L 2 U 374/99

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 41 U 503/92
Datum
08.04.1999
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 2 U 374/99
Datum
31.07.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 08.04.1999 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin war als Lehrerin tätig. Nach der Unfallanzeige des Staatlichen Schulamts der Landeshauptstadt München vom 22.03. 1991 erlitt sie am 06.02.1991 auf dem Heimweg von der Arbeit einen Verkehrsunfall, indem sie langsam an den vor ihr stockenden Verkehr heranfuhr und etwa drei Meter vor ihrem Vordermann einen Stoß von einem nachfahrenden Pkw, Kadett, erhielt und so auf den vor ihr fahrenden Pkw mit voller Wucht aufgefahren sei. In einem Dienstunfalluntersuchungsfragebogen gab sie am 19.02.1991 an, ihr Pkw sei mit Totalschaden beschädigt worden und sie habe ein Schleudertrauma erlitten, das sich jedoch leicht erst am Abend und schwer am nächsten Tag dargetan habe. Die Klägerin stellte sich am 14.02.1991 bei dem Orthopäden Dr.M. vor, der ausführte, nach dem Unfall klage die Klägerin über Kopfschmerzen (am Abend zunehmend), Konzentrationsschwierigkeiten und Übelkeit, kein Erbrechen. Er habe eine altersentsprechende Beweglichkeit der HWS am 14.02.1991 festgestellt, Druckschmerz der distalen HWS, paravertebralen Hartspann, Schultern ohne Befund, keine neurologischen Ausfälle. Die Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule in zwei Ebenen hätten eine Osteochondrose C4/5, C5/6, C6/7, Spondylose, Spondylarthrose, Ausziehung Proc. uncinati, Steilstellung erbracht. Er stellte die Diagnose: Zustand nach HWS-Schleudertrauma. Der Neurologe Dr.G. berichtete am 08.05.1991, die Klägerin sei erstmals am 13.02.1991 von seiner Kollegin Dr.W. untersucht worden. Sie habe angegeben, gegen Abend des Unfalltages seien Hinterhaupt- und Nackenschmerzen, Übelkeit, Konzentrations- und Sehstörungen aufgetreten. Am 13.02.1991 habe sie über anhaltende Kopfschmerzen, Sehstörungen, Konzentrationsstörungen, Probleme beim Lesen, insbesondere bei Belastung, geklagt. Die Drehbewegung der HWS sei nach rechts schmerzhaft eingeschränkt gewesen, es hätten ausgeprägte Verspannungen der Nacken-/Schulterregion vorgelegen. Die Nervenaustrittspunkte seien okkzipital beidseits druckempfindlich gewesen, das EEG habe beidseits geringgradige Funktionsstörungen im Bereich der temporalen Hirnregionen ergeben. Es sei von einem typischen HWS-Schleudertrauma mit entsprechenden Beschwerden, insbesondere anhaltenden Kopf-/Nackenschmerzen ausgegangen worden. Er selbst habe die Klägerin erstmals am 04.03.1991 untersucht und eine deutliche Klopfschmerzhaftigkeit der HWS gefunden. Die paravertebrale Nackenmuskulatur sei erheblich druckschmerzhaft verspannt, die HWS endgradig bewegungseingeschränkt. Die Klägerin klage über persistierende erhebliche Nacken-/Hinterkopfschmerzen mit Einstrahlung bis frontal beidseits. Es seien Konzentrationsstörungen geklagt worden, die sie beim Unterricht erheblich beeinträchtigen würden, so dass sie von den Schülern und ihrem Rektor bereits darauf hingewiesen worden sei. Im EEG vom 04.03. hätten sich erneut leichtgradige Funktionsstörungen ergeben. Ein daraufhin durchgeführtes craniales CT habe rechtstemporal im striolentikulären System eine vermehrte Gefäßzeichnung ergeben, ohne dass dieser Befund aber bereits im Sinn eines Angioms interpretiert werden könne. Am 20.03. seien die Nacken-/Kopfschmerzen soweit gebessert gewesen, dass die Klägerin von sich aus einen Arbeitsversuch ab 21.03. vorgeschlagen habe, der auch durchgeführt worden sei. Bei der Wiedervorstellung am 15.04. habe sie weiter über persistierende Schmerzen geklagt. Durch körperliche Ruhe komme es zum Nachlassen der Beschwerden, so dass sie sich nach dem Unterricht zu Hause sofort hinlegen müsse. Am 15.04. habe sich immer noch eine mäßiggradige Klopfschmerzhaftigkeit der HWS und eine Verspannung der paravertebralen Nackenmuskulatur gefunden, im EEG erneut eine leichte Funktionsstörung. Am 06.05.1991 habe die Klägerin in der Praxis angerufen und berichtet, dass sie wiederholt hintereinander die falsche U-Bahn bestiegen habe. Einige Tage darauf seien bei einer Fortbildung am Computer starke Kopfschmerzen aufgetreten, die mindestens einen Tag angehalten hätten. In etwa gleichem Sinn berichtete die Nervenärztin Dr.W. am 14.02.1991. Am 21.05.1991 berichtete Dr.G. , zwischenzeitlich habe sich das Befinden der Klägerin sehr deutlich verschlechtert, so dass sie beginnend mit dem 16.05.1991 wieder habe krankgeschrieben werden müssen. Im Zwischenbericht vom 07.06.1991 führte der Orthopäde Dr.M. aus, bei der letzten Vorstellung am 28.05.1991 habe die Klägerin noch über Schmerzen in der HWS und über Kopfschmerzen geklagt. Die HWS sei altersentsprechend frei beweglich. Es bestehe Druckschmerz an der cranialen BWS und

gesamten HWS, Druckschmerz am Hinterkopf, Bewegungsschmerzen, HWS, Krepitationen beider Schultern. Eine Kernspintomographie des Schädels vom 21.05.1991 erbrachte nach Befundung des Dr.S. ein unauffälliges craniales Tomogramm, kein Hinweis auf eine Blutung. Die Ärztin Dr.Z. berichtete am 12.06.1991, die Klägerin habe sich am 08.02.1991 um 09.00 Uhr in ihre Behandlung begeben. Sie habe über Kopfschmerz, Nackenschmerz und Übelkeit geklagt. Ein Brechreiz oder Erbrechen habe nicht bestanden. Die Klägerin habe einen stark erschöpften Eindruck gemacht. Es habe eine Druckdolenz der Schulter-Nacken-Muskulatur und endgradige Behinderung bei der Seitwärtsdrehung des Kopfes nach rechts und links bestanden. Mit Schreiben vom 06.09.1991 teilte Dr.G. mit, bei einer Vorstellung am 01.07.1991 sei es der Klägerin geringgradig besser gegangen, aber nur, wenn sie nicht arbeite. Am 02.09. habe sich die Klägerin wieder vorgestellt und über die bekannten Beschwerden geklagt. Sie fühle sich deswegen in keiner Form arbeitsfähig. Er habe sie deshalb vom 02.09. bis 18.09.1991 erneut krankgeschrieben. Die Beklagte holte ein nervenärztliches Gutachten des Dr.N. vom 27.10.1991 ein, der darauf hinwies, dass die Klägerin zeitlich vor dem Unfallgeschehen im 2. Quartal des Jahres 1989 unter anderem wegen Arteriosklerose, Kreislaufstörungen, Wirbelsäulensyndrom, vegetativer Dystonie und Migräne behandelt worden sei und dass sie im 3. Quartal des Jahres 1989 erneut wegen Wirbelsäulensyndroms, Arteriosklerose und Neuritis sowie im 4. Quartal 1990 wegen Neuritis behandelt worden sei. Hierbei bezog er sich auf den Leistungsauszug der Vereinten Versicherungen, die diese mit Schreiben vom 24.06.1991 übersandt haben. Ihm gegenüber habe die Klägerin erklärt, dass sie niemals wegen Wirbelsäulenbeschwerden oder Durchblutungsstörungen des Gehirns behandelt worden sei. Insgesamt erscheine das Verhalten der Klägerin zielgerichtet, selbstinitiativ und es würden anamnestische Auslassungen vorgenommen, die insgesamt nur als zweckgerichtet bezeichnet werden könnten. Mittels cranieller Computertomographie hätten sich zum 28.10.1991 keinerlei Hinweise auf eine substanzielle Hirnschädigung, Gefäßmissbildung, extracerebrale intracranielle Raumforderung oder auf Hirnatrophie ergeben. Bei einer kernspintomographischen Untersuchung sei ein völlig regelrechter Befund zu verzeichnen mit keinerlei Veränderungen gegenüber dem Vorbefund vom 21.05.1991. Die kernspintomographische Untersuchung des cervikalen Spinalkanals habe keinerlei Hinweis auf einen Bandscheibenvorfall, knöcherne Verletzung oder Verlagerung des Halsmarks ergeben. Insbesondere habe sich kein Hinweis auf eine Syringomyelie gezeigt sowie kein Hinweis auf eine substanzielle Schädigung des Halsmarks. Bei einer HNO-ärztlichen Untersuchung am 29.10.1991 seien keine traumatischen Normabweichungen fassbar gewesen. Somit könne festgehalten werden, dass eine Diskrepanz zwischen subjektivem Beschwerdebild und objektiv regelrechten Befunden bestehe. Die von der Klägerin vorgetragenen Beschwerden seien medizinischerseits nicht nachvollziehbar. Die Klägerin habe bei dem Unfall am 06.02.1991 eine Zerrung der Halswirbelsäule erlitten. Der Meinung des Dr.M. , die eingesehenen Kernspintomogramme seien zweifelsfrei pathologisch und zeigten atrophische Veränderungen bzw. kontusionelle Veränderungen im Bereich der Frontalregion, im Bereich des Kleinhirns, links vermehrt, sowie auch im Bereich der Inselregion links, könne nicht gefolgt werden. Dr.N. hatte in der Vorgeschichte diese Befundung der durchgeführten Kernspintomographien durch Dr.M. zitiert. Unter den Angaben der Klägerin zu ihren Beschwerden hat Dr.N. vermerkt, die Klägerin habe in den ersten Wochen und Monaten keine Schluckstörungen gehabt, seinerzeit auch keine Veränderungen des Geruch-, Geschmack- und Hörsinnes. Mit dem Sehen sei es "nicht so toll gewesen". Befragt, inwieweit Störungen der Blasen- und Mastdarmentleerung aufgetreten seien, habe sie berichtet, schon, aber das sei ihr damals gar nicht aufgefallen. Sie habe das auch nicht in einen Unfallzusammenhang gebracht, aber in der Folge habe sie immer wieder am Tag einmal den Schlüpfer wechseln müssen, weil dieser feucht gewesen sei. Die erstmalige nervenärztliche Untersuchung durch Dr.M. sei am 18.09.1991 erfolgt. Dieser habe am 20.09.1991 an Frau Dr.Z. berichtet, die Polizei habe unverständlicherweise die Klägerin noch mit dem Fahrzeug nach Hause fahren lassen, obwohl sie völlig orientierungslos und auch vorübergehend benommen gewesen sei. Hierzu bemerkt Dr.N. , dass diese Schilderung nicht zutreffe. Insgesamt gelangt er zu dem Ergebnis, bei dem Unfall am 06.02.1991 seien keine organ-neurologischen Substrate geschädigt worden. Die MdE betrage ab 21.03.1991 0 v.H. Prof.Dr.P. berichtete am 23.10.1991, die Klägerin sei vom 09.10.1991 bis 31.10.1991 in stationärer Behandlung in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik M. gewesen. Es seien in dieser Zeit Untersuchungen auf neurologischem, chirurgischem und HNO-ärztlichem Gebiet durchgeführt worden. Spezifische Unfallschäden, bezogen auf das Unfallereignis vom 06.02.1991, hätten nicht festgestellt werden können. Am 21.12.1991 erstatteten die Ärzte Prof.Dr.P. und Dr.R. , Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik M. , ein chirurgisches Gutachten, in welchem sie zu dem Ergebnis gelangten, die Klägerin habe sich bei dem Verkehrsunfall am 06.02. 