

## L 6 U 5232/06

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Heilbronn (BWB)  
Aktenzeichen  
S 2 U 1611/02  
Datum  
23.05.2006  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 6 U 5232/06  
Datum  
10.12.2009  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts H. vom 23.05.2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin erstrebt die unbefristete Weitergewährung der ihr befristet bewilligten Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 20 vom Hundert (v. H.).

Die im Jahr 1971 geborene Klägerin brach 1995 ein Sozialpädagogikstudium ab und nahm in der Folgezeit eine Ausbildung zur Industriekauffrau auf, die sie im Jahre 1998 erfolgreich beendete.

Ab dem 08.06.1998 war bei der Klägerin wegen einer Angstneurose mit Essstörungen und Kopfschmerzen ein Grad der Behinderung (GdB) von 30 festgestellt (Bescheid des Versorgungsamts H. vom 04.12.1998 und Widerspruchsbescheid des Landesversorgungsamts B.-W. vom 06.07.1999); dem lagen unter anderem Befundberichte und Arztbriefe des Neurologen und Psychiaters Dr. G. vom 12.02. und 03.09.1998 (Spannungskopfschmerz, Migräneattacken, seit zehn Jahren bestehende Bulimie, soziale Phobien mit verminderter psychischer Belastbarkeit und Einschränkung im Sozialverhalten) und der Allgemeinmedizinerin Dr. B. vom 11.10.1998 (Migräne, Kopfschmerzen, Psychose, Depression und Bulimie; äußerst labile und kaum belastbare sehr selbstunsichere Persönlichkeit mit starken Ängsten und hierdurch immer wieder ausgelösten Arbeitsunfähigkeitszeiten) zu Grunde.

Im Jahre 1999 nahm die Klägerin nach längerer, durch eine Erkrankung ausgelöster Arbeitslosigkeit eine bei der Beklagten versicherte selbstständige Tätigkeit im Einzelhandel (Geschenkboutique "W. D. W.") in M./N. auf. Da der Standort M. nach eigener Einschätzung der Klägerin angesichts der zu geringen Publikumsfrequenz finanziell nicht haltbar war, liefen ab April 2000 Planungen für eine Verlagerung des Geschäfts nach L ... Hierfür nahm sie weitere Existenzförderungsmittel in Anspruch, so dass sich das Volumen ihrer Geschäftskredite nach eigenen Angaben auf ca. DM 100.000 belief.

Am Morgen des 31.05.2000 erlitt die Klägerin auf dem Weg von ihrer Wohnung in K. zu ihrem Ladengeschäft in M. einen Verkehrsunfall. Dabei wurde die Fahrerseite des von ihr geführten VW Golf durch einen Zusammenprall mit einem anderen Fahrzeug eingedrückt und die Klägerin in ihrem Pkw eingeklemmt. Bei dem Unfall zog sie sich im Wesentlichen eine Beckenmehrfragmentfraktur links mit vorderer Acetabulumpfeilerfraktur und zentraler Hüftluxationsfraktur links zu.

Nach am Unfalltage erfolgter Einlieferung wurden die Frakturen am 05.06.2000 in der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Klinikums L. plattenosteosynthetisch versorgt. Nach regelgerechtem Heilverlauf und primärer Wundheilung wurde die Klägerin am 04.07.2000 in die Sch.klinik - Fach- und Rehabilitationsklinik für Orthopädie - Bad K. verlegt. Die Entlassung erfolgte am 22.08.2000 bei noch nicht erreichter Vollbelastung des linken Beines (Bewegungsmaße linkes Hüftgelenk: Flexion/Extension 130-0-0°, Abduktion/Adduktion 30-0-25°, Innenrotation unauffällig, Außenrotation ab 20° eingeschränkt auf Grund bestehender Schmerzen) mit dem Hinweis auf von der Klägerin angegebene Schmerzen im Bereich des Beckens und eines Taubheitsgefühls im linken Oberschenkelbereich. Empfohlen werde eine berufliche Belastungserprobung ab Oktober 2000.

Daraufhin nahm die Klägerin ab Mitte Oktober 2000 eine stufenweise berufliche Wiedereingliederung in ihrem neuen Ladenlokal in L. auf. Nach zunächst täglich zweistündiger Arbeitszeit erfolgte ab Ende Oktober 2000 eine Belastungserhöhung auf täglich vier Stunden. Der ab

Mitte Dezember 2000 unternommene Versuch einer Belastungserhöhung auf täglich sechs Stunden schlug wegen angegebener Schmerzen im linken Hüftgelenk fehl, so dass die tägliche Arbeitszeit wieder auf vier Stunden reduziert wurde. Daraufhin begab sich die Klägerin bei dem Anästhesiologen Dr. Böck in ambulante schmerztherapeutische Behandlung.

