 4 O 89/07 Ri) beigezogen. Aktenkundig ist insbesondere das von der T.-T.-V. eingeholte orthopädische Hauptgutachten des Prof. Dr. F., Lehrstuhl für Orthopädie mit orthopädischer Chirurgie an der F.-A.-Universität E., vom 22.10.2003 nebst neurologischem Zusatzgutachten des Prof. Dr. N., Direktor der Neurologischen Klinik mit Poliklinik des Universitätsklinikums E., vom 30.01.2004, elektrophysiologischem Zusatzgutachten vom 30.01.2004 und SEP-Zusatzgutachten vom 16.02.2004 des Facharztes für Neurologie PD Dr. H. ... Prof. Dr. N. führte in seinem neurologischen Zusatzgutachten aus, der Kläger habe im Rahmen des Unfalls eine Schädigung des N. cutaneus surae lateralis erlitten, die zu einer dauerhaften Hypästhesie und -algiesie in einer circa sieben Zentimeter großen Region am linken Unterschenkel lateral unterhalb des Knies geführt habe. Darüber hinaus seien keine neurologischen Folgeschäden nachweisbar. Insbesondere sei weder klinisch noch elektrophysiologisch eine Schädigung der Wurzeln L5 oder S1 links vorhanden. Die Hypästhesie am linken Unterschenkel bedinge keine nennenswerte MdE. Der kernspintomographisch nachgewiesene Bandscheibenvorfall L5/S1 mit Kontakt zur Wurzel S1 habe somit keinerlei neurologische Folgeschäden bewirkt und sei somit allenfalls aus orthopädischer Sicht in die Beurteilung mit einzubeziehen. PD Dr. H. führte in seinem elektrophysiologischen Zusatzgutachten aus, sämtliche neurografischen Parameter seien unauffällig. In seinem SEP-Zusatzgutachten führte er aus, alle gemessenen Latenzen und Amplituden seien absolut und seitengleich normwertig gewesen. Beschrieben wird lediglich ein Potenzial in Höhe des zweiten Halswirbelkörpers nach Stimulation links, auf Grund von Artefakten nicht sicher abgrenzbar. Die abgeleiteten Potenziale zeigten einen Normalbefund der somatosensibel evozierten Potenziale nach Stimulation des N. tibialis beidseits. Unauffällige somatosensibel evozierte Potenziale schlossen eine Sensibilitätsstörung aber nicht vollständig aus. Prof. Dr. F. gelangte in seinem orthopädischen Gutachten zu der Einschätzung, mit den in der Orthopädie üblichen Untersuchungsmethoden hätten sich beim Kläger eine diskrete Schwellung ohne Funktionseinschränkung im Bereich des linken Sprunggelenks nach radiologisch vollständig konsolidierter Innenknöchelfraktur links sowie eine folgenlos, ohne klinisch nachweisbare Instabilität abgeheilte Distorsion der medialen und lateralen Bänder des linken Sprunggelenks als Folge des Unfalls feststellen lassen. Diese Verletzung bedinge zum Untersuchungszeitpunkt keine messbare MdE. Die zusätzlich bei dem Unfall erlittenen Hautverletzungen seien ohne Funktionseinschränkungen folgenlos ausgeheilt und bedingten ebenfalls keine MdE. Die im Rahmen des neurologischen Zusatzgutachtens genau beschriebenen Unfallfolgen bedingten sowohl orthopädischerseits wie auch neurologischerseits keine messbare MdE. Der Bandscheibenvorfall L5/S1 sei nicht unfallbedingt eingetreten. Da der Kläger bei dem Unfall angeschnallt gewesen sei, sei eine Beugung der Wirbelsäule mit erheblicher Krafteinwirkung sowie eine Verdrehung des Rumpfes eher unwahrscheinlich. Auch in unmittelbarem zeitlichen Anschluss an das Unfallereignis habe keine Ausbildung von deutlichen, für einen Bandscheibenvorfall typischen Symptomen, wie beispielsweise Wurzelreizsyndrome, Ischialgie oder Lähmungen der sensiblen oder motorischen Nerven, medizinisch festgestellt werden können. Insbesondere im Rahmen des neurologischen Zusatzgutachtens habe belegt werden können, dass der kernspintomographisch nachweisbare Bandscheibenvorfall L5/S1 mit Kontakt zur Wurzel S1 keinerlei neurologische Folgeschäden bewirke. Sowohl kernspintomographisch als auch nativradiologisch fänden sich bereits zusätzlich degenerative Veränderungen im Bereich der LWS, die nicht innerhalb der kurzen Zeit nach dem Unfall entstanden sein könnten. Zudem sei der Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 ohne jede klinische Bedeutung. Ebenfalls aktenkundig sind der Arztbrief des Dr. K. vom 02.05.2006 und der Bericht des Dr. M. vom 01.04.2003 sowie das Vorerkrankungsregister der B. Ersatzkasse.