1991 eine Distorsion der Halswirbelsäule zugezogen. Zu keinem Zeitpunkt hätten knöcherne Verletzungen der HWS nachgewiesen werden können. Unter Berücksichtigung der Schweregradeinteilung nach Erdmann habe es sich um Schweregrad I gehandelt, insbesondere, da Symptome erst nach einem freien Intervall von 12 Stunden aufgetreten seien. Ferner seien bei der Klägerin zunächst keine Störungen aufgetreten, da sie in der Lage gewesen sei, folgerichtig zu handeln. Ebenfalls sei eine Bettlägrigkeit nicht vorhanden gewesen. Eine MdE liege chirurgischerseits nicht vor. Über eine Konsiliaruntersuchung am 29.10.1991 berichtet der HNO-Arzt Dr.G. , es bestehe bei der Klägerin ein normales Hörvermögen beidseits mit minimaler Innenohrschwerhörigkeit im Hochtongebiet links ohne Auswirkungen auf das Sprachgehör. Otogene Schwindelerscheinungen und latente Spontanzeichen bestünden nicht. Es liege eine geringgradige Scheidewandverbiegung beidseits ohne Auswirkungen auf das Sprachgehör und ohne sichere Störung des Riechvermögens vor. Mit Bescheid vom 22.05.1992 lehnte die Beklagte Gewährung von Rente ab, da der Unfall vom 06.02.1991 über die 13. Woche nach dem Unfall hinaus keine MdE rentenberechtigenden Grades hinterlassen habe. Es sei zu einer Zerrung der Halswirbelsäule bei Vorschädigung gekommen. Unfallfolgen seien nicht mehr feststellbar. Es bestünden unfallunabhängig deutliche degenerative Veränderungen im unteren HWS-Bereich C4 bis C7 mit Steilstellung der Halswirbelsäule. Dagegen legte die Klägerin Widerspruch ein und bezog sich auf Berichte des Dr.M. vom 20.09.1991, 01.10.1991, 08.11.1991, vom 30.01.1992, 02.03.1992, 02.04.1992 und 14.05.1992. Im Bericht vom 20.09.1991 bescheinigte Dr.M. der Klägerin einen Zustand nach Schleuderverletzung der HWS mit einem abhängigen mittelschweren organischen Psychosyndrom und mit Störungen der gnostischen Leistungen, partielle Halbseitenzeichen rechts, Koordinationsstörungen als Folge einer Contusio cerebelli, traumatische Myelopathie mit einer Segmentläsion vorwiegend C7, zusätzlich C6 und C8, Ischämiesyndrom im Vertebralis-Basilaris-Kreislaufbereich. Im Bericht vom 14.05.1992 führte er aus, die Klägerin befinde sich in einem leicht gebesserten Allgemeinzustand, es habe sich jedoch immer noch ein organisches Psychosyndrom mit Schwerbesinnlichkeit und Antriebsstörungen gefunden. Der Widerspruch wurde mit Schreiben vom 27.07.1992 weiter dahin begründet, dass alle nach dem 06.02.1991 bei der Klägerin diagnostizierten Symptome, insbesondere die von ihr geschilderten Ausfallserscheinungen, vor dem Unfall nicht aufgetreten seien. Dr.N. übersehe, dass die von der Klägerin beklagten Beschwerden bereits wenige Stunden nach dem Unfall, nämlich ab ca. 18.00 Uhr, eingetreten seien. Er übersehe, dass sie sich vorher in einem schockartigen Zustand befunden habe, der erkläre, dass sie das unmittelbare Geschehen nach dem Unfall widerstandslos über sich habe ergehen lassen. Auch die von Dr.N. zitierten Vorerkrankungen ließen keinen anderen Schluss zu. Die Eintragungen im Leistungsregister der privaten Krankenversicherung basierten lediglich darauf, dass sie, die Klägerin, im Jahr 1989 von einer Heilpraktikerin homöopathische Mittel verschrieben bekommen habe. Schlussfolgerungen auf ein vorher bestehendes Wirbelsäulensyndrom ließen sich daraus nicht ziehen. Die in der radiologischen Praxisgemeinschaft durch Frau Dr.S. gefertigte Kernspintomographie sei falsch interpretiert worden. Vielmehr enthalte diese Tomographie Hinweise auf einen pathologischen Prozess. Die Untersuchungsergebnisse des Dr.N. beruhten auch darauf, dass die Klägerin vorher das Medikament Musaril verordnet bekommen habe. Dies erkläre teilweise ihr Verhalten. Insgesamt komme das Gutachten aufgrund einer verfehlten Untersuchungssituation sowie einer mangelhaften Begründung zu einem falschen Ergebnis. Das Ergebnis der Arztbriefe des Dr.M. werde bestätigt durch eine Stellungnahme der

Psychologin und Psychotherapeutin Dr.K. , die mit der Klägerin seit mehr als 14 Jahren bekannt sei. Die Psychotherapeutin Dr.K. führt im Bericht vom 07.08.1992 aus, die Klägerin kenne sie durch das gemeinsame Hobby, der Zucht von Edelkatzen. Sie sei in der Gruppe der Züchter allgemein durch hohe Aktivität und sehr hohe Belastbarkeit aufgefallen. Auch bei langen stressbelasteten Fahrten und der ebenfalls anstrengenden Ausstellungstätigkeit sei sie stets guter Dinge, fröhlich, aktiv und ungewöhnlich hilfsbereit gewesen. Es sei bewundernswert gewesen, mit welcher Selbstverständlichkeit sie einen 14- bis 16-Stunden-Tag durchzogen habe. Die schwerwiegenden Veränderung ihrer geistigen Leistungsfähigkeit habe sie, Dr.K. , dann selbst bei einem gemeinsamen Mittagessen Mitte Juli beobachten können. Bei diesem Essen habe sie gemerkt, dass die Klägerin ihrem Gespräch nicht mehr habe folgen können. Sie habe unzutreffende Einwände gemacht, sich wiederholt, nachgefragt, in einem Ausmaß, dass das Gespräch zum Erliegen gekommen sei. Seit der Rückkehr aus M. erlebe sie, Dr.K. , die Klägerin als krank. Mit Widerspruchsbescheid vom 14.10.1992 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Dagegen erhob die Klägerin Klage. Sie verwies erneut auf die Berichte des Dr.M. und auf einen Bericht des Dr.G. von der Universitätsklinik für Neurologie in I. , bei dem sie sich am 01.10.1992 vorgestellt habe. Dr.G. stellte die Diagnose: Encephalopathie bei superponierter Herdläsion fronto-parietal rechtshirnig mit geringen motorischen Halbseitenzeichen links und auch möglichen sensiblen Halbseitenzeichen auf der linken Seite, ungeklärt in der Ätiologie. Eine traumatische Ursache sei möglich. Es bestehe ein oberes Cervikalsyndrom mit vertebragenem Kopfschmerz, Hinweis auf vertebragenen Schwindel sowie Hinweise auf unteres Cervikalsyndrom, die unteren Cervikalwurzeln betreffend. Details seien allerdings derzeit klinisch nicht zu analysieren, es bestehe eine massive Fehlhaltung der Wirbelsäule mit hochgradiger Funktionseinschränkung und im Röntgen schon 1991 nachgewiesen eine deutliche degenerative Veränderung mit Vertebrostenose der unteren HWS. In diesem Zusammenhang sei klinisch der Verdacht auf eine cervikale Myelopathie auszusprechen, wobei sich Hinweise auf motorische Ausfälle und auch Blasenstörungen ergäben. Ein Zusammenhang der Beschwerden in Bezug auf die klinische Symptomatik aber auch die degenerativen Veränderungen, vornehmlich der unteren HWS, sei nicht auszuschließen. Weiter verwies die Klägerin auf die bereits erwähnte Stellungnahme der Dr.K. und eine Bescheinigung des Zahnarztes Dr.S. vom 19.03.1992, wonach auf ihre Anfrage hin mitgeteilt werde, dass bei seiner letzten Untersuchung am 03.01.1991 keine Kieferanomalie zu diagnostizieren gewesen sei. Sie legte darüber hinaus eine Bescheinigung des Dr.C. vom 28.04.1992 vor, der ausführte, seit dem Unfall vom 06.02.1991 stehe die Klägerin bei ihm in ärztlicher Behandlung und gebe Schmerzen in beiden Kiefergelenken an, die jeweils bis zur Gesichtsmitte ausstrahlten. Zusätzlich träten Schmerzen im Hinterkopf, Schulter- und Halsbereich auf mit Ausstrahlung in die gesamte Wirbelsäule. Es bestehe eine Occlusion nur an den zwei Zahnpaaren 27 und 37 sowie 17 und 47. An allen anderen Zähnen bestehe Nonokklusion. Die Zähne 15, 46, 37 und 26 seien apikal beherdet. Herr Dr.S. weise in seinem Brief vom 19.03.1992 darauf hin, dass keine Kieferanomalie vorliege. Die jetzige Situation lasse erkennen, dass keine gesicherte Occlusion bestehe. Ein Zusammenhang zwischen den degenerativen Veränderungen in beiden Kiefergelenken und dem Unfall sei anzunehmen. Weiter wird vorgelegt eine Befundung von Kernspintomographien des Schädels und des cervikalen Spinalkanals vom 28.10.1991. Danach bestand kernspintomographisch kein Anhalt für posttraumatische Veränderungen, keine Hirnatrophie und eine mittel- bis hochgradig ausgeprägte Spondylochondrose zwischen HWK 4/5 und HWK 6/7. Es liege kein Hinweis auf eine Gefügelockerung, auf gliotische Umbauherde im Bereich des Halsmarks, keine Myelomalazie und keine Syringomyelie vor. Das Sozialgericht hat einen Bericht des Dr.M. vom 28.01. 1993 und des Dr.S. über ein Schädel-CT vom 05.03.1991 beigezogen. In der Befundung des CT wird ausgeführt: "kein Nachweis einer frischen oder chronischen Blutung, kein Nachweis anderweitiger postkontusioneller Läsionen, kein Nachweis eindeutig typischer ischämischer Läsionen, diskrete Hinweise für eine diskrete bifrontale, corticale Atrophie, rechtstemporal im striolentikulären System, Nachweis einer vermehrten Gefäßzeichnung, ohne dass dieser Befund bereits im Sinn eines Angioms interpretiert werden kann." Mit Schreiben vom 12.02.1993 teilten die Vereinte Versicherungen mit, die Klägerin sei vom 14.09.1990 bis 26.01.1991 von der Heilpraktikerin H. H. wegen Nackensteife und Occipitalneuralgie behandelt worden. Mit Schreiben vom 02.03.1993 übergab der Bevollmächtigte der Klägerin ein Gutachten, eingeholt durch die BfA, vom 14.09. 