Am 14.02.2001 erstattete der Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie L., Prof. Dr. H., der Beklagten einen Zwischenbericht über die von ihm durchgeführte Behandlung. Darin heißt es, es bestehe ein chronischer Schmerz- und Reizzustand sowie eine posttraumatische Arthrose des linken Hüftgelenks, wobei radiologische Kriterien einer beginnenden Hüftkopfnekrose links erkennbar seien. Derzeit sei es nicht vorstellbar, dass die Klägerin für ihre Tätigkeit in der Geschenkboutique vollschichtig arbeitsfähig werde. In dem vom genannten Arzt am selben Tage für die H.-Versicherung erstatteten Gutachten ist darüber hinaus ausgeführt, der Gang der Klägerin auf ebenem Boden sei zuletzt durch ein deutliches Schonhinken links gekennzeichnet gewesen. Es liege eine deutliche Einschränkung der Beweglichkeit im linken Hüftgelenk sowie eine Gefühlsstörung im Versorgungsgebiet des Nervus cutaneus femoris lateralis vor. Unter Einbeziehung der weiteren Unfallfolgen (einliegende Metallimplantate linke Hüfte, Zeichen der posttraumatischen Arthrose im linken Hüftgelenk mit dringendem Verdacht auf beginnende Hüftkopfnekrose und hieraus resultierend chronischer Reizzustand des linken Hüftgelenks mit der Notwendigkeit einer dauernden Schmerztherapie) sei nach der Gliedertaxe eine Bemessung mit voraussichtlich dauernd ein Drittel abzüglich 5 % für einen unfallfremden retropatellaren Knorpelschaden des linken Kniegelenks angemessen.

In der Folgezeit erstattete der Ärztliche Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L., Prof. Dr. W., den Bericht vom 26.04.2001. Darin heißt es, die Beweglichkeit der linken Hüfte sei allenfalls endgradig eingeschränkt und wenig schmerzhaft. Allerdings bestehe eine diffuse Schmerzsymptomatik im Bereich des linken Beckens mit teilweiser Ausstrahlung in den linken Oberschenkel, die nach der schweren, komplexen Beckenfraktur typisch sei. Eine Hüftkopfnekrose lasse sich derzeit nicht beweisen. Hinweise für eine Nervenschädigung ergäben sich nicht. Da die Verläufe nach schweren Beckenverletzungen individuell sehr unterschiedlich seien, sei derzeit nicht endgültig zu sagen, ob die Klägerin wieder vollschichtig arbeitsfähig werde.

Auf einen von der Klägerin gestellten Erhöhungsantrag stellte das Versorgungsamt H. mit Teil-Abhilfe-Bescheid vom 02.05.2001 einen GdB von 50 seit dem 06.09.2000 wegen der Funktionsbeeinträchtigungen Angstneurose mit Essstörungen und Kopfschmerzen, Funktionsbehinderung des linken Kniegelenks, Funktionsbehinderung des linken Hüftgelenks nach Beckenmehrfragmentfraktur und chronisches Schmerzsyndrom fest.

Prof. Dr. H. teilte in seinen nachfolgenden Berichten vom 13.06. und 04.07.2001 mit, bei den regelmäßigen ambulanten Vorstellungen der Klägerin hätten sich keine Besserungen gezeigt. Prof. Dr. W. berichtete nach erneuter Vorstellung der Klägerin unter dem 25.07.2001, die Beweglichkeit im Bereich der linken Hüfte sei in allen Bewegungsebenen frei; es finde sich lediglich eine endgradige Einschränkung im Bereich der Rotation. Es bestehe eine Schmerzproblematik sowie ein Belastungsdefizit. Eine Erklärung der angegebenen Beschwerdesymptomatik lasse sich nicht ableiten. Aus medizinischer Sicht gebe es keine Gründe, warum die Klägerin ihre bisherige Tätigkeit als selbstständige Einzelhandelskauffrau nicht wieder ausüben könne. Nachdem sie aus Existenzangst eine stationäre Heilbehandlung ablehne, werde die Beendigung des medizinischen Heilverfahrens und die Einleitung der Rentenbegutachtung empfohlen.

Nach entsprechender Aufforderung durch die Beklagte erklärte Prof. Dr. H. mit Schreiben vom 14.08.2001 die Klägerin ab dem 24.07.2001 für arbeitsfähig.

Mit Ablauf des 26.08.2001 wurde die Zahlung von Verletztengeld eingestellt. Daraufhin intensivierte die Klägerin ihre Behandlung bei dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. G. wegen einer von diesem diagnostizierten erneuten depressiv-phobischen Dekompensation.

Auf Anforderung der Beklagten erstattete der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. das neurologische Gutachten vom 21.11.2001. Er empfahl die Anerkennung von Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit bis zum 30.11.2001, sowie für die Zeit danach eine MdE um 10 v. H. anzuerkennen. Im Falle der Klägerin bestehe eine zeitlich befristete Verschlimmerung eines vorbestehenden psychischen Leidens. In der daraufhin eingeholten beratungsärztlichen Stellungnahme vom 07.01.2002 vertrat der Neurologe und Psychiater Dr. J. die Auffassung, das Entstehen oder die Verschlimmerung einer psychischen Erkrankung durch den Unfall sei nicht wahrscheinlich. Er empfehle, die MdE und die Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit entsprechend den chirurgisch-orthopädischen Unfallfolgen einzuschätzen.

Im Ersten Rentengutachten des Ärztlichen Direktors der Unfallchirurgischen Abteilung des K.hospitals St., Prof. Dr. H., vom 02.01.2002 heißt es, die Entkleidung der Klägerin an der unteren Extremität sei selbstständig, zielgerichtet und koordiniert erfolgt, das Gangbild sei fließend und von gleicher Schrittlänge. Bei im Übrigen seitengleichen Bewegungsmaßen der Hüftgelenke bestehe links für die Beugung im Gegensatz zu rechts eine Einschränkung um etwa 15° (110 gegenüber 125°). Die Angabe der Klägerin, sie habe ständige Beschwerden im Beckenbereich, stehe nicht in Übereinstimmung mit den Befunden. Die MdE betrage vom 27.08. bis zum 21.11.2001 20 v. H., danach auf Dauer 10 v. H. ...