Der Kläger hat zuletzt das für das Landgericht H. erstellte technische Gutachten des Dipl. Ing. B. vom 10.03.2009 vorgelegt. Danach betrug bei dem Verkehrsunfall des Klägers die Kollisionsgeschwindigkeit zwischen 40 und 50 km/h, die Geschwindigkeitsänderung des klägerischen Fahrzeugs zwischen 50 und 63 km/h bei einer mittleren Verzögerung zwischen 170 und 185 m/s², betrug bei dem Zusammenstoß die Überdeckung der beiden Fahrzeuge ca. 70 % der Fahrzeugbreite links versetzt sowie die Stoßrichtung auf das klägerische Fahrzeug ca. 15&61616; nach rechts gerichtet entgegen der Fahrtrichtung des Klägers. Außerdem hat der Kläger eine Bilddokumentation über sein beschädigtes Fahrzeug vorgelegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung ist unbegründet.

Der Kläger hat aus Anlass des Unfalls vom 21.06.2001 weder einen Anspruch auf Feststellung weiterer Unfallfolgen noch auf Gewährung einer Verletztenrente.

Rechtsgrundlage sind die §§ 7, 8 und 56 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII).

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente (§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII), das heißt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (§ 7 Abs. 1 SGB VII). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen (§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII).

Aus diesen gesetzlichen Vorgaben hat die Rechtsprechung (zuletzt in BSG, Urteil vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R) die folgenden Grundsätze entwickelt:

Für die Feststellung eines Arbeitsunfalls ist erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer beziehungsweise sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem Unfallereignis als einem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkendem Ereignis geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität). Für die Gewährung einer Verletztenrente ist das Entstehen längerandauernder Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) und eine hierdurch bedingte MdE um mindestens 20 v. H. erforderlich.

Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Art und das Ausmaß des Unfallereignisses, der Gesundheitserstschaden und die hierdurch verursachten längerandauernden Unfallfolgen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Lässt sich ein Nachweis nicht führen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten.

Für die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität, welche nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen sind, ist grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht, so dass auf diesen Grad der Wahrscheinlichkeit vernünftiger Weise die Entscheidung gestützt werden kann und ernste Zweifel ausscheiden. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Dies schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand ist die Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Aussage, der Versicherte sei so geschützt, wie er die Arbeit antritt, ist ebenfalls diesem Verhältnis von individueller Bewertung auf objektiver, wissenschaftlicher Grundlage zuzuordnen: Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat anhand des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes.

Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs beziehungsweise Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Wenn es mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen gibt, ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere/n Ursache/n keine überragende Bedeutung hat/haben. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur diese Ursache/n "wesentlich" und damit Ursache/n im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Ist die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen, so ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte.

Bei dieser Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. Dass der Begriff der Gelegenheitsursache durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist, berechtigt jedoch nicht zu dem Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne Weiteres zu unterstellen ist. Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache beziehungsweise dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens - aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war -, weiterhin Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein.