1992. Darin wird die Diagnose gestellt: Zustand nach Schleudertrauma der HWS und Verdacht auf Morbus Alzheimer. Es handle sich um eine jetzt 57-jährige, altersentsprechend wirkende Versicherte, bei der es nach einem Auffahrunfall mit einem fraglos bestehenden Schleudertrauma der HWS nicht nur zu Kopfschmerzen und Beschwerden im Bereich der HWS gekommen sei, sondern ferner zu unklaren Koordinationsstörungen, Denkstörungen, Schmeck- und Riechstörungen und zeitweise auftretenden Orientierungsstörungen. Die letztere Symptomatik spreche nach Auffassung der Gutachterin entweder für einen beginnenden Morbus Alzheimer oder eine Hirnatrophie anderer Genese (Gutachten der Neurologin Dr.R. vom 09.09.1992). Das Sozialgericht hat ein Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr.G. vom 14.04.1993 eingeholt, der ausführt, bei dem Unfall sei es zu einem Schleudertrauma der HWS gekommen, nicht zu einer traumatischen Hirnbeteiligung, weder zu einer allgemeinen traumatischen Hirnbeteiligung im Sinn einer Hirnerschütterung noch zu einer substanziellen Hirnschädigung im Sinn einer Hirnkontusion. Es sei nicht zu einer traumatischen Mitbeteiligung des Halsmarks und nicht zu einer traumatischen Mitbeteiligung cervikaler Nervenwurzeln gekommen. Auch auf psychiatrischem Fachgebiet seien Gesundheitsstörungen durch den Unfall am 06.02.1991 nicht hervorgerufen und auch nicht mitverursacht worden. Über die 13. Woche nach dem Unfall hinaus habe eine MdE neurologischerseits nicht bestanden. Auf das Gutachten wird verwiesen. Weiter hat das Sozialgericht ein Gutachten des Chirurgen Dr.Dr.K. vom 02.06.1993 eingeholt, der zu dem Ergebnis gelangt, hätte eine altersentsprechende HWS am Unfalltag vorgelegen, wäre es nur zu einer Beschleunigungsverletzung des Schweregrades I nach Erdmann gekommen. Für den Schweregrad I werde eine Dauer der Arbeitsunfähigkeit von ein bis drei Wochen angesetzt. Mit Rücksicht auf den massiven, vorbestehenden HWS-Verschleiß bei der Klägerin könne davon ausgegangen werden, dass die Zerrungsbeschwerden der HWS durch den Heckanprall zu einer längeren Beschwerdesymptomatik geführt hätten, als ohne massiven Verschleiß. Es erscheine daher angemessen, die Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit auf die doppelte Zeitspanne auszudehnen, nämlich maximal sechs Wochen. Danach bestehende Beschwerden und erforderliche Therapien ließen sich nicht mehr mit der gesetzlich geforderten Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückführen. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit für diesen Verschlimmerungsanteil durch Unfall könne mit maximal sechs Wochen angesetzt werden, was etwa dem Zeitpunkt 21.03.1991 entspreche. Mit Ende der Arbeitsunfähigkeit habe aus chirurgischer Sicht keine messbare MdE mehr vorgelegen. Weiter hat das Sozialgericht gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein Gutachten des Neurootologen Prof.Dr.C. vom 23.09.1994 eingeholt. Darin führt der Sachverständige aus, ginge man von dem unauffälligen prätraumatischen EEG aus, dass der Neurologe Dr.M. am 29.07.1992 beschreibe, und ginge man dann von der prätraumatischen Persönlichkeitsbeschreibung durch den Psychotherapeuten Dr.K. aus, so müsse man anerkennen, dass es posttraumatisch nach dem HWS-Schleudertrauma vom 06.02. 1991 zu einer langdauernden und ausgeprägten allgemeinen Hirnleistungsverminderung und neurootologischen Symptomatik im Sinn eines "Late Whiplash Injury Syndroms" auf der Basis eines cerviko-encephalen Schleudertraumas gekommen sei. Für diesen Komplex sei weder eine Verschlimmerung vorbestehender Leiden durch die Unfallfolgen nachweisbar, noch sei eine Verschlimmerung der hier zur Beurteilung anstehenden Unfallfolgen durch andere erkennbare vorbestehende Leiden nachweisbar. Die Beschwerden der Klägerin seien aufgrund der von ihm und von anderen gemachten Untersuchungen glaubhaft. Die MdE sei mit insgesamt 65 v.H. zu bemessen. Als Unfallfolgen bestünden multisensorische neurootologische Funktionsstörungen und ausgeprägte Kopfsinnes- und Hirnleistungsstörungen, ausgeprägte Allgemeinsymptome und Symptome einer Hirnleistungseinschränkung, Wachheitsstörungen mit Benommenheit, verstärkte Ermüdbarkeit, Stimmungslabilität, einschließlich Angstzuständen und verstärkter Gereiztheit, spezielle Schwindelsymptome mit Schwankschwindel, Drehschwindelfallneigung, starkem

Unsicherheitsgefühl, begleitet von Übelkeit und Würgen, subjektive Hörstörungen im Sinn einer akustischen Wahrnehmungsverminderung sowie akustischen Überempfindlichkeitsreaktionen im Sinn eines speziellen Ohrgeräuschs und Ohrschmerzes, Störungen der visuellen Wahrnehmung, fehlende und unangenehme Geruchs- und Geschmackswahrnehmungen, zentrale Gleichgewichtsfunktionsstörungen mit Hirnstammstörungen der vestibulären und optokinetischen Nystagmusregulationen, ausgeprägte Hirnstammtaumeligkeit, zentrales Dysäquilibrium, labiles Hirnstammblockierungssyndrom im Sinn eines vestibulären Decruitments, sensorineurale Hörstörungen beidseits mit Neigung zur Hörverzerrungswahrnehmung, ausgeprägte partielle Anosmie beidseits mit Tendenz zur Allotriosmie im Sinn einer Kakosmie für die Geruchsrestwahrnehmung, ausgeprägte partielle Ageusie beidseits mit einer Tendenz zu Dysgeusie der Geschmacksrestwahrnehmung. Alle diese Erkrankungen seien mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Bezüglich des ausgeklammerten Komplexes der Cerviko-Brachialgie überreichte die Klägerin einen Befundbericht des Radiologen Dr.N. vom 10.02.1994 über eine Computertomographie der occipito-cervikalen Übergangsregion, wonach ausgedehnte narbige Veränderungen der Ligamenta alaria beidseits und des Ligamentum transversum atlantis vorlägen. Dieser Befund sei als Folge der vorausgegangenen traumatischen Schädigung des intrakanalikulären Bandapparates anzusehen. Es fänden sich beginnende degenerative Veränderungen der Bandscheibe mit Randwulstbildung im Segment C3/C4, C4/C5, C5/C6, C6/C7, leichte mediale Vorwölbung der Bandscheibe im Segment C3/C4 und C5/C6. Die Hirnschädelkernspintomographie zeige einen regelrechten Be- fund. Der Vertreter der Klägerin übergab ein Gutachten des Zahnarztes K. vom 20.04.1995, wonach bei der Klägerin fehlende Zähne 16, 17, 18, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 38, ausgedehnte Parodontopathie mit parodontalen Osteolysen an den Zähnen 13, 14, 15, 36, 37, 46, 47, 48, parodontale Taschen 12, 13, 32, 42, arthrotisch degenerative Veränderungen der Kiefergelenke beidseits, aufgelockerte osteoporotische Knochenstruktur, Sekundärkaries an den Zähnen 14, 15, 36, 46 und 47 vorliege. Es bestünden craniomandibuläre Veränderungen mit Abflachung der Kiefergelenksköpfchen, Verkalkung im Bereich des Diskus, nicht erhaltungswürdige Zähne 14, 15, 36, 37, 32, 46, 47, 48 und weit vorgeschrittene Parodontopathie. Bei der Klägerin liege ein massives craniomandibuläres Dysregulationssyndrom, kombiniert temporomandibulär als auch vertebragener Ursache vor. Als Ausgangspunkt der Störung sei sicher die Whiplash Injury aus dem Jahre 1991 anzusetzen. Darüber hinaus liege eine massivste Parodontopathie mit desolater Zahnsituation und multiplen extraktionswürdigen Zähnen vor. Mit Schriftsatz vom 02.06.1995 machte der Bevollmächtigte der Klägerin geltend, die im Leistungsverzeichnis der Krankenkasse angenommenen Diagnosen, die für den in Frage stehenden Zusammenhang von Bedeutung seien, seien ausschließlich von der Heilpraktikerin H. H. erstellt. Diese habe insbesondere die Diagnose cerebrale Durchblutungsstörung falsch gestellt. Die von der Klägerin geschilderten Beschwerden seien ganz überwiegend psychisch bedingt gewesen. Die besondere Sachkunde sowie die umfangreiche Auswertung der Fachliteratur führe dazu, dass dem Gutachten des Prof.Dr.C. zu folgen sei. Er legte ein Schreiben der H. H. vom 26.04.1995 vor, wonach die Diagose "cerebrale Durchblutungsstörung" falsch gewesen sei. Diese habe sie aus ihrer Unerfahrenheit und Unwissenheit gegenüber medizinischen Ausdrücken heraus gestellt. Die Klägerin habe sie in den Jahren 1989 und 1990 wegen Schwindel, Kopfschmerzen, Wetterfühligkeit, Schmerzen an der HWS, Druckgefühl im Kopf und Übelkeit aufgesucht. Ursachen dieser Beschwerden seien Myogelosen, Lymphstauungen, psychosomatische Faktoren gewesen. Weiter überreichte der Bevollmächtigte der Klägerin einen Arztbrief des Dr.V. an Dr.M. vom 13.02.1996, in welchem er ausführte, die Untersuchung der Ligamenta alaria ergäben eine Elongation der rechtsseitigen Fasern mit zentraler Signalveränderung als Hinweis für ein stattgehabtes Trauma der Kollagen I-Fasern. Die Untersuchung sei in Einzelfunktionsstellung mit einer Spezialwickelspule in abgestuften Winkeleinstellungen coronar und transversal durchgeführt worden. Insgesamt gesehen müsse von einer langstreckigen inkompletten Ruptur mit Verletzung des gesamten Ligamentum alaria links und einer zusätzlichen kompensatorischen Elongation im Rahmen des Überdehnungstraumas des Ligamentum alaria rechts ausgeganen werden. Dr.M. berichtete am 18.03.1996 an Dr.M. , bei der Klägerin liege eine traumatische Schädigung und Teilruptur der Ligamentum alaria, Cervikocephalgie mit begleitenden vegetativen Störungen vor. Das Sozialgericht holte daraufhin eine ergänzende Stellungnahme des Dr.Dr.K. vom 08.05.1996 ein. Dieser führte aus, ob den Schlussfolgerungen im neurootologischen Gutachten nach § 109 SGG beigetreten werden könne, müsse in Abstimmung von Neurologie- und HNO-Bereich erfolgen. Im Hinblick darauf, dass der Neurochirurg Dr.M. und der Neuroradiologe Dr.V. von einer unfallbedingten Bandverletzung im Halswirbelbereich C1/2 ausgingen, werde angeregt, zusätzlich durch ein neurochirurgisches Gutachten diesen Sachverhalt überprüfen zu lassen. Nach nochmaliger Durchsicht der