Mit Bescheid vom 17.04.2002 gewährte die Beklagte der Klägerin für die Zeit vom 27.08. bis zum 21.11.2001 Verletztenrente nach einer MdE um 20 v. H. ... Darüber hinaus liege eine MdE in rentenberechtigendem Grade nicht vor, so dass eine Rente abgelehnt werde. Der Arbeitsunfall habe zu verstärkten psychoreaktiven Folgen und dadurch zu einer zeitlich befristeten Verschlimmerung der bereits vor dem Unfall bestandenen psychischen Störung geführt. Darüber hinaus habe er eine leichte Bewegungseinschränkung im linken Hüftgelenk mit belastungsabhängigen Beschwerden im linken Beckenbereich nach knöchern in achsengerechter Stellung fest verheilten Becken- und Hüftgelenksbrüchen links bei noch reizlos liegendem Knochensynthesematerial hervorgerufen. Die übrigen Beeinträchtigungen ihres Gesundheitszustandes seien von dem Arbeitsunfall unabhängig. Den hiergegen erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 20.06.2002 zurück.

Am 04.07.2002 erhob die Klägerin beim Sozialgericht Heilbronn Klage, mit der sie zuletzt eine unbefristete Weitergewährung von Verletztenrente nach einer MdE um 20 v. H. begehrte.

Mit Verlaufsbericht vom 02.08.2002 teilte die Schmerztherapeutin Dr. E. der Beklagten mit, bei der Klägerin liege ein chronisches Schmerzsyndrom bei Zustand nach Beckentrümmerfraktur in Folge Trauma vor, weshalb eine Schmerztherapie beabsichtigt sei. Als Bewegungsmaße der Hüftgelenke sind rechts Flexion 110°, Extension 0°, Adduktion 45°, Abduktion 60°, Innenrotation 60°, Außenrotation

40° sowie links Flexion 110°, Extension 0°, Adduktion 30°, Abduktion 40°, Innenrotation 45° und Außenrotation 30° aufgeführt. Komplizierte Gangvarianten seien durchführbar.

Mit Bescheid der Bundesversicherungsanstalt für A. vom 21.10.2002 wurde der Klägerin für die Zeit ab dem 01.04.2002 Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit bewilligt. Seitdem steht sie im mehrmals verlängerten Rentenbezug. Ihre Geschenkboutique gab sie im Jahre 2003 auf.

Im Verlaufe des Klageverfahrens legte die Klägerin das weitere von Prof. Dr. H. am 30.04.2003 für die H.-Versicherung erstattete Gutachten vor. Darin sind eine mittelgradige Bewegungseinschränkung des linken Hüftgelenks (Streckung/Beugung rechts 20-0-120°, links 10-0-95°, Abduktion/Adduktion rechts 50-0-30°, links 40-0-20° sowie Innenrotation/Außenrotation bei gebeugtem Hüftgelenk rechts 0-50-30°, links 30-0-20°), eine radiologisch geringe posttraumatische Arthrose, eine Gefühlsstörung im Versorgungsgebiet des Nervus cutaneus femoris lateralis, ein chronischer Reizzustand der linken Hüfte mit chronischem Schmerzsyndrom, eine leichte Knieinstabilität links ohne funktionelle Beeinträchtigung und der Verdacht auf eine psychische Verarbeitungsstörung des Unfalls aufgeführt. Die Minderung der Funktionsfähigkeit des linken Beines liege auf Dauer bei 30 %.

Auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) holte das Sozialgericht das Gutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie, physikalische und rehabilitative Medizin, Chirotherapie, spezielle Schmerztherapie Dr. K. vom 08.02.2004 ein. Darin ist ausgeführt, bei der Klägerin bestehe kein Anhalt für eine aktuelle psychische Erkrankung auch im Sinne einer somatoformen Störung. Vielmehr sei der körperliche Befund reproduzierbar und typisch für eine Funktionsstörung im Bereich der linken Hüfte, die das Beschwerdebild der Klägerin erklären könne. Das An- und Auskleiden im Bereich des linken Beines sei umständlicher als rechts. Es bestehe ein durchgehendes Schonhinken links. Die Hüftgelenksbeweglichkeit links sei insbesondere bei der Innen- und Außenrotation auch passiv eingeschränkt und endgradig schmerzhaft (passive Außenrotation links 20 bis 30°, rechts 40 bis 50°, Innenrotation seitengleich etwa 30 bis 40°). Zusammenfassend bestehe eine Funktionseinschränkung im Bereich der linken Hüfte mit dazu passenden Schmerzangaben und verminderter Belastbarkeit. Die MdE betrage etwa 20 bis 30 v. H.