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung gegebenenfalls in einem oder mehreren Schritten zu prüfende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Dies wird häufig bei einem klar erkennbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, vor allem wenn es keine feststellbare

konkurrierende Ursache gibt, kein Problem sein. Aber es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache das angeschuldigte Ereignis eine Ursache ist oder die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellte versicherte Ursache im naturwissenschaftlichen Sinn automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Senat zur der Auffassung gelangt, dass der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung weiterer Unfallfolgen aus Anlass des Unfalls vom 21.06.2001 hat.

Auf neurologischem Fachgebiet liegen beim Kläger als dauerhafte Unfallfolgen eine Sensibilitätsstörung an der Außenseite des Knies links und am oberen äußeren Unterschenkel links in Folge der unfallbedingten Schädigung des N. femoralis links vor. Diesbezüglich stützt sich der Senat auf die neurologischen Gutachten des Dr. G. vom 19.11.2001 und des Dr. B. vom 19.12.2006. Auf orthopädischem Fachgebiet liegen beim Kläger als dauerhafte Unfallfolgen ein unter geringer Verschiebung knöchern verheilte Innenknöchelspitzenabriss links, eine geringe Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk links, eine geringe Muskelminderung am linken Bein und eine Schwellneigung der Knöchelgabel vor. Diesbezüglich stützt sich der Senat auf das Gutachten des Dr. B. vom 21.11.2001. Diese Schäden hat die Beklagte in ihrem Bescheid vom 21.12.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.05.2002 als Unfallfolgen festgestellt.

Weitere Unfallfolgen auf neurologischem oder orthopädischem Fachgebiet liegen nicht vor.

Ein unfallursächliches Schädel-Hirn-Trauma mit hieraus bedingten Dauerfolgen ist nicht festzustellen. Die im Kreiskrankenhaus B. durchgeführte Röntgenuntersuchung des Schädels war unauffällig. Auch hat Dr. B. darauf hingewiesen, dass sich aus den nach dem Unfall durchgeführten elektroenzephalographischen Untersuchungen keine Hinweise für eine stattgehabte traumatische Hirnschädigung ergeben haben. Deswegen ist dem Sachverständigen darin zu folgen, dass unfallbedingt allenfalls eine Schädelprellung vorgelegen hat, der nur die anfänglich aufgetretenen Kopfschmerzen zugerechnet werden können, nicht aber die immer noch, also mehrere Jahre nach dem Unfall, auftretenden leichten episodischen Spannungskopfschmerzen.

Auch sind ein Bandscheibenvorfall L5/S1 mit Kompression der linken S1-Wurzel sowie eine chronische Schmerzerkrankung der LWS nicht als weitere Folge des Arbeitsunfalls festzustellen. Die Bandscheibenproblematik in Form der erstmals im Befundbericht der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. F./Dr. B. vom 11.02.2002 beschriebenen Gesundheitsschäden, also der kleine links-medio-laterale Prolaps der fünften lumbalen Bandscheibe (BS) mit Kontakt zur Wurzel S1 links und die ältere, geglättete Schmorl'sche Impression der Grundplatte L2, kann nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Es spricht nicht mehr für als gegen einen solchen Kausalzusammenhang. Insoweit hat Dr. B. zutreffend darauf hingewiesen, dass bei einem traumatischen Bandscheibenvorfall Schmerzen sofort und nicht mit einer Latenz von mehreren Monaten nach dem Unfall auftreten. Nach der Aktenlage wurden bis in die LWS einstrahlende Schmerzen jedoch erstmals im November 2001 und mithin rund fünf Monate nach dem Unfallereignis gegenüber Dr. G. angegeben. Am Unfalltag hatte aber Dr. Sch. die Wirbelsäule als nicht klopfschmerzhaft beschrieben. Der Senat folgt auch der Einschätzung des Dr. B., dass es nach der herrschenden medizinischen Lehrmeinung isolierte traumatische Bandscheibenvorfälle grundsätzlich nicht gibt. Traumatische Bandscheibenvorfälle treten demnach vielmehr als Begleitverletzung von knöchernen oder ligamentären Wirbelsäulenverletzungen auf (SchönB./Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, 8.3.2.6.2, S. 527 und 8.3.2.6.3, S. 529). Entsprechende Hinweise für eine knöcherne oder ligamentäre Verletzung haben sich aber bei den kernspintomographischen Untersuchungen der LWS im Februar 2002, August 2004 und Mai 2006 nicht ergeben. Insoweit verweist der Senat auf die Arztbriefe der Gemeinschaftspraxen Dr. F./Dr. B. vom 11.02.2002 sowie Dr. K/Dr. F u. a. vom 18.08.2004, 20.08.2004 und 11.05.2006.