Unterlagen ergebe sich chirurgisch keine andere Empfehlung als bislang. Weiter hat das Sozialgericht ein Gutachten des HNO-Arztes Dr.K. vom 20.09.1996 eingeholt. Bei der Klägerin bestehe eine Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits mit geringgradiger Herabsetzung des Sprachverständnisses rechts und annähernd geringgradiger Herabsetzung des Sprachverständnisses links sowie eine Störung des Geruch- und Geschmacksempfindens. Aus HNO-ärztlicher Sicht erscheine der Unfall vom 06.02.1991 nicht geeignet, eine Hörstörung hervorzurufen, wie sie bei der Klägerin vorliege. Die Entwicklung einer unfallbedingten Schwerhörigkeit über acht Monate nach dem akuten Ereignis sei als absolut unwahrscheinlich anzusehen. Inwieweit der Unfallhergang geeignet gewesen sei, die vorliegende Riechstörung hervorzurufen, solle nochmals beim neurologischen Gutachter erfragt werden. Ein Abriss von Riechfäden sei vom Unfallhergang nicht wahrscheinlich zu machen. Auch werde anfänglich lediglich von einer Abschwächung des Riechvermögens gesprochen. Heute werde ein völliger Ausfall des Geruchsempfindens angegeben. Der Unfall habe eine vorgeschädigte Halswirbelsäule getroffen. Insbesondere auch die Vielzahl der heute angegebenen Beschwerden spreche gegen den Unfall vom 06.02.1991, der sich in den Augen der erfahrenen Polizisten als Bagatellereignis dargestellt habe. Unabhängig von der Ursache sei die MdE für die heute vorliegende Schwerhörigkeit auf 0 v.H. zu schätzen. Ein völliger Ausfall des Riechvermögens für reine aromatische Riechstoffe bedinge eine MdE von 15 %. Der gelegentlich bestehende Ohrton beidseits bedinge keine MdE. Aus seiner Sicht erscheine das gesamte Krankheitsbild dem neurologisch-psychiatrischen Fachbereich zuzuordnen zu sein. Zahlreiche der angegebenen Beschwerden, wie z.B. auch die Blasenentleerungsstörungen, seien aus seiner Sicht mit einem Unfall der HWS nicht in Einklang zu bringen. Beigefügt sind dem Gutachten vier mit der Schreibmaschine geschriebene Seiten, auf welchen die Klägerin ihre Beschwerden schildert. Das Sozialgericht hat weiter ein Gutachten des Nervenarztes Dr.K. vom 23.12.1996 eingeholt, der berichtet, dass die Klägerin auffälligerweise bei ihm angegeben habe, was sie auch bei Dr.N. berichtet habe, dass die ersten Beschwerden ganz plötzlich aufgetreten seien, nachdem sie von der Mutter des Unfallverursachers angerufen worden und beschimpft worden sei. Unabhängig davon stehe fest, dass eine schwere Verletzung der Halswirbelsäule schon aufgrund des Beschwerdeverlaufs ausgeschlossen werden könne. Dies betreffe auch die Möglichkeit einer Verletzung der Ligamenta alaria, die ja insbesondere von dem Radiologen Dr.V. und dann auch von Dr.M. in die Diskussion eingebracht worden sei. Verletzungen dieser Ligamenta alaria, vor allen Dingen Zerreißungen, führten unabdingbar zu einem sofortigen schweren Krankheitsbild, was aufgrund der Funktion dieser Bänder verständlich sei. Eine solche Verletzung habe anfänglich auch gar nicht zur Diskussion gestanden. Die von Dr.M. mitgeteilten Befunde seien in keiner Weise nachvollziehbar. Er beziehe sich insoweit auf die Darlegungen des Dr.G ... Das Gutachten des Prof.Dr.C. sei bereits durch Dr.K. relativiert worden. Auch das Gutachten des Prof.Dr.C. enthalte einige neurologische Diagnosen, die er in keiner Weise nachvollziehen könne. Dies betreffe vor allen Dingen die von Prof.Dr.C. angeführten ausgeprägten Hirnleistungsstörungen, die keinesfalls als Folge des Unfalls zu interpretieren seien, da es bei dem Unfall erwiesenermaßen ja nicht zu einer feingeweblichen Hirnschädigung im Sinn einer Contusio cerebri gekommen sei. In der Computertomographie vom Februar 1994 habe Prof.Dr.N. beschrieben, dass die Ligamenta alaria erheblich verbreitert seien, wellig konturiert und strukturell verändert von hyperdensem Charakter. Er interpretiere dies als ausgedehnte narbige Veränderungen der

Ligamente alaria beidseits und des Ligamentum transversum atlantis. Dieser Befund möge korrekt sein, nicht korrekt sei es allerdings, wenn Prof.Dr.N. ausführe, dass dieser Befund als Folge der vorausgegangenen traumatischen Schädigung des intrakanalikulären Bandapparates anzusehen sei. Zum einen sei der von Prof. Dr.N. beschriebene Befund unspezifisch und könne ebenso auch der Ausdruck degenerativer Veränderungen sein, zum anderen sei die Begründung in sich widersprüchlich, wenn der Untersucher von einer vorausgegangenen traumatischen Schädigung spreche und diese damit beweisen wolle, dass sich narbige Veränderungen finden würden. Eine solche Interpretation wäre nur logisch, wenn tatsächlich eine traumatische Schädigung bewiesen wäre. Nun seien die Befunde von Dr.V. auch nicht in der Lage, tatsächlich zu belegen, dass die Ligamenta alaria rupturiert seien. Die mitgeteilten Veränderungen könnten ebenso im Rahmen degenerativer Vorgänge gesehen werden. Eine Zerreißung dieser Bänder sei, wie oben bereits herausgestellt, ein schweres klinisches Ereignis und sei kaum mit dem mehrere Stunden betragenden symptomfreien Intervall in Verbindung zu bringen. Die von Dr.M. vorgeschlagene Titanverplattung sei aus seiner Sicht mit großer Zurückhaltung zu sehen, nicht nur aufgrund der doch sehr fraglichen unfallbedingten Schädigung, sondern auch aufgrund der zweifelsfrei vorliegenden erheblichen psychogenen Überlagerung, die das Ausmaß des jetzigen Krankheitsbildes bestimme und auch in der Vergangenheit immer bestimmt habe. Es sei von besonderer Bedeutung, dass eine permanente Beschwerdezunahme erfolgt sei. Er weist darauf hin, dass der klinische Untersuchungsbefund gekennzeichnet gewesen sei durch eine an Simulation grenzende Aggravation, die vor allen Dingen bei den Untersuchungen zutage getreten sei, bei denen es auf eine gewisse Mitarbeit seitens der Untersuchten ankomme. Es bestünden keine begründeten Zweifel daran, dass es sich um eine bewusstseinsnah ablaufende seelische Fehlhaltung handle, die einer willentlichen Korrektur durchaus noch zugänglich sei. Aufgrund einer Distorsionsverletzung Grad I bis allenfalls II der Halswirbelsäule sei eine unfallbedingte MdE von 20 v.H. für die Dauer von drei Monaten ab dem 06.02.1991 anzunehmen, danach resultiere keine rentenberechtigende MdE mehr. Die Klägerin machte dazu geltend, dem Ergebnis des Gutachtens des Dr.K. könne nicht gefolgt werden. Die mit objektiven Befunden belegten Erkenntnisse des Prof.Dr.N. , des Dr.V. und Dr.M. könnten nicht beiseite geschoben werden, sondern müssten einer objektiven Begutachtung zugeführt werden. Dies gelte unabhängig davon, ob man dem neurootologischen Gutachten des Prof.Dr.C. folge oder nicht. Es bestehe die Möglichkeit, den besonders erfahrenen von Dr.K. zitierten Dr.M. zum Sachverständigen zu bestellen, der einen Zusammenhangsgutachten erstellen könne. Sollte das Gericht der Anregung nicht folgen, werde beantragt, gemäß § 109 SGG ein Gutachten des Unfallchirurgen Dr.A. einzuholen. Mit Schriftsatz vom 28.02.1997 übergab der Bevollmächtigte der Klägerin eine Stellungnahme der Klägerin, in welchem sie zahlreiche Einwendungen gegen die Gutachten des Dr.K. und Dr.K. erhob. Die Klägerin legte ein Gutachten des HNO-Arztes Prof.Dr.L. vom 05.05.1997 vor, in welchem dieser ausführte, dass bei der Klägerin als Folge der durchgemachten Weichteildistorsion infolge Beschleunigungsverletzung der HWS eine Innenohrschwerhörigkeit beidseits sowie eine komplexe Störung des Gleichgewichts erhaltenden Systems mit besonderer Beeinträchtigung des vestibulo-occulären sowie vestibulo-spinalen Subsystems vorliege. Das periphere Gleichgewichtsorgan sei mit hoher Wahrscheinlichkeit zudem zusätzlich geschädigt, da Zeichen für einen Otolithenschwindel im Sinn einer Canalolithiasis bestünden. Aus HNO-ärztlicher Sicht betrage die MdE 50 v.H. Gemäß § 109 SGG holte das Sozialgericht ein Gutachten des Neurologen Prof.Dr.F. vom 25.09.1998 ein, der ausführte, bei der Klägerin bestünde ein Zustand nach HWS-Distorsionstrauma mit chronischem Nackenhinterhauptskopfschmerz, Einbußen der geistigen Leistungsfähigkeit in den Bereichen Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis, Schwindel mit Störungen der gleichgewichtsregulierenden Systeme. Die genannten Gesundheitsstörungen seien mit großer Wahrscheinlichkeit durch die schädigenden Ereignisse vom 06.02.1991 unmittelbar hervorgerufen worden. Die Wahrscheinlichkeit ergebe sich aus der hohen Übereinstimmung des Beschwerdebildes wie auch der erhobenen Befunde mit einem in der wissenschaftlichen Literatur gut dokumentierten Krankheitsbild "Zustand nach HWS-Distorsionstrauma". Andere Ursachen, schicksalsmäßige Entwicklung von Leiden oder Belastung durch Umwelteinflüsse hätten nicht zu dem bestehenden Krankheitsbild geführt. Die MdE sei mit 50 v.H. unter Einbeziehung der Gleichgewichtsstörungen auf HNO-ärztlichem Gebiet mit insgesamt 65 v.H. anzunehmen. Dazu vertrat die Beklagte mit Schriftsatz vom 19.11.1998 die Auffassung, Prof.Dr.F. habe bei seiner Beurteilung die aktenkundigen Vorerkrankungen und deren schicksalhaftes Fortschreiten nicht berücksichtigt. Die Klägerin übergab einen Befundbericht des Dr.M. im Arztbrief vom 27.11.1998, wonach bei ihr rasch zunehmende Sehstörungen vorgelegen hätten. Von augenärztlicher Seite sei der Befund normal gewesen. Nach einer Begutachtung der Klägerin in E. sei es offensichtlich zu Störungen der Augenmotilität gekommen. Es bestünden weiter starke Schlafstörungen und Nackenkrämpfe. Ungeändert sei die Blasen-Mastdarm-Störung, so dass eine Blaseninkontinenz weiterhin bestehe mit Erschwernis beim Stuhlgang. Auch im EEG seien jetzt wiederum herdförmige Veränderungen nachweisbar. Weiterhin übergab sie einen Beitrag des Prof.Dr.W. , wonach die Kopfstützen nicht in jedem Fall vor HWS-Verletzungen schützten. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 24.02.1999 führte Dr.K. aus, es gebe eine Menge Ursachen, warum neuropsychologische Störungen bestehen könnten. Die von Prof.Dr.F. beschriebenen Störungen seien unspezifisch und keinesfalls kausal auf das Unfallereignis zurückzuführen. Dass noch nach sechs Jahren seien, sei unwahrscheinlich. Er könne insgesamt gesehen das Gutachten des Prof.Dr.F. nicht nachvollziehen. Er halte auch eine weitere Abklärung nicht für erforderlich, nachdem der Unfall erwiesenermaßen in Bestätigung sämtlicher Vorgutachter nicht zu einer direkten Hirnschädigung geführt habe, sondern zu einer leichten Verletzung der Halswirbelsäule. Er halte auch das Gutachten des Prof.Dr.L. nicht für nachvollziehbar. Er sei allerdings kein HNO-Arzt. Die Klägerin weist mit Schriftsatz vom 30.03.1999 darauf hin, dass Dr.Dr.K. die Einholung eines neurochirurgischen oder neuroradiologischen Gutachtens angeregt habe. Mit Urteil vom 08.04.1999 hat das Sozialgericht München die Klage abgewiesen. Es hat seine Auffassung auf die Gutachten der Ärzte Dres.N. , Prof.Dr.P. , Dr.G. , Dr.Dr.K. , Dr.K. und Dr.K. gestützt. Dagegen richtet sich die Berufung der Klägerin. Sie macht geltend, den Gutachten des Prof.Dr.C. und Prof.Dr.F. sei aufgrund der überlegenen Forschungsmittel und durchgeführten Untersuchungsmethoden zu folgen. Das Sozialgericht setze sich nicht ausreichend mit den Befunden des Dr.V. , des Dr.M. und des Prof.Dr.N. sowie der vorgelegten Stellungnahme des Dr.W. vom 25.02.1997 und dem Gutachten des Prof.Dr.L. vom 05.05.1997 auseinander. Sich widersprechende Gutachten lägen sowohl auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet wie auch auf HNO-ärztlichem Gebiet vor. Die Klägerin legt Arztbriefe des Radiologen Dr.H. über Emissions-Tomographien (Spect) vom 17.08. und 31.08.1999, einen Brief des Neurologen Dr.M. vom 01.10.1999 sowie ein Vortragsmanuskript des Prof.Dr.C. vom 20.03.1999 vor, in welchem sich dieser insbesondere mit der Spect-Methode auseinandersetze. In den Befundberichten des Dr.H. werde bestätigt, dass unfallbedingt Gehirnverletzungen vorlägen. In den Berichten beschreibt Dr.H. Perfusionsstörungen im Bereich des Gehirns der Klägerin. Der Senat hat die Akten des Landgerichts München I, Az.: 29/0157/94, betreffend einen Rechtsstreit der Klägerin gegen die Z. Versicherungsgesellschaft AG beigezogen. Darin findet sich ein Gutachten des Prof.Dr.M. vom 24.01.1997 zu der Frage, ob die bei der Klägerin festgestellten gesundheitlichen Störungen durch das Unfallereignis vom 06.02.1991 allein oder wenigstens mitverursacht worden seien und zu einer 100 %igen Invalidität geführt hätten. Der Gutachter gelangt zu dem Ergebnis, das Unfallereignis vom 06.02.1991 habe aufgrund der bekannt gemachten und dokumentierten Umstände und Fakten höchstens eine Beschleunigung der Kopf-Hals-Region geringsten Ausmaßes hervorgerufen. Eine durch körpereigene Verschleißprozesse hervorgerufene klinisch stumme Arteria vertebralis-Symptomatik sei durch dieses Ereignis zutage getreten. Dabei sei der Unfall vom 06.02.1991 als gelegenheitsursächlich einzustufen. Erschwerend komme hinzu, dass bei dem vorbestehenden knöchernen Verschleißprozess der Halswirbelsäule vier Wochen nach dem Unfall die Schanz sche Halskrawatte angelegt worden sei. Das übermäßig lange Tragen führe zu einer weiteren Funktionsstörung der Muskulatur, die sich durch Verkürzung und Kraftverlust bemerkbar mache. Hätte das Ereignis eine Verletzung der Flügelbänder bedingt, dann wäre durch die mechanische Mehrbelastung auch in Nativröntgenaufnahmen

ein Verschleiß der Kopfgelenke darzustellen. Dies sei nicht der Fall. Alle zwischenzeitlich beschriebene Störungen seien, sofern sie klinisch erfassbar und durch apparative Untersuchungsgänge objektivierbar seien, Folge des degenerativ bedingten Arteria vertebralis-Syndroms. Verstärkerfunktion habe das überlange Tragen der Schanz schen Halskrawatte gehabt. Die neurootologischen Gesichtspunkte hätten ihre Ursachen in dem körpereigenen verschleißbedingten Veränderungen der die Vertebralarterie umschließenden bzw. anliegenden knöchernen Strukturen. Der Bevollmächtigte der Klägerin macht geltend, Dr.M. sei schon von dem falschen Ausgangspunkt ausgegangen, dass das auffahrende Fahrzeug mit nur geringer Geschwindigkeit aufgefahren sei. Hinzu komme, dass die Klägerin nach dem Unfallereignis durchaus über erhebliche Ausfallserscheinungen geklagt habe. Bei der Beurteilung der bildgebenden Verfahren habe sich der Gutachter in Widerspruch zu den Stellungnahmen des Prof.Dr.N. , Dr.V. und des Dr.M. gesetzt. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 30.03.1998 führt Dr.M. aus, bei anderen Auffahrgeschwindigkeiten und einem Totalschaden am Fahrzeug der Klägerin wären auch andere, klinisch fassbare Untersuchungsbefunde an der Halswirbelsäule zu finden gewesen. Der Sachverständige weist dann darauf hin, dass die Gutachter Prof.Dr.N. , Dr.V. und Dr.M. zu völlig unterschiedlichen Untersuchungsergebnissen gelangen. Die von den vorgenannten Ärzten durchgeführten Untersuchungen ließen nur dann Rückschlüsse auf die Verursachung zu, wenn die gleichen bildgebenden Techniken vor dem Unfall intakte Bandstrukturen gezeigt hätten. Ihm seien die Untersuchungsmethoden des Dr.V. bekannt und nach seiner Auffassung wissenschaftlich anerkannt. Vorübergehende Verbesserungen des Gesundheitszustandes sprächen gerade für eine unfallunabhängige, chronische Verlaufsform. Hierbei seien durch äußere Einflüsse oder auch innere Bedingungen Beschwerdelinderungen und -verschlechterungen zu beobachten. Er schließe eine Ruptur der Ligamenta alaria aus. Die Bänder seien auf allen Bilddokumenten des Dr.V. zur Darstellung gekommen. Die von der Klägerin geschilderten Beschwerden passten nicht zu dem Symptombild der Ruptur der Ligamenta alaria. Bei bestimmten Erkrankungsformen wie der chronischen Polyarthritis könnten Ausdünnungen und schleichende Ruptur ohne Unfall eintreten. Weiter hat der Senat die Akten des Bayerischen Versicherungsverbands betreffend Unfallschaden der Klägerin vom 06.02.1991 beigezogen. Es findet sich darin ein Gutachten des Dr.N. , erstattet für die Bayerische Versicherungskammer vom 12.05. 1992. Dr. N. gelangt darin ebenfalls zu dem Ergebnis, dass es bei dem Unfall zu einer Zerrung der Halswirbelsäule gekommen ist, die typischerweise innerhalb weniger Wochen ausheilt. Der Unfall habe auf nervenärztlichem Gebiet keine Dauerschäden hinterlassen. Mit Schriftsatz vom 24.01.1994 hat die Klägerin Klage gegen den Bayerischen Versicherungsverband beim Landgericht München I erhoben (Az.: 29 O 1559/94). In dieser Akte ist ein Gutachten des Nervenarztes Prof.Dr.B. vom 02.03.1995 enthalten, in welchem ausgeführt wird, die Klägerin habe am 06.02. 1991 eine Gewalteinwirkung auf die Halswirbelsäule und nach Sachlage auch auf den Hinterkopf erlitten. Ob das Gehirn betroffen worden sei, gehe weder aus den Unterlagen noch aus den jetzigen Angaben der Klägerin zweifelsfrei hervor. Die Bedenken ergäben sich ausschließlich daraus, dass die Klägerin sich nicht an Einzelheiten erinnern könne, weshalb sich eine flüchtige hirnbedingte Bewusstseinsstörung nicht von den Auswirkungen des Schreckens infolge des Unfalls abgrenzen lasse. Aber selbst dann, wenn man eine hirnbedingte flüchtige Erinnerungslücke annehme, könne es sich allenfalls um eine leichte Gehirnerschütterung gehandelt haben, nicht um eine gedeckte Hirnverletzung. Die Gewalteinwirkung auf die Halswirbelsäule habe die in den Arztberichten festgehaltenen Befunde bedingt. Unklar sei in diesem Zusammenhang die in einem Teil der Unterlagen mitgeteilte und auch ihm gegenüber von der Klägerin berichtete Störung der Blasenentleerung. Ohne entsprechende urologische, urodynamsiche Befunde könne man zu diesen Krankheitszeichen jetzt nicht weiter Stellung nehmen. Ohne vorliegende Befunde könne man nicht sagen, ob die Berichte der Störung der Blasenentleerung mit dem Nervensystem zusammenhänge (neurogene Blasenentleerungsstörung) oder eine andere Ursache habe. Festzuhalten sei aber, dass bei den ersten neurologischen Untersuchungen kein einziges anderes Krankheitszeichen des Rückenmarks vorgelegen habe und auch aus den jetzigen Angaben der Klägerin nicht ersichtlich sei. Die von einem anderen Nervenarzt nach seinen Untersuchungen ab September 1991 vermutete unfallbedingte Rückenmarksschädigung lasse sich nach den Befunden von Februar bis April 1991, den Ergebnissen der stationären Untersuchung in M. im Oktober 1991 und den von Prof.Dr.G. beschriebenen Befunden sowie den Befunden der jetzigen Untersuchung nicht bestätigen. Die Bilder der kernspintomographischen Untersuchungen am 20.10.1991 und 03.02.1994 zeigten keinen unfallbedingten Schaden des Hals- und des oberen Brustmarks. Die Hirnstromkurven könnten nach der allgemeinen neurologischen Erfahrung nicht für sich allein, sondern nur zusammen mit der gesamten Vorgeschichte und den übrigen Befunden beurteilt werden. Sie lägen jetzt nicht vor, die mitgeteilten Befunde beschrieben einen auffälligen, aber keine zweifelsfrei krankhaften Befund. Unfallbedingte Durchblutungsstörungen des Gehirns und gerade des Hirnstamms hätten sich ebenso wie eine gedeckte Verletzung des Kleinhirns bereits bei den nervenärztlichen Untersuchungen von Februar bis März 1991 zeigen müssen, zumindest die gedeckte Kleinhirnverletzung auch bei der computertomographischen Gehirnuntersuchung vom März 1991. Keine der insgesamt drei kernspintomographischen Gehirnuntersuchungen habe aber Folgen einer abgelaufenen Durchblutungsstörung oder