Darüber hinaus holte das Sozialgericht das orthopädische Sachverständigengutachten des Leiters der Gutachtenambulanz der Stiftung Orthopädische Universitätsklinik H., Prof. Dr. C., vom 26.07.2005 nebst ergänzenden Stellungnahmen vom 24.11.2005 und vom 09.03.2006 ein. Darin wird ein zügiges und raumgreifendes Gangbild zu ebener Erde sowie eine zügige und selbstständige Durchführung des Entkleidens sowie von Lagewechseln auf der Untersuchungsliege beschrieben. Die Bewegungsmaße der Hüftgelenke betragen für Beugung/Streckung links 120-0-0°, rechts 125-0-0°, für die Innendrehung/Außendrehung links 20-0-50° und rechts 40-0-60°, für Ab spreizung/Anspreizung links 50-0-40° und rechts 50-0-40°. Bei der Klägerin bestehe unfallbedingt eine diskrete endgradige Einschränkung der Hüftgelenksbeweglichkeit links nach vollständig und fest konsolidiertem Beckenmehrfragmentbruch links, eine ebenfalls unfallbedingte Gefühlsstörung im Narbenbereich sowie im Bereich der Oberschenkelvorderseite sowie ein unfallunabhängiger Kreuzbeinschiefstand mit nachfolgender rechtskonvexer Lumbalskoliose. Die MdE schätze er auf 10 v. H.

Die Klägerin legte daraufhin Stellungnahmen von Dr. G. vom 06.09.2005 und von Dr. E. vom 12.10.2005 vor. Dr. G. verwies auf eine bei längerer Belastung massive Schmerzsymptomatik hin, die eine MdE um 20 bis 30 v. H. rechtfertige. Darüber hinaus seien die zwischenzeitlich aufgetretenen Lumboischialgien auf die schmerzbedingte Schonhaltung zurückzuführen, so dass eine unfallbedingte Gesamt-MdE um 30 v. H. gerechtfertigt sei. Dr. E. führte aus, bei der Klägerin bestehe eine chronische Schmerzerkrankung bei Zustand nach traumatischer Beckentrümmerfraktur, für die gemeinsam mit der nach dem Unfall aufgetretenen Fehlstatik mit Beckenschiefstand eine MdE um 30 v. H. angemessen sei.

Mit Urteil vom 23.05.2006 wies das Sozialgericht die Klage ab. Nach der übereinstimmenden Beurteilung der Sachverständigen im Verwaltungsverfahren sowie von Prof. Dr. C. bedingten die Unfallfolgen nur noch eine MdE um 10 v. H. Die Einschätzung von Prof. Dr. H. könne nicht zu einem anderen Ergebnis führen, da sich diese auf eine vom Unfallversicherungsrecht abweichende Einstufung im privaten Versicherungsrecht beziehe. Das Gutachten von Prof. Dr. K. beruhe auf nicht objektivierten Angaben der Klägerin und berücksichtige auch nicht, dass übliche Schmerzen in den MdE-Sätzen bereits berücksichtigt seien. Im Übrigen habe er sich hinsichtlich der MdE auch nicht festgelegt. Diese Entscheidung wurde der Klägerin am 02.10.2006 zugestellt.

Am 18.10.2006 hat die Klägerin Berufung eingelegt. Noch im selben Jahre ist das Verbraucherinsolvenzverfahren über ihr Vermögen abgeschlossen worden.

Zur Begründung der Berufung hat sich die Klägerin auf die Einschätzung von Prof. Dr. H. und Dr. K. berufen. Die Einschätzung von Prof. Dr. C. treffe demgegenüber nicht zu. Darüber hinaus habe sich ihre Schmerzsymptomatik verschlechtert. Ihre Medikamentierung sei von bisher 50 mg Valoron morgens und abends auf morgens 100 mg und abends 50 mg dieses Schmerzmittels erhöht worden. Zum Nachweis hat sie das an ihre Prozessbevollmächtigte gerichtete Schreiben von Dr. E.s vom 11.04.2007 vorgelegt. In dem darüber hinaus von der Klägerin eingereichten Bericht des Orthopäden Dr. M. vom 08.01.2008 ist ein flüssiges Gangbild, eine gluteale Insuffizienz mit positivem Trendelenburgzeichen links F/E 100-0-0°, Außenrotation/Innenrotation 40-0-20° sowie Abduktion 40°, ein positives Impingementzeichen und ein schmerzhaftes Psoasschnappen beschrieben. Im darüber hinaus eingereichten Arztbrief des Radiologen Dr. M. vom 08.02.2005 wird bei hinsichtlich des Hüftgelenks im Übrigen unauffälligen Befunden auf eine geringe Coxarthrose links hingewiesen; für eine Femurkopfnekrose bestehe kein Anhalt. Im gleichfalls vorgelegten Arztbrief des Radiologen Dr. W. vom 28.01.2008 wird eine Coxarthrose verneint.

Der Senat hat schriftliche Sachverständigengutachten des Ärztlichen Direktors der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Klinikums L., Prof. Dr. E., vom 12.06.2008 und des Facharztes für Anästhesiologie, spezielle Schmerztherapie und Rehabilitationswesen Prof. (staatl. Univ. S. C. Guat.) Dr. L. (im Folgenden Dr. L.) vom 05.06.09 eingeholt. Prof. Dr. E. hat eine seitengleiche beidseits kräftige Beinmuskulatur mit unauffälligem Kraftgrad erhoben. Das Gangbild sei verlangsamt ausgeführt worden. Beim Treppensteigen sei ein betont verlangsamt Gangbild und die Notwendigkeit, sich am Geländer festzuhalten, demonstriert worden. Die Klägerin sei allerdings in der Lage gewesen, drei Stockwerke aufwärts und ein Stockwerk abwärts zu gehen, ohne Luftnot, Herz- oder Kreislaufprobleme zu entwickeln. Das Aus- und Ankleiden sei im Stehen zügig und selbstständig, ohne Schwierigkeiten oder Schmerzangaben gelungen. Eine Gesundheitsstörung auf psychiatrischem Fachgebiet habe sich nicht feststellen lassen. Insbesondere hätten sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer depressiven Störung, einer chronisch depressiven Verstimmung oder einer