Entgegen der Ansicht des Klägers ist auch eine chronische Schmerzerkrankung der HWS nicht auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Im HWS-Bereich liegen keine Unfallfolgen vor. Denn eindeutige Beschwerden, die auf eine solche Verletzung schließen lassen, sind in den Berichten des Kreiskrankenhauses B. vom 21.06.2001 und 04.07.2001 nicht beschrieben worden. Eine Fraktur an der HWS ist röntgenologisch ausgeschlossen worden. Auch sind in den Befundberichten des Dr. J. vom 27.09.2001, 28.11.2001 sowie 21.12.2001 und des Dr. M. vom 20.07.2001, 10.09.2001 sowie 27.09.2001 keine Nackenbeschwerden erwähnt. Es gibt also keine objektiven Befunde, wie beispielsweise Beweglichkeitseinschränkungen der HWS, Druckschmerz, verspannte paravertebrale Muskulatur oder Ähnliches, die eine unfallbedingte HWS-Distorsion belegen könnten. Auch Dr. B. hat bei seiner neurologischen Untersuchung keine Hinweise für eine zervikale Wurzelläsion oder eine zervikale Myelopathie gefunden. Des Weiteren hat sich ausweislich des Arztbriefs der Gemeinschaftspraxis Dr. K/Dr. F u. a. vom 18.08.2004 bei der kernspintomographischen Untersuchung der HWS im August 2004 nur eine muskuläre Fehlhaltung im mittleren HWS-Bereich gezeigt. Es spricht daher nicht mehr für als gegen einen Kausalzusammenhang zwischen Unfallereignis und einem wie auch immer gearteten Schaden der HWS. Ergänzend weist der Senat auf die zutreffende Beurteilung des Dr. B. hin, wonach eine leichte unfallbedingte HWS-Distorsion ohne strukturelle Verletzung der HWS - wenn man eine solche Verletzung allein unter Zugrundelegung der Beschwerdeangaben des Klägers annehmen wolle - normalerweise innerhalb von Wochen bis maximal drei Monaten folgenlos ausheilt (Schönberger./Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, 8.3.4.5, S. 562). Jetzt noch bestehende Nackenschmerzen können daher nicht auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Im Übrigen hat Dr. B. bei der von ihm durchgeführten Ultraschalluntersuchung der hirnzuführenden Gefäße und der intrakraniellen Gefäße keine Hinweise für eine traumatische Gefäßschädigung gefunden.