einer gedeckten Hirn- oder Kleinhirnverletzung erkennen lassen. Aus teilweise denselben Gründen könne man auch dem Gutachten des Prof.Dr.C. nicht beipflichten. Die in den Unterlagen und auch im Gutachten von Prof.Dr.C. beschriebenen Auffälligkeiten der Gleichgewichtssteuerung könnten schon wegen der unauffälligen Befunde der ersten Untersuchung und der fehlenden Spätschäden nicht mit dem Grad der Wahrscheinlichkeit als Unfallfolge begründet werden. Dazu komme, dass die elektrische Aufzeichnung der mit der Gleichgewichtssteuerung verbundenen Augenbewegung durch Medikamente beeinflussbar sei und auch von der Mitarbeit des untersuchten Menschen abhänge. Die von Prof.Dr.C. aufgezeichneten Körperschwankungen könnten nicht mehr festhalten als die Körperschwankungen selbst, eben deshalb nichts über ihre Ursache aussagen, vor allem keine seelisch bedingten Gleichgewichtsstörungen mit der erforderlichen Sicherheit ausschließen. Um sie als Unfallfolge anzusehen, reichten die anfänglichen Klagen der Klägerin unter anderem über Übelkeit, Schwindel, Sehstörung und Konzentrationsschwierigkeiten nicht hin. Die von Prof.C. beschriebene Störung des Riechens und Schmeckens habe die Klägerin nach ihren jetzigen Angaben erst während des Klinikaufenthalts in M. bemerkt. Nach den damaligen Untersuchungsbefunden seien aromatische Geruchsstoffe wahrgenommen, unterschieden, teilweise erkannt worden. Neurologisch sei nicht zu begründen, dass der damalige Befund falsch beschrieben worden sei. Störungen des Riechens und des Schmeckens fänden sich nicht in den Berichten der ersten Untersuchungen und auch nicht in den Briefen des im September 1991 aufgesuchten Nervenarztes. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 10.08.1995 führt Prof. Dr.B. aus, ohne urologische Untersuchung könne man nicht sagen, wie weit eine grundsätzlich betrachtet mögliche rücken-marksbedingte oder hirnbedingte Störung der Blasenentleerung vorliege. Nicht alle Auffälligkeiten der Hirnstromkurve seien sicher krankhaft. Ein bleibender unfallbedingter Schaden des Gehirns sei aufgrund der kernspintomographischen Untersuchungen und der späteren computertomographischen Gehirnuntersuchung nicht ersichtlich. In einer Stellungnahme vom 05.09.1995 auf Einwendungen den Bevollmächtigten der Klägerin hin blieb Prof. Dr.B. bei seinen bislang vertretenen Meinungen. In einer weiteren Stellungnahme vom 15.02.1996 blieb Prof.Dr.B. bei der Auffassung, dass man ohne entsprechende urologische, urodynamische Befunde nicht sagen könne, ob sie mit dem Nervensystem zusammenhingen. Allerdings sei darauf hinzuweisen, dass nach dem Gesamtzusammenhang der neurologischen Beurteilung unterliegende Blasenentleerungsstörungen als Folge des Unfalls weniger wahrscheinlich seien. Es müsse auch über den Beweiswert der Angaben der Klägerin entschieden werden, die Störungen der Blasenentleerung hätten sich sogleich nach dem Unfall gezeigt. Sie habe sie bei den ersten Untersuchungen nicht angegeben, weil sie keinen Zusammenhang mit dem Unfall gesehen habe. Auffälligkeiten in der Hirnstromkurve ermöglichten nur zusammen mit der Vorgeschichte und den übrigen Befunden weiterreichende Aussagen. Eine weitere ergänzende Stellungnahme gab Prof.Dr.B. am 06.03.1996 ab. Die von der Klägerin jetzt übergebenen

Computertomographiebilder der Gehirnuntersuchung vom 05.03.1991 und die noch einmal gebrachten Bilder der kernspintomographischen Gehirnuntersuchung vom 21.05. und 28.10.1991 seien gemeinsam mit dem Oberarzt der Radiologischen Poliklinik Innenstadt Dr.P. betrachtet worden. Die Bilder der CT-Untersuchung vom März 1991 zeigten keinen Unfallschaden. Die Klägerin verwies auf eine Bescheinigung des Dr.M. vom 19.06.1996, nachdem sich in der Kernspintomographie von 1991 keine Anhaltspunkte für Durchblutungsstörungen im Sinn einer sogenannten Leukaraiose, also Veränderungen, die sich punktförmig darstellten, ergäben. Er gehe nicht konform mit den Äußerungen von Prof.Dr.A. , Prof.Dr.B. , der hier von Anomalien gesprochen habe. Es handle sich um die Folgen einer Verletzung und nicht um Durchblutungsstörungen. Am 12.04.1999 erstatte der Chefarzt der Urologischen Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in M. Prof. Dr.A. auf Veranlassung des Landgerichts München I in dem Rechtsstreit der Klägerin gegen den Bayerischen Versicherungsverband ein Gutachten, in welchem er ausführte, bei Vorliegen nicht neurogener Faktoren und im Gutachten im Einzelnen beschriebenen Veränderungen des unteren Harntrakts und dem nicht eindeutig für eine neurogene Blasenentleerungsstörung sprechenden tonometrischen Untersuchungsbefund sei eine neurogene Komponente in den bei der Patientin zweifelsfrei vorliegenden Blasenentleerungsstörungen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit möglich, jedoch nicht zweifelsfrei nachweisbar. Die Frage nach dem Vorliegen einer unfallbedingten Blasenentleerungsstörung sei insofern zu beantworten, dass eine neurogene Komponente der bestehenden Blasenentleerungsstörungen vorliegen könne, jedoch aufgrund der weiteren Befunde unwahrscheinlich einziger Auslöser sei. Inwieweit die mögliche neurogene Komponente durch den Unfall verursacht sein könne, sei aus urologischer Sicht nicht abschließend beurteilbar, zumal selbst aus neurologischer Sicht wohl eine abschließende Beurteilung des Ausmaßes der durch den Unfall bedingten neurologischen Schädigung bislang nicht möglich sei. Das Landgericht München I holte ein weiteres urologisches Gutachten des Prof.Dr.A. vom 15.12.1999 ein. Die Klägerin berichte, dass sie in der Nacht nach dem Unfall am 06.02.1991 eine innere Unruhe mit Harndrang verspürt habe. Seitdem habe sie kein Blasengefühl mehr empfunden, insbesondere nehme sie die Blasenfüllung nicht mehr wahr. Der Harndrang würde nicht mehr wie früher, sondern als inneres Unruhegefühl verspürt, das zum nächtlichen Wasserlassenmüssen (zwei- bis fünfmal pro Nacht) führe. Mit Einsetzen dieses Unruhegefühls bestehe die Gefahr des unwillkürlichen Urinverlusts. Sie habe die Dranginkontinenz erst nach sieben Monaten angesprochen. Zwar fehlten bei der Klägerin Brückensymptome für die ersten sieben Monate nach dem Unfall, aber es werde von Prof.Dr.A. eingeräumt, dass Störungen der Blasenentleerung von einem Teil der betroffenen Menschen erst nach einiger Zeit oder nach gezielten Fragen des Arztes angegeben würden. Dies könne bei der Klägerin zutreffen. Weiterhin seien nicht alle drei wesentlichen Anforderungen an die Blasenkontrolle erfüllt. Die Blasenkontraktion könne bei Endfüllung der Blase nicht hinausgezögert werden. Werde dieses versucht, komme es zum unwillkürlichen, zwanghaften Harnverlust. Im Sinne von Yeates könne eine partielle Störung der Blasensensibilität vorliegen. Mit einer Wahrscheinlichkeit von 40 % liege eine neurogene Blasenentleerungsstörung vor. Motorische Dranginkontinenz sei als neurogene Blasenentleerungsstörung aufzufassen, Kapazitätsvergrößerung, Hypotonie und Restharn bis zur gesteigerten Dehnbarkeit seien hingegen nicht neurogen verursacht (entsprechend 60 %). Im Termin am 08.11.2000 vor dem Landgericht München I vertrat Prof.Dr.A. die Auffassung, es bestehe eine hinreichende Wahrscheinlichkeit für eine unfallbedingte neurogene Blasenstörung. Er verwies auf Seite 10 seines Gutachtens vom 12.04.1999. Am 20.06.1997 erstattete Dr.S. auf Veranlassung des Landgerichts München I ein orthopädisches Gutachten, in welchem er darlegte, der gegenständliche Unfall habe eine altersentsprechend degenerativ vorgeschädigte Halswirbelsäule getroffen, die Größe des Unfallimpulses, der zu einer Halswirbelsäulenbeschleunigung in Extensions- und Flexionsrichtung geführt habe, habe jedoch nicht zu einer radiologisch fassbaren ossären oder diskoligamentären Verletzung geführt. Es habe, wenn überhaupt, eine leichte Verletzung der Halswirbelsäule vorgelegen. Die Einschränkung "wenn überhaupt" sei letztendlich aus der Analyse des Unfallablaufs und der Schäden am Unfallfahrzeug sowie aus der Analyse der von der Klägerin vorgetragenen Beschwerden gemacht worden. Es sei wahrscheinlich, dass die Beschleunigung der HWS durch den Unfall so gering gewesen sei, dass sie zu keiner substanziellen, also organischen Schädigung im Bereich der HWS geführt habe. Es sei jedoch möglich, also nicht auszuschließen, dass diese Verletzungen aufgetreten seien. Weder aus der Akte noch im Rahmen der Anamneseerhebung sei von der Klägerin angegeben worden, dass sie im Augenblick den Aufpralles den Kopf zu einer Seite rotiert gehalten habe. Unter der Voraussetzung, dass dies der Fall gewesen sei, sei zu diskutieren, ob eine kernspintomographisch diagnostizierte Veränderung dieser Ligamente in einem längeren zeitlichen Abstand zum Unfallgeschehen traumatisch oder degenerativ bedingt sei. Diese Frage sei nach dem heutigen Stand der kernspintomographischen Technik nicht mit Wahrscheinlichkeit zu beantworten. Aus dem Vorliegen der im Rahmen dieser bildgebenden Untersuchung erhobenen Befunde auf eine Unfallabhängigkeit dieser Befunde zu schließen, sei somit nicht statthaft. Eine Verletzung der HWS und eine Verletzung von Halswirbelsäulenbändern durch den gegenständlichen Unfall sei wenig wahrscheinlich, jedoch möglich, also nicht sicher auszuschließen. Eine Verletzung der Lendenwirbelsäule mit einer traumatischen Spondylolyse und einer sich daraus entwickelnden Spondylolysthesis sei gutachterlicherseits mit Sicherheit auszuschließen. Dr.S. erstattete am 03.11.1997 ein weiteres Gutachten erstattet, in welchem er ausführte, bei der Klägerin lägen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule vor, die den physiologischen Alterungsprozess eindeutig überschritten. Das