generalisierten Angststörung ergeben. Die Kriterien für die Feststellung einer Somatisierungsstörung oder einer undifferenzierten Somatisierungsstörung, einer somatoformen autonomen Funktionsstörung oder einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien nicht erfüllt. Er empfehle allerdings die Einholung eines schmerztherapeutischen Gutachtens, da die von der Klägerin angegebenen Beschwerden im Wesentlichen ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der linken Hüfte betreffen. Dr. L. hat daraufhin ausgeführt, bei der Klägerin liege ein symmetrisches Gangbild ohne Lähmungs- oder Entlastungshinken in der Ebene und ohne Last vor. Sichtbare Muskelatrophien bestünden nicht. Die Bewegungsmaße der Hüftgelenke betrügen für Extension/Flexion rechts 0-0-130°, links 0-0-120°, für Abduktion/Adduktion rechts 45-0-30°, links 45-0-30° und für Außenrotation/Innenrotation bei um 90° gebeugtem Hüftgelenk rechts 60-0-40° und links 50-0-40°. Die Flexion sei links ab ca. 80° schmerzhaft. Die Rotationsprüfung sei in beide Richtungen schmerzhaft, was aber wesentlich der Prüfmethode bei gebeugtem Hüftgelenk zuzuschreiben sei. Die Klägerin sei bei der Untersuchung kooperativ gewesen und bei der Prüfung der Beweglichkeit der linken Hüfte auch über die Schmerzgrenze hinaus gegangen, wobei vegetative Schmerzreaktionen (Pupillenverengung) erkennbar seien. Es bestehe eine mild ausgeprägte und funktionell nur endgradig bei Hüftflexion relevante Coxarthrose mit einem überdurchschnittlich stark betonten Schmerzempfinden. Diese sei ebenso unfallbedingt wie die Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis. Angesichts der nur endgradigen funktionellen Einschränkung aber bereits bei 80° Flexion einsetzenden Schmerzhemmung sei eine MdE um 30 v. H. anzusetzen. Der Ausfall des Nervus cutaneus femoris lateralis bedinge keine MdE. Der Ruheschmerz erhöhe die Gesamt-MdE nicht.

Die Beklagte hat sich unter Vorlage beratungsärztlicher Stellungnahmen des Neurologen und Psychiaters Dr. Dipl.-Psych. F. sowie des Chirurgen und Orthopäden Dr. M. gegen die Beurteilung durch Dr. L. gewandt. Dr. Dipl.-Psych. F. hat unter dem 29.06.2009 ausgeführt, die von Dr. L. angenommenen Schmerzen seien bislang nicht objektiviert. Darüber hinaus sei bei der Beurteilung eines chronischen Schmerzleidens auch die Person und die Situation der betroffenen Persönlichkeit zu berücksichtigen. Dr. M. hat dargelegt, die dokumentierten Bewegungsmaße rechtfertigten unter Berücksichtigung der beklagten Schmerzsymptomatik eine MdE um maximal 10 v. H.

Die Klägerin beantragt unter Bezugnahme auf das Gutachten von Dr. L.,

das Urteil des Sozialgerichts H. vom 23.05.2006 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 17.04.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.06.2002 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihr über den 21.11.2001 hinaus Verletztenrente in Höhe von 20 v. H. der Vollrente auf unbestimmte Zeit zu gewähren.

Die Beklagte beantragt unter Hinweis auf die beratungsärztlichen Stellungnahmen,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten des Senats und des Sozialgerichts H. sowie die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten und die gleichfalls beigezogenen Akten des Landratsamts H. - Versorgungsamt - aus dem Schwerbehindertenverfahren der Klägerin verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach Abschluss des Verbraucherinsolvenzverfahrens und damit zugleich beendeter Unterbrechung des Verfahrens ([§ 202 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#) i. V. mit [§ 240 Zivilprozessordnung \[ZPO\]](#)) von der Klägerin fortgeführte Berufung ist zulässig, jedoch nicht begründet. Im Ergebnis zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 17.04.2002 und deren Widerspruchsbescheid vom 20.06.2002 sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin daher nicht in ihren Rechten. Denn sie hat keinen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente über den 21.11.2001 hinaus.

Rechtsgrundlage für die von der Klägerin erstrebte Leistung ist [§ 56](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach habe Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vorphundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nach [§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#) nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern. Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)).

Versicherungsfälle sind nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3, 6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit; [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls i. S. des [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) (zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führt) ist danach in der Regel erforderlich (BSG, Urteil vom 12.04.2005 - [B 2 U 11/04 R - SozR 4-2700 § 8 Nr. 14](#)), dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzu-rechnen ist (innerer bzw. sach-licher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zum Unfallereignis geführt hat und letzteres einen Gesundheits(-erst-)schaden oder den Tod des Versicherten ver-ursacht (haftungsbegründende Kausalität) hat. Liegt danach ein Versicherungsfall vor, so bedarf es nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) für die Gewährung von Rente des Entstehens von länger andauernden Unfall-folgen aufgrund des Gesundheits(-erst-)schadens (haftungsausfüllende Kausalität).