Weitere Folgen des Arbeitsunfalls ergeben sich auch nicht aus dem Gutachten des Dr. F. vom 03.11.2007. Dessen Einschätzung, als weitere Unfallfolgen lägen eine Funktionsstörung der oberen HWS, also der Kopf-/Halsgelenke, die die Segmente C0/C1 bis einschließlich C2/3 umfassten, im Sinne einer neuro-muskulären und nozizeptiven Störung, sowie ein Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 mit morphologisch sichtbarer Irritation der linken S1-Wurzel vor, folgt der Senat nicht. Das Argument dieses Sachverständigen, die erfolgreiche Tenniskarriere des Klägers wäre mit einer vorbestehenden funktionellen Kopfgelenksstörung völlig unmöglich gewesen und andere konkurrierende Ursachen als Auslöser seien nicht bekannt, überzeugt nicht. Denn es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls - wie oben bereits dargelegt - keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache das angeschuldigte Ereignis eine Ursache im Sinne einer *conditio sine qua non*, geschweige denn eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde. Auch genügt es nicht, - so wie es aber Dr. F. getan hat - eine allgemeine Verursachungsmöglichkeit zu beschreiben. Indem er ausgeführt hat, die in den Hinterkopf beziehungsweise besonders in die Arme ausstrahlenden Schmerzen nach einer HWS-Beschleunigungsverletzung seien kausal durch eine supramaximale exzentrische Muskelkontraktion induziert worden, welche vom Schweregrad unterhalb der Verletzung einer Muskelzerrung oder eines Muskelfaserrisses liege, hat er lediglich einen von ihm angenommenen Kausalverlauf

beschrieben, welcher sich aber weder aus dem umfangreichen Aktenmaterial ergibt, noch von der herrschenden wissenschaftlichen Literatur so anerkannt wird. Dasselbe gilt für den Bandscheibenschaden L5/S1. Denn auch in diesem Zusammenhang hat Dr. F. seine Beurteilung des Kausalverlaufs darauf aufgebaut, dass sich beim Kläger keine Hinweise auf eine degenerative Vorschädigung der Wirbelsäule ergäben. Auch hier schließt der Sachverständige von einer fehlenden Vorschädigung auf einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis, was dem Sozialrecht jedoch - wie oben bereits dargelegt - fremd ist. Der Senat folgt daher den Ausführungen des Dr. St. in dessen beratungsärztlichen Stellungnahmen vom 20.01.2008, 22.09.2008 und 29.11.2008, in denen die Schwächen des Gutachtens des Dr. F. für den Senat nachvollziehbar aufgezeigt worden sind. Daher war auch der auf die Feststellung multisensorischer und neurootologischer Funktionsstörungen, einer zentralen Gleichgewichtsfunktionsstörung vom Typ der labilen Hirnstammthemmung, einer zentralen Reaktionsenthemmung des optokinetischen Systems, eines zerviko-enzephalen Syndroms sowie eines zerviko-brachialen Schmerzsyndroms als weitere Unfallfolgen abzulehnen.

Entgegen der Ansicht des Klägers hält es der Senat für zulässig, dass sich die Beklagte zu medizinischen Gesichtspunkten der Hilfe beratender Ärzte bedient. Einer Verwertung der beratungsärztlichen Stellungnahmen des Dr. St. steht somit nichts im Wege. Der Senat konnte die genannten Stellungnahmen prozessual als qualifizierten Parteivortrag verwerten, ohne gegen die Vorschriften des [§ 200 Abs. 2 SGG](#) VII und des [§ 76 Abs. 2](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) zu verstoßen. Es handelt sich bei diesen Stellungnahmen nicht um "Gutachten" im Sinne des [§ 200 Abs. 2 SGB VII](#), da sie sich im Wesentlichen mit dem von Dr. F. eingeholten Gerichtsgutachten und seiner ergänzenden Stellungnahme auseinander setzen. Selbst wenn man jedoch die Auffassung vertreten wollte, Dr. St. habe sich nicht lediglich mit der Schlüssigkeit, Überzeugungskraft und Beurteilungsgrundlage des Gutachtens des Dr. F. auseinander gesetzt, sondern eine eigenständige Bewertung der entscheidungserheblichen Tatsachenfragen vorgenommen, stünde dies der Verwertung der Äußerungen von Dr. St. nicht entgegen. Denn jedenfalls ist der genannte Arzt nicht als externer Gutachter, sondern als "Teil der Beklagten" tätig geworden. Zwar stand er zu dieser nicht in einem Beschäftigungsverhältnis im Sinne des [§ 7](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV), jedoch wurde er aufgrund des von der Beklagten vorgelegten Vertrags vom 12.02.2007 über seine Tätigkeit als beratender Arzt der Bezirksverwaltung ständig als (freier) Mitarbeiter der Beklagten tätig. Diese Rechtsbeziehung reicht aus, um ein internes Tätigwerden innerhalb der Organisation der Beklagten zu bejahen (BSG vom 05.02.2008 - [B 2 U 8/07](#) - Rz. 40, 41 und 44 = [SozR 4 - 2700 § 200 Nr. 1](#)).