Faktum eines Totalschadens lasse keine Rückschlüsse auf die Schwere des Unfalls zu; das Faktum eines Rahmenschadens des Fahrzeugs lasse Rückschlüsse auf die auf den Fahrer einwirkende Kraft zu. Die im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang zum Unfall durchgeführten Untersuchungen seien im Rahmen einer retrospektiven Analyse wesentlicher Bestandteil der Bewertung. Nativröntgenaufnahmen von Skelettabschnitten und insbesondere der Halswirbelsäule ließen technikbedingt keinen Schluss auf Verletzungen an Bändern der Halswirbelsäule zu. Die Funktionskernspintomographie, die von Herrn Dr.V. in diversen Zeitschriften mehrfach veröffentlicht worden sei, seien ihrer Aussagefähigkeit wissenschaftlich umstritten. In keinem Fall sei eine Ruptur oder sogar Teilruptur der Ligamenta alaria durch diese Untersuchung direkt nachweisbar. Darüber hinaus lasse keine bisher bekannte Untersuchungsmethode eindeutig den Nachweis zu, welche Ursache für diese Veränderung vorgelegen habe. Es lasse sich lediglich in der Zusammenschau mehrerer verschiedener Untersuchungsergebnisse aus verschiedenen Untersuchungen Hinweise für eine Entstehung finden, die dann von Seiten des Untersuchers bewertet werde. Im Termin am 08.05.1998 vor dem Landgericht München I bekundete Dr.S. die unmittelbar nach dem Unfall angefertigten Röntgenbilder erlaubten trotz der schlechteren Qualität eine Abgrenzung zwischen traumatischen und degenerativen Veränderungen. Das Röntgenbild lasse keinen Rückschluss auf das klinische Bild zu. Veränderungen der Weichteile seien durch ein Kernspintomogramm feststellbar. Allein durch eine derartige Untersuchung sei eine Unterscheidung hinsichtlich der Ursachen nicht möglich, insbesondere keine direkte Zuordnung zu einer Ursache. Eine eindeutige differenzialdiagnostische Zuordnung der auf dem Kernspin sichtbaren Narbenbildung sei nicht möglich aufgrund einer einmaligen Untersuchung. Narbenbildung sei gleichermaßen bei traumatischer als auch bei entzündlichen Einwirkungen möglich. Auch degenerative Veränderungen könnten Signale im CT und insbesondere im Kernspintomogramm verursachen. Nach seiner Ansicht ziehe die Untersuchung von Dr.V. einen Schluss aus dem Untersuchungsergebnis, der aufgrund der angewendeten Untersuchungstechniken so nicht gezogen werden könne. Die vegetativen Veränderungen, die in dem ersten Unfalluntersuchungsbericht und in dem Gutachten Prof.Dr.B. beschrieben würden, seien eindeutig unfallbedingt. Sie seien in seinem Gutachten berücksichtigt, führten aber nicht zu einer anderen Beurteilung seiner Untersuchungsergebnisse. Die Symptome seien vorübergehend und verschwänden nach einiger Zeit. Insbesondere seien viele dieser Symptome nicht objektivierbar, wie z.B. Kopfweh. Seines Wissens sei die neurootologische Untersuchung erst ein paar Jahre nach dem Unfall durchgeführt worden. Nur bei einer in engem zeitlichen Zusammenhang durchgeführten entsprechenden Untersuchung könne er

daraus für seine Begutachtung Schlussfolgerungen ziehen. Der Bevollmächtigte der Klägerin übergab in dem Rechtsstreit gegen die Versicherungsbank einen Arztbrief des Beauftragten für manuelle Medizin der Universität des Saarlandes Dr.W. vom 25.02.1997. Darin wird ausgeführt, es fänden sich bei der Klägerin eindeutige Hinweise auf eine asymmetrische Funktionspathologie, besonders der oberen HWS rechts. Es gebe gewichtige Gründe dafür, dass die seit einem kombinierten Heck- und Frontal-Kfz-Trauma bestehende rechtsbetonte cerviko-enzephale Symptomatik kausal auf dieses Trauma zu beziehen sei. Im vorliegenden Rechtsstreit verwies der Bevollmächtigte der Klägerin auf die Gutachten des Dr.A. vom 12.04.1999 und 15.12.1999 und dessen persönliche Anhörung im Termin vom 08.11.2000. Weiterhin verwies er auf einen Arztbrief des Dr.M. vom 01.10.1999 an die Klägerin persönlich und auf einen Brief des Dr.M. an Dr.B. vom 01.02.2000. In letzterem wird ausgeführt, die Beschwerden der Klägerin hätten sich eher deutlich verschlechtert. Inzwischen sei eine PET-Untersuchung in Plochingen bei Dr.H. erfolgt, die eindeutig das Perfusionsdefizit im Bereich der rechten Temporalregion beschreibe und im Bereich der linken Insularegion. Dies beweise objektiv, dass bei der Klägerin erhebliche traumaabhängige Durchblutungsstörungen vorlägen. Es bestehe eine Schwäche der Klägerin, vor allem beim Aufstehen. Es handle sich hier sicherlich um eine zentrale Störung der Koordination, die von der Klägerin selbst beobachtet werde. Sie stürze häufig und habe sich dabei im November eine Nasenbeinfraktur zugezogen. Mit Schreiben vom 28.12.2000 wurde das Gutachten über die Beschädigungen des Fahrzeugs der Klägerin nach dem Unfall vom 06.02.1991 vorgelegt. Der Senat hat unter anderem einen Bericht des Nervenarztes Dr.P. vom August 2000 eingeholt. Der Arzt berichtet darin, dass die Klägerin letztmalig am 26.06.1989 wegen Ausnahmezuständen in seiner Behandlung war. Es habe sich um eine Konversionsneurose gehandelt. Im beigefügten Arztbrief vom 01.08.1984 führt er aus, die Klägerin klage über intensive Kopfschmerzen. Es handele sich um ein vasomotorisches Kopfschmerzsyndrom. Im Arztbrief vom 30.06.1989 berichtet Dr.P. , die Klägerin habe ihn wegen Ohnmachtsanfällen ungeklärter Genese aufgesucht. Sie berichte über anfallsartig auftretende Zustände von Übelkeit, Ohnmachtsgefühl, rohrförmige Einengung des Gesichtsfelds, starre Augen. Sie traue sich dann nicht mehr zurück zu sehen, könne sich nicht orientieren und werde gelegentlich auch ohnmächtig. Weiter hat der Senat eine Auskunft des Dr.S. vom 15.05. 2000 eingeholt, wonach er in seinen Unterlagen keine Befunde über die Okklusionsverhältnisse bei der Klägerin vermerkt habe. Der Senat hat sodann ein Gutachten des Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen Prof.Dr.F. vom 22.10.2001 eingeholt. Der Sachverständige gelangt zu dem Ergebnis, die Klägerin gebe glaubhaft Beschwerden an, wie sie typischerweise von einer craniomandibulären Dysfunktion hervorgerufen würden. Deshalb sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass ein solches Leiden vorliege. Zur Beurteilung, ob das Leiden ursächlich auf den Unfall zurückzuführen sei, müsse auf Angaben aus alten Gutachten zurückgegriffen werden. Aus den Akten gehe hervor, dass die Klägerin in den Jahren 1989 und 1990 wegen eines Wirbelsäulensyndroms, Migräne, Neuritis und Myogelose behandelt worden sei. Da cerviko-craniale Dysfunktionen häufig mit CMD vergesellschaftet seien, lasse sich nicht ausschließen, dass bei der Klägerin zum Zeitpunkt des Unfalls bereits eine latente craniomandibuläre Dysfunktion vorgelegen haben könnte. Bei fortschreitendem Zahnverlust und unzureichender prothetischer Versorgung könne solche eine latente CMD klinisch manifest werden. Solch eine Situation beschreibe Dr.C. in seinem Attest vom 28.04.1992. Der bei dem Untersuchungstermin festgestellte schlechte Halt der Unterkieferprothese könne allein für sich bereits eine cranomandibuläre Dysfunktion auslösen. Die bislang genannten Punkte deuteten auf ein traumaunabhängiges Krankheitsgeschehen hin. Demgegenüber seien jedoch Zusammenhänge zwischen Autounfällen und Symptomen, wie sie bei einer CMD aufträten, bekannt. Wie von Garcia beschrieben, seien bei Patienten mit diesem Krankheitsbild in den Magnetresonanztomographien pathologische Veränderungen wie beispielsweise Diskusverlagerungen, Entzündungen oder Ödeme zu erkennen. Es sei somit wahrscheinlich, dass durch den Unfall vom 06.02.1991 bei der Klägerin eine bereits bestehende latente CMD richtungweisend verschlechtert worden sei. Aus den Akten gingen keine detaillierten Kiefergelenksbefunde hervor. Es sei somit festzustellen, dass bei der Klägerin eine craniomandibuläre Dysfunktion vorliege, die wahrscheinlich durch den Unfall eine richtungweisende Verschlechterung erfahren habe. Die beiden in der Beweisfrage alternativ anzunehmenden Verletzungen führten zu keiner abweichenden Beurteilung. Die CMD als wahrscheinlich durch den Unfall verschlechterte Erkrankung sollte mit einer MdE von 5 % beurteilt werden. Der Bevollmächtigte der Klägerin weist darauf hin, dass die bloße Möglichkeit, dass eine Vorschädigung vorgelegen habe, nicht ausreiche. Dr.C. verweise im Attest vom 28.04.1992 auf den Arztbrief des Dr.S. , wonach aufgrund seines Behandlungskontakts davon auszugehen sei, dass keine Kieferanomalie vorgelegen habe. Der letzte Behandlungskontakt bei Dr.S. sei am 03.01.1991 gewesen. Die Beklagte trug dazu vor, es sei fraglich, ob der Sachverständige überhaupt von zutreffenden Anknüpfungstatsachen bei seiner Beurteilung ausgegangen sei. Der Sachverständige sei auch davon ausgegangen, dass die Angaben der Klägerin über ihre Beschwerden glaubhaft seien, wohingegen ihm nicht entgangen sein könne, dass es nach dem eher banalen Unfallgeschehen zu einer nicht mehr nachzuvollziehenden Beschwerdeausweitung gekommen sei. Der Sachverständige führe aus, dass bei Patienten mit dem von ihm festgestellten Krankheitsbild in den Magnetresonanztomographien pathologische Veränderungen, wie beispielsweise Diskusverlagerungen, Entzündungen oder Ödeme zu erkennen seien. Deshalb sei es wahrscheinlich, dass durch den Unfall vom 06.02.1991 bei der Klägerin eine bereits bestehende latente CMD richtungweisend verschlechtert worden sei, obwohl aus den Akten keine detaillierten Kiefergelenksbefunde hervorgingen. Eine solche Zusammenhangsbeurteilung sei nicht nachvollziehbar. Davon abgesehen sei eine MdE von 5 v.H. für die Zuerkennung einer Verletztenrente nicht ausreichend.

Die Klägerin stellt den Antrag aus dem Schriftsatz vom 21.09.1999 und wiederholt die Beweisanträge aus dem Schriftsatz vom 04.06.2002.