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die Art und das Ausmaß des Unfallereignisses, der Gesundheitsschaden und die als Unfallfolge geltend gemachten länger dauernden Gesundheitsstörungen 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. u. a. BSG, Urteil vom 30.04.1985 - [2 RU 43/84](#) - SozR 2200 § 555a Nr. 1). 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. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [a.a.O.](#)); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalles mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen

muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999 - [B 2 U 47/98 R](#) - [SozR 3-1300 § 48 Nr. 67](#); Urteil vom 02.05.2001 - [B 2 U 16/00 R](#) - [SozR 3-2200 § 551 Nr. 16](#)). 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. BSG, Urteil vom 28.06.1988 - [2/9b RU 28/87](#) - [SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991 - [2 RU 31/90](#) - [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#)).

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2004 - [B 2 U 14/03 R](#) - [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)): Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel.

In Anwendung dieser Grundsätze scheidet ein Anspruch der Klägerin auf Weitergewährung der ihr für die Zeit vom 27.08.2001 bis zum 21.11.2001 bewilligten Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 31.05.2000 aus. Denn es lassen sich keine Unfallfolgen feststellen, die über den 21.11.2001 hinaus eine MdE um mindestens 20 v. H. rechtfertigen.

So sind zunächst psychische Unfallfolgen für die Zeit ab dem 22.11.2001 nicht erweislich. Ausweislich der von der Klägerin vorgelegten Arztbriefe von Dr. G. vom 16.11.2001 an Dr. K. und das Krankenhaus St. wurde die bereits vor dem Unfall bestehende und mit Beginn der beruflichen Selbstständigkeit im Jahre 1999 stark gebesserte Angstneurose mit sozialen Phobien durch den Unfall nicht wesentlich verschlimmert. Soweit Dr. G. in den genannten Arztbriefen eine depressiv-phobische Dekompensation seit dem 29.08.2001 diagnostiziert und diese in der Sache auf die von der Beklagten veranlasste Einstellung der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung zurückgeführt hat, ist zum einen fraglich, ob dies einen im Rechtssinne wesentlichen Ursachenzusammenhang mit dem Unfall zu begründen vermag. Zum anderen lässt die genannte Diagnose auch keinen Schluss auf die psychische Situation der Klägerin ab dem 22.11.2001 zu. Insbesondere lässt sich nämlich bezogen auf diesen Zeitraum keine psychische Verschlechterung gegenüber der Zeit vor dem Unfall feststellen. So hat zunächst Dr. K. aufgrund der Untersuchung der Klägerin am 20.11.2001 lediglich eine neurotische Entwicklung sowie eine somatisierte depressive Verstimmung diagnostiziert und als unfallunabhängig eingestuft (vgl. hierzu das Gutachten vom 21.11.2001). Dr. K. hat im Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachten vom 08.02.2004 eine aktuelle psychische Erkrankung auch im Sinne einer somatoformen Störung ebenso verneint wie Prof. Dr. E. im vom Senat eingeholten Gutachten vom 12.06.2008. Dabei hat insbesondere Prof. Dr. E. im einzelnen schlüssig dargelegt, dass und weshalb die von ihm durchgeführte Untersuchung gegenwärtig unter Berücksichtigung des Inhalts der Gutachten von Dr. K. sowie Dr. K. auch für die Vergangenheit keine Hinweise auf das Vorliegen einer depressiven Störung, einer chronisch depressiven Verstimmung oder einer generalisierten Angststörung ergeben hat und die Kriterien für die Feststellung einer Somatisierungsstörung oder einer undifferenzierten Somatisierungsstörung, einer somatoformen autonomen Funktionsstörung oder einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht erfüllt sind.

Die im Vordergrund der Beschwerden der Klägerin stehende Hüftgelenksproblematik vermag unter Außerachtlassung der geltend gemachten Schmerzen nur eine MdE um weniger als 10 v. H. zu begründen. Dies hat Dr. M. in der von der Beklagten vorgelegten beratungsärztlichen Stellungnahme vom 18.11.2009 zutreffend dargelegt. Denn das insoweit geringste - von Prof. Dr. H. im für die H.-Versicherung erstatteten Gutachten vom 30.04.2003 - dokumentierte Bewegungsmaß des linken Hüftgelenks betrug hinsichtlich der Beugung links 95° und lag damit über der nach den Erfahrungssätzen für eine MdE um 10 v. H. erforderlichen Beschränkung der Beugefähigkeit auf 90° (vgl. hierzu Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl. 2003, Nummer 8.8.3.3, Seite 656).

Eine Erhöhung der MdE auf 20 v. H. lässt sich aber auch durch die angegebenen Schmerzen der Klägerin nicht begründen.

So ist zum einen eine hier erhebliche schmerzhaft bewegungseinschränkung nicht hinreichend objektivierbar. Denn die angegebene erhebliche Schmerzsymptomatik lässt sich nicht organisch erklären, nachdem bei der Klägerin keine (vgl. hierzu den Arztbrief des Radiologen Dr. W. vom 28.01.2008) oder allenfalls eine geringe (vgl. den Arztbrief des Radiologen Dr. M. vom 08.02.2005) Coxarthrose links vorliegt und auch für die zunächst vermutete Femurkopfnekrose kein Anhalt besteht (vgl. auch hierzu den Arztbrief von Dr. M. vom 08.02.2005). Sie ergibt sich aber auch nicht mit der erforderlichen Gewissheit aus den erhobenen Befunden oder den eigenen Angaben der Klägerin. Denn die im zeitlichen Verlauf dokumentierten Bewegungseinschränkungen sind in erheblichem Maße widersprüchlich.