Dass weitere Unfallfolgen nicht festzustellen sind, ergibt sich auch daraus, dass Prof. Dr. F. und Prof. Dr. N. in ihren für die T.-Versicherungen erstellten Gutachten vom 22.10.2003 und 30.01.2004 mit überzeugender Argumentation Wirbelsäulenschäden nicht auf den Unfall zurückgeführt haben.

Im Übrigen weist der Senat darauf hin, dass auch dem Antrag, eine chronische Schädigung des Sprunggelenks als weitere Unfallfolge festzustellen, der Erfolg versagt bleiben musste, da die Beklagte bereits in ihrem Bescheid vom 21.12.2001 einen unter geringer Verschiebung knöchern verheilten Innenknöchelspitzabriss und eine Deltabandläsion, eine Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk, eine leichte Muskelminderung, Sensibilitätsstörungen im Bereich des Kniegelenks sowie eine Schwellneigung im Bereich der Knöchelgabel als Unfallfolgen anerkannt hat und hiervon die geltend gemachte chronische Schädigung des Sprunggelenks umfasst ist.

Demgemäß hat der Kläger auch keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente.

Die MdE auf neurologischem Fachgebiet beträgt aufgrund der Sensibilitätsstörung am seitlichen Kniegelenk links unter 10 v. H. Diesbezüglich stützt sich der Senat auf die neurologischen Gutachten des Dr. G. vom 19.11.2001 und des Dr. B. vom 19.12.2006. Die MdE auf orthopädischem Fachgebiet beträgt aufgrund der nur geringen Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk links, nur geringen Muskelminderung am linken Bein und der Schwellneigung der Knöchelgabel unter 10 v. H. Insoweit stützt sich der Senat auf das Gutachten des Dr. B. vom 21.11.2001. Der Senat hat unter Berücksichtigung der unfallmedizinischen Fachliteratur und auch der für die T.-Versicherungen erstellten Gutachten des Prof. Dr. F. und Prof. Dr. N. vom 22.10.2003 und 30.01.2004 keine Zweifel an der Richtigkeit dieser Einschätzungen.