Die Beklagte beantragt, die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Der Senat hat die Akten des Sozialgerichts und der Beklagten sowie die Akten über die Streitigkeit der Klägerin mit dem Bayerischen Versicherungsverband und der Z. Versicherungsgesellschaft AG, betreffend den in Frage stehenden Unfall vom 06.02.1991 beigezogen. Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf den Akteninhalt Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist gemäß § 143 SGG zulässig, sachlich jedoch nicht begründet. Der Anspruch der Klägerin richtet sich noch nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO), da Rentenleistungen erstmals vor In-Kraft-Treten des Siebten Sozialgesetzbuches (SGB VII) festzusetzen wären (§ 214 Abs.3 SGB VII). Die Klägerin hätte einen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente, wenn ihre Erwerbsfähigkeit wegen der Folgen des am 06.02.1991 erlittenen Unfalls um wenigstens 20 v.H. gemindert wäre (§ 581 Abs.1 Nr.2 RVO). Diese Voraussetzung ist vorliegend nicht erfüllt. Die Folgen des Unfalls haben über die 13. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus bzw. nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit am 21.03.1991 keine MdE meßbaren Grades hinterlassen. Die als Unfallfolge geltend gemachte Erkrankung muss als anspruchsbegründende Tatsache mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen (BSGE 45, 285 f.). Mit an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit liegt vor bei einem so hohen Grad an Wahrscheinlichkeit, dass kein vernünftiger Mensch noch zweifelt (Meyer-Ladewig, 6. Auflage, Kommentar zum SGG, § 118, Anm.5). Der Zusammenhang des geltend gemachten Leidens mit dem angeschuldigten Unfall muss mit Wahrscheinlichkeit feststehen, d.h., es müssen deutlich mehr Gründe für als

gegen den Zusammenhang sprechen (BSG a.a.O.). Orthopädischerseits hat der Unfall, wie sich zunächst aus dem Gutachten des Prof.Dr.P. bzw. Dr.R. vom 21.12.1991 ergibt, zu einer Zerrung der Halswirbelsäule des Schweregrades I geführt. Zwar führt Prof.Dr.P. an, bei der Klägerin hätte ein beschwerdefreies Intervall von 12 Stunden vorgelegen, während bei der Klägerin nach vier Stunden Kopfschmerzen auftraten, doch ergibt sich aus der Literatur zur Unfallbegutachtung, dass bei leichten Fällen (Schweregrad I nach Erdmann) eine schmerzfreie Zeitspanne von Stunden (wenn auch häufig 12 Stunden) bis zu zwei Tagen festzustellen ist (vgl. Schönberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage, S.519). Die Klägerin trug noch in der Unfallanzeige vom März 1991 vor, sie habe sich zunächst nicht verletzt gefühlt, erst am Abend erste Anzeichen bemerkt, die stärker am 07.02.1991 gewesen seien. Die Klägerin suchte nach dem Bericht der Ärztin Dr.Z. vom 12.06.1991 diese erstmals am 08.02. 1991, d.h. erst am zweiten Tag nach dem Unfall, auf. Orthopädische Behandlungen nahm die Klägerin nach dem Bericht des Dr.M. vom 19.02.1991 sogar erst am 14.02.1991 in Anspruch. Dabei gab sie an, dass sie zwar am Abend zunehmend Kopfschmerzen bekommen hätte, sowie Konzentrationsschwierigkeiten und Übelkeit, dass sie jedoch nicht erbrochen habe. Schon bei der ersten Röntgenaufnahme der HWS am 14.02.1991 stellten sich bei der Klägerin unfallunabhängige degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule, nämlich eine Osteochondrose C4/5, C5/6, C6/7 sowie eine Spondylose und Spondylarthrose dar. Zu Recht weist Dr.R. darauf hin, dass die Klägerin nach dem Unfall in der Lage war, folgerichtig zu handeln, da sie nach ihren eigenen Angaben mit ihrem Auto in die Werkstatt bzw. nach Hause fuhr. Am nächsten Tag ist sie sogar ihrer Tätigkeit nachgegangen. Diese Beurteilung wird voll bestätigt durch das Gutachten des Sachverständigen Dr.Dr.K. vom 02.06.1993. Dieser weist darauf hin, dass im Befundbericht des Dr.M. vom 14.02.1991 altersentsprechende Bewegungen der HWS der Klägerin vermerkt sind, woraus zu schließen ist, dass unfallbedingte schmerzhafte Bewegungseinbußen eine Woche nach dem Ereignis nicht mehr vorlagen. Dr.Dr.K. weist ferner auf die massiven Nackenmuskelverspannungen, die damals gefunden wurden, hin, was in Anbetracht der massiven Verschleißveränderungen, die im Röntgenbild am gleichen Tag festgestellt wurden, nicht verwunderlich ist. Wie er ausführt, besteht kein Zweifel daran, dass der massive altersüberschreitende Verschleiß der unteren vier Halswirbel mit zwischenliegenden Bandscheiben vorbestanden hat. Auch der Sachverständige Dr.Dr.K. schließt aus dem Umstand, dass die Klägerin ärztliche Hilfe erstmals am 08.02.1991 in Anspruch nahm, dass eine massive Beschleunigungsverletzung nicht vorgelegen hat. Ebenso wie Dr.R. führt auch er aus, dass der Röntgenverlauf, mit Bildern beginnend eine Woche nach dem Unfall bis zum heutigen Tag zeigt, dass weder in der Frühphase noch in der Spätphase Röntgenveränderungen aufgetreten sind, die sich über den vorhandenen Verschleiß hinaus als Unfallfolge der HWS deuten lassen. Wie Dr.R. schätzt auch er, dass nach dem 21.03.1991 keine unfallbedingte MdE auf orthopädischem Fachgebiet mehr vorgelegen hat. Das Ergebnis wird auch bestätigt durch den Orthopäden Dr.S. in dem sehr ausführlichen, im Weg des Urkundenbeweises verwertete Gutachten vom 20.06.1997 für das Landgericht München I. Hier weist der Sachverständige darauf hin, dass die Röntgenbilder der HWS, die in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zum Unfallgeschehen angefertigt wurden, keinerlei Zeichen einer frischen oder stattgehabten ossären oder diskoligamentären Verletzung zeigen. Die Röntgenbilder weisen dagegen auch nach seiner Ansicht deutliche Zeichen einer degenerativen Veränderung der Halswirbelsäule in mehreren Bewegungssegmenten auf. Ein unfallbedingtes Vorliegen einer Spondylolyse und einer Spondylysthesis im Bereich der Lendenwirbelsäule kann, wie der Sachverständige betont, mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Dies ist deshalb der Fall, weil eine Fraktur der Wirbelsäule aufgrund der Unfallanalyse beim gegenständlichen Unfall mit absoluter Sicherheit nicht vorlag. Ein Wirbelgleiten kann erst aus einer beidseitigen Unterbrechung des Wirbelbogens heraus entstehen, so dass im Umkehrschluss, wie der Sachverständige ausführt, mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, dass das Wirbelgleiten der Klägerin als unfallbedingte Verletzung anzusehen ist. Der Sachverständige Dr.S. betont, dass wenn überhaupt, eine leichte Verletzung der Halswirbelsäule vorgelegen hat. Eine unfallbedingte Veränderung im Bereich der Ligamenta alaria, wie sie von Dr.V. , Dr.N. und Dr.M. angenommen wurden, kann nicht mit Wahrscheinlichkeit bejaht werden. Zum einen weist der Sachverständige Dr.K. überzeugend darauf hin, dass eine Verletzung der Ligamenta alaria aufgrund der Funktion dieser Bänder unabdingbar zu einem sofortigen schweren Krankheitsbild geführt hätte. Zum anderen weist der Gutachter Dr.S. mit überzeugender Begründung darauf hin, dass eine Verletzung dieser Ligamente umso wahrscheinlicher ist, je stärker die Kopfrotation im Augenblick einer Halswirbelsäulenbeschleunigung nach ventral oder dorsal ist. Dr.S. hebt hervor, dass weder aus der Akte noch im Rahmen der Anamneseerhebung bei seiner Begutachtung von der Klägerin angegeben wurde, dass sie im Augenblick des Aufpralls den Kopf zu einer Seite rotiert gehalten hat. Aber auch wenn dies der Fall gewesen wäre, wäre nicht erwiesen, dass eine kernspintomographisch diagnostizierte Veränderung dieser Ligamente traumatisch bedingt wäre. Dr.S. betont, dass diese Frage nach dem heutigen Stand der Kernspintomographischen Technik nicht mit Wahrscheinlichkeit zu beantworten ist. Die Funktionskernspintomographie, die von Dr.V. in diversen Zeitschriften mehrfach veröffentlich wurde, ist in ihrer Aussagefähigkeit wissenschaftlich umstritten. Eine Ruptur oder sogar eine Teilruptur der Ligamenta alaria ist durch diese Untersuchung nicht direkt nachweisbar. Es lassen sich lediglich in der Zusammenschau mehrerer verschiedener Untersuchungsergebnisse Hinweise für eine Entstehung finden. Hier spricht die Erstsymptomatik, wie dargelegt, gegen eine traumatische Veränderung der genannten Bänder. Vorliegend ergibt die Gesamtschau der erhobenen Befunde und der von der Klägerin vorgebrachten Beschwerden nach dem Unfall, dass der Unfall lediglich zu einer Halswirbelsäulenzerrung von Grad I nach Erdmann geführt hat. Auch auf neurologischem Gebiet ist es zu keinen bleibenden Schäden durch den Unfall gekommen. Dies ergibt sich aus den Gutachten des Dr.N. , des Dr.G. , des Dr.K. und des vom Landgericht München I eingeholten Gutachtens des Prof. Dr.B ... Dr.N. weist darauf hin, dass die cranielle Computertomographie am 28.10.1991 keinerlei Hinweise auf eine substanzielle Hirnschädigung, eine Gefäßmissbildung, eine extracerebrale intracranielle Raumforderung oder auf eine Hirnatrophie ergab. Auch die Kernspintomographie des Schädels in der Radiologenpraxisgemeinschaft Dr.W. ergab einen völlig regelrechten Befund in Übereinstimmung mit dem Vorbefund vom 21.05.1991. Die kernspintomographische Untersuchung des cervikalen Spinalkanals erbrachte keinerlei Hinweise auf einen Bandscheibenvorfall, eine knöcherne Verletzung oder eine Verlagerung des Halsmarks. Insbesondere zeigte sich kein Hinweis auf eine Syringomyelie oder auf eine substanzielle Schädigung des Halsmarks. Unter Berücksichtigung des Umstands, dass beim Unfallgeschehen keine organneurologischen Substrate geschädigt wurden, können nervenärztlicherseits, wie Dr.N. betont, weder Behandlungsbedürftigkeit noch Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Diese Beurteilung wird von dem Sachverständigen Dr.G. in dessen Gutachten geteilt. Er weist darauf hin, dass die Beschwerden, die die Klägerin von den Fersen ausgehend, an der Hinterseite der Beine, ausstrahlend Unfallklinik M. bestehen, so dass ein Zusammenhang mit dem Unfall bereits wegen des zeitlichen Intervalls nicht bestehen kann. Auch haben sich die Schmerzen bei der Untersuchung durch Dr.G. nicht objektivieren lassen. Insbesondere fanden sich keine Muskelatrophien und -paresen, auch keine Reflexdifferenzen. Die elektromyographische Untersuchung erbrachte keinen Hinweis auf eine neurogene Schädigung an den Beinen. Für eine Polyneuropathie ergab sich kein Anhaltspunkt. Damit konnte eine von Dr.G. im neurologischen Bericht vom 01.10.1992 gestellte Diagnose nicht bestätigt werden. Auch das geklagte Schweregefühl in den Beinen und das angegebene Stolpern ist, wie Dr.G. betont, weder als Folge einer peripheren noch einer spinalen Störung zu objektivieren. Damit entfällt der im Bericht vom 01.10.1992 ausgesprochene Verdacht auf eine cervikale Myelopathie. Dieser Verdacht war auch nach klinisch-neurologischer Untersuchung ohne Kenntnis des cervikalen Kernspintomogramms ausgesprochen worden. Eine retrograde Erinnerungslücke oder eine Unfallamnesie bestand bei der Klägerin nicht. Für eine traumatische Hirnbeteiligung ergeben sich aus der initialen Phase keinerlei Hinweise. Es sind nach Angaben der Klägerin auch keine äußeren Verletzungen am Kopf aufgetreten. Der Sachverständige schließt daraus zutreffend, dass es deshalb nicht einmal zu einer

Schädelprellung gekommen ist. Der Ansicht des behandelnden Arztes Dr.M. , der Unfall habe sogar ein Schädelhirntrauma im Sinn einer Contusio cerebri herbeigeführt, kann deshalb keinesfalls gefolgt werden. Zu Recht weist Dr.G. auch darauf hin, dass Dr.M. zu Unrecht das Verhalten der Klägerin nach dem Unfall als völlig orientierungslos und auch vorübergehend benommen geschildert hat, da die Klägerin bei der Untersuchung durch Dr.G. angegeben hat, ihren Wagen nach dem Unfall noch in die Werkstatt gebracht zu haben. Das craniale CT vom 05.03.1991 erbrachte laut radiologischem Befund keine postkontusionellen Läsionen. Auch das Kernspintomogramm vom 21.05.1991 wird ebenso wie das vom 28.10.1991 als unauffällig beschrieben und ergab auch keinen Hinweis für eine Hirnatrophie. Aus alldem zieht Dr.G. zu Recht den Schluss, dass es bei dem Unfall weder zu einer Contusio cerebri noch zu einer Contusio cerebelli, wie von Dr.M. angenommen, gekommen ist. Dr.G. bestätigt, dass die abgeleiteten EEGs sämtliche auffällig gewesen seien und dass auch bei der Untersuchung durch ihn der EEG-Befund den