Hierzu hat Prof. Dr. H. im am 14.02.2001 für die H.-Versicherung erstatteten Gutachten ausgeführt, der Gang der Klägerin auf ebenem Boden sei zuletzt durch ein deutliches Schonhinken links gekennzeichnet gewesen, auch liege eine deutliche Einschränkung der Beweglichkeit im linken Hüftgelenk vor. Nur rund zwei Monate später hat Prof. Dr. W. demgegenüber im Bericht vom 26.04.2001 mitgeteilt, die Beweglichkeit der linken Hüfte sei allenfalls endgradig eingeschränkt und wenig schmerzhaft. Auch nach erneuter Vorstellung der Klägerin fand Prof. Dr. W. ausweislich des Berichts vom 25.07.2001 eine freie Beweglichkeit im Bereich der linken Hüfte in allen Bewegungsebenen und lediglich eine endgradige Einschränkung im Bereich der Rotation. Damit übereinstimmend heißt es im von Prof. Dr. H. erstatteten Ersten Rentengutachten vom 02.01.2002, die Entkleidung der Klägerin an der unteren Extremität sei selbstständig,

zielgerichtet und koordiniert erfolgt, das Gangbild sei fließend und von gleicher Schrittlänge; zugleich hat er eine Beugefähigkeit des linken Hüftgelenks von 110° und damit im Vergleich zu rechts eine Einschränkung um etwa 15° erhoben. Im Verlaufsbericht der Schmerztherapeutin Dr. E. vom 02.08.2002 wird in Übereinstimmung damit mitgeteilt, der Klägerin sei selbst die Durchführung komplizierter Gangvarianten möglich, auch wird die Beugung links - sowie diesmal auch rechts - wiederum mit 110° angegeben. Nur acht Monate später betrug demgegenüber nach dem bereits genannten Gutachten von Prof. Dr. H. vom 30.04.2003 für die H.-Versicherung die Beugefähigkeit des linken Hüftgelenks darin nur noch 95°, rechts dagegen 120°. Wiederum 10 Monate darauf fand Dr. K. nach dem Gutachten vom 08.02.2004 das An- und Auskleiden im Bereich des linken Beines umständlicher als rechts und beobachtete sogar ein durchgehendes Schonhinken links. Im Unterschied dazu beschrieb Prof. Dr. C. im Gutachten vom 26.07.2005 ein zügiges und raumgreifendes Gangbild zu ebener Erde sowie eine zügige und selbstständige Durchführung des Entkleidens sowie von Lagewechseln auf der Untersuchungsfläche. Die mitgeteilten Bewegungsmaße der Hüftgelenke waren für die Beugung links wieder auf 120° erhöht und lagen rechts bei 125°. Ein flüssiges Gangbild ist ebenfalls im Bericht des Orthopäden Dr. M. vom 08.01.2008 beschrieben, während Prof. Dr. E. im Gutachten vom 12.06.2008 ein verlangsamtes und beim Treppensteigen sogar ein betont verlangsamt ausgeführtes bzw. demonstriertes Gangbild mit der Notwendigkeit, sich am Gelände festzuhalten, und im Gegensatz dazu ein im Stehen zügig und selbstständig, ohne Schwierigkeiten oder Schmerzangaben gelungenes Aus- und Ankleiden beschrieben hat. Schließlich hat Dr. L. dann wiederum ein symmetrisches Gangbild ohne Lähmungs- oder Entlastungshinken in der Ebene und ohne Last sowie eine Beugefähigkeit des linken Hüftgelenks von 120° (rechts 130°) sowie erstmals eine bereits ab ca. 80° schmerzhafte Beugung erhoben.

Dem entspricht es, dass Dr. K. zunächst einen Finger-Boden-Abstand von 0 cm, sodann Prof. Dr. C. einen ebensolchen von 3 cm, in der Folgezeit Prof. Dr. E. einen entsprechenden Abstand von 20 cm und schließlich Dr. L. wiederum einen (verbesserten) Finger-Boden-Abstand von 10 cm erhoben hat.

Diese Unterschiede nicht nur bei den Bewegungsmaßen, sondern auch beim Gangbild und weiteren, die Beugefähigkeit des Hüftgelenks betreffenden Bewegungen lassen sich insbesondere nicht durch eine allgemeine Verschlechterung der Befunde erklären. Denn sie sind im Verlauf nicht von durchgehenden Verschlechterungen, sondern von geradezu willkürlichen Verbesserungen und Verschlechterungen in erheblichem Umfang geprägt.