Den in der mündlichen Verhandlung gestellten Hilfsanträgen auf die Einholung weiterer Gutachten war nicht stattzugeben. Der Senat vermochte keine Notwendigkeit zu erkennen, weitere Gutachten von Amts wegen einzuholen, da der entscheidungserhebliche Sachverhalt hinreichend geklärt ist. Ein weiteres orthopädisches Gutachten war entbehrlich im Hinblick auf die im Tatbestand aufgeführten zahlreichen Behandlungsberichte, insbesondere aus der Zeit unmittelbar nach dem Unfallereignis, und das den Senat überzeugende Gutachten des Sachverständigen Dr. B. vom 21.11.2001. Auf neurologischem Gebiet ist der Sachverhalt durch die Gutachten des Dr. G. vom 19.11.2001 und des Dr. B. vom 19.12.2006 ebenfalls geklärt. Der Einholung eines zusätzlichen neurootologischen Gutachtens bedurfte es nicht. Soweit der Kläger dies für notwendig hält, um des Vorliegen einer "zentralen Reaktionsenthemmung des optokinetischen Systems" und einer "zentralen Gleichgewichtsfunktionsstörung vom Typ der labilen Hirnstammthemmung" nachzuweisen, handelt es sich um Begriffe, die der herrschenden medizinischen Lehrmeinung fremd sind, die auch keinen Eingang in die Diagnoseschlüssel ICD 10 und DSM IV gefunden haben und die deshalb außer Betracht bleiben müssen. Ebenso wenig bestand Anlass, von Amts wegen ein radiologisches Gutachten einzuholen, da in Bezug auf die Wirbelsäule mit den Arztbriefen der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. F./Dr. B. vom 11.02.2002 und der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. K/Dr. F u. a. vom 18.08.2004, 20.08.2004, 05.09.2005 und 11.05.2006 sowie dem Gutachten des Dr. F. vom 03.11.2007 für die Kausalitätsbeurteilung ausreichende radiologische Befunde beziehungsweise deren Bewertungen vorliegen. Es bestand auch kein Anlass, ein biomechanisch-technisches Gutachten einzuholen. Zum einen liegt bereits das vom Kläger vorgelegte und vom Senat urkundsbeweislich verwertete Gutachten des Dipl.-Ing. B. vom 10.03.2009 vor. Zum anderen korreliert die Schwere eines Unfallereignisses, insbesondere der sogenannte DeltaV-Wert, nur bedingt mit der Schwere der Unfallverletzungen. Vor allem aber können entsprechende Feststellungen zum Unfallhergang nicht den im Sinne des Vollbeweises zu erbringenden Nachweis eines bei dem Unfall erlittenen Primärschadens ersetzen. Hierzu kann ein Kfz-Sachverständiger keine Aussagen machen. Dem Antrag, Dr. F. in die Sitzung zu laden, war nicht stattzugeben, weil sich dieser bereits unter dem 27.08.2008 umfassend zu den Einwendungen von Dr. St. gegen sein Gutachten vom 03.11.2007 und zu den vom Kläger in seinem Schriftsatz vom 30.05.2008 aufgeworfenen Fragen geäußert hat. Der erst in der mündlichen Verhandlung vom 26.03.2009 wiederholte Antrag, Dr. F. in die mündliche Verhandlung zu laden, war jedenfalls verspätet. Ein solcher Antrag muss nämlich, auch wenn [§ 411 Abs. 4 Satz 2, Halbsatz 2](#) Zivilprozessordnung (ZPO) in der Sozialgerichtsbarkeit nicht gilt, rechtzeitig vor der mündlichen Verhandlung gestellt werden, damit der Sachverständige geladen und eine Vertagung vermieden werden kann (BSG, Urteil vom 12.04.2000 - [B 9 VS 2/99 R](#) = [SozR 3 - 1750 § 411 Nr. 1](#)).

Auch die Hilfsanträge des Klägers, gemäß [§ 109 SGG](#) weitere Gutachten einzuholen, waren abzulehnen. Soweit der Kläger beantragt hat,

nach dieser Vorschrift ein biomechanisch-technisches Gutachten von Dipl.-Ing. B. einzuholen, besteht ein Antragsrecht schon deshalb nicht, weil danach lediglich die gutachtliche Anhörung eines Arztes beansprucht werden kann und nicht diejenige eines Kfz-Sachverständigen. Soweit der Kläger beantragt hat, Dr. P., Dr. Sch. und nochmals Dr. F. gemäß [§ 109 SGG](#) gutachtlich zu hören, ist sein Antragsrecht gemäß [§ 109 SGG](#) verbraucht. Dr. F. hat sich nämlich in seinem Gutachten sowie in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 27.08.2008 auch mit chirurgisch-orthopädischen Grundsätzen und umfassend mit der Frage eines traumatisch induzierten zerviko-enzephalen Syndroms auseinander gesetzt.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-04-20