Auch die von der Klägerin auf Vorhalt in der mündlichen Verhandlung vom 10.12.2009 abgegebene Erklärung, ihre Schmerzen seien unterschiedlich und beruhten zum Teil auch auf die verschiedenen langen Autofahrten zu den Ärzten, vermag die aufgezeigten Widersprüche nicht überzeugend aufzulösen. Insbesondere hat die im Raum L. (zunächst in K., danach in M. und nunmehr in B.) wohnhafte Klägerin nämlich Schwierigkeiten beim selbstständigen Entkleiden und ein Schonhinken nicht nur bei größerer räumlicher Entfernung zum Untersuchungsort, bei Dr. K. in K. und Dr. L. in Bad M., sondern auch bei Prof. Dr. H. in L. selbst demonstriert. Demgegenüber hat sie eine bessere Beweglichkeit außer bei Prof. Dr. H. in St. und Prof. Dr. E. in L. auch nach Zurücklegen einer längeren Entfernung zur Untersuchung bei Prof. Dr. W. in L. und Prof. Dr. C. in H. gezeigt.

Hinzu kommt, dass trotz des zeitlichen Abstands zu dem Unfall weder Prof. Dr. E. noch Dr. L. Muskelatrophien festzustellen vermochten und Prof. Dr. E. sogar von einer beidseitigen kräftigen Beinmuskulatur mit unauffälligem Kraftgrad berichtet hat. Soweit Dr. L. in dem vom Senat eingeholten Gutachten ausgeführt hat, bei der Klägerin lägen Folgen eines generalisierten Trainingsmangels vor, eine Muskelatrophie sei bei erhaltenen Alltagsverrichtungen nicht zu erwarten (vgl. hierzu Seite 63 des Gutachtens), vermag der Senat dem nicht zu folgen. Denn zum einen lässt sich ein generalisierter Trainingsmangel angesichts der von Dr. E. erhobenen beidseitigen kräftigen Beinmuskulatur mit unauffälligem Kraftgrad nicht verifizieren. Zum anderen wäre bei unterstellter Schmerzhemmung der Hüftgelenksbeweglichkeit links und einer dadurch hervorgerufenen Schonung des linken Hüftgelenks, beispielsweise durch das von der Klägerin verschiedentlich gezeigte Schonhinken, angesichts des ab dem Unfallzeitpunkt bis zur Untersuchung durch die genannten Sachverständigen abgelaufenen Zeitraums von acht bzw. neun Jahren mit einer zumindest feststellbaren Verschmächtigung der Muskulatur im fraglichen Bereich zu rechnen.

In Ansehung dessen vermögen auch die Angaben der Klägerin in den im Rahmen der Begutachtung durch Dr. L. ausgefüllten Selbstbeurteilungsbögen den Senat nicht vom Vorliegen einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung der Hüfte zu überzeugen. Allein der Umstand, dass der genannte Sachverständige bei der Prüfung der Beweglichkeit der linken Hüfte eine als vegetative Schmerzreaktion interpretierte Pupillenverengung beobachtet hat, genügt für die gerichtliche Überzeugungsbildung nicht.

Unter Berücksichtigung dieser widersprüchlichen Befunde sind zum anderen auch die Angaben der Klägerin zum Vorliegen von Hüftgelenksschmerzen in Ruhe nicht hinreichend glaubhaft und daher auch nicht geeignet, das Gericht davon zu überzeugen, dass ihre Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens im hier maßgeblichen Umfang durch Schmerzen in Ruhe beeinträchtigt sind.

Eine Erhöhung der MdE auf 20 v. H. ergibt sich auch nicht aus der unfallbedingten Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis. Denn die Auswirkungen dieser Läsion haben keine MdE zur Folge (vgl. hierzu insbesondere die schlüssigen Ausführungen im Gutachten von Dr. L. vom 05.06.2009).

Schließlich lassen sich die Wirbelsäulenbeschwerden der Klägerin nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf die Unfallfolgen zurückführen. Zum einen ist nämlich der für die rechtskonvexe Verdrehung der Lendenwirbelsäule ursächliche Kreuzbeinschiefstand nicht unfallbedingt entstanden. Dies hat Prof. Dr. C. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 09.03.2006 nach Auswertung der im Rahmen der Behandlung der Klägerin in der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Klinikums L. im Jahre 2000 gefertigten Röntgenaufnahmen überzeugend dargelegt und hierzu ausgeführt, dass der Unfall nicht zu einer Verletzung der Kreuzdarmbeinfuge geführt hat. Zum anderen ist es angesichts der oben gemachten Ausführungen zur mangelnden Feststellbarkeit hier erheblicher Hüftbeschwerden der Klägerin auch nicht wahrscheinlich, dass diese - wie von Dr. G. in der beim Sozialgericht vorgelegten Stellungnahme vom 06.09.2005 angenommen - zu einer Schonhaltung geführt und neben dem Kreuzbeinschiefstand wesentlich zu den Wirbelsäulenbeschwerden beigetragen haben. Soweit Dr. E. in der gleichfalls beim Sozialgericht vorgelegten Stellungnahme vom 12.10.2005 auf die Möglichkeit eines unfallbedingten Verlusts der Kompensationsfähigkeit hingewiesen hat, vermag der Senat dem gleichfalls nicht zu folgen. Denn ein Auftreten von Wirbelsäulenbeschwerden im zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall ist nicht erkennbar. Vielmehr hat Dr. G. in der bereits genannten Stellungnahme vom 06.09.2005 darauf hingewiesen, dass die Klägerin (erst) etwa seit dem Jahre 2002 über rezidivierende Lumboschmerzen klagt. Damit ist ein unfallbedingter Verlust der Kompensationsfähigkeit schon mangels zeitlichen Zusammenhangs nicht

wahrscheinlich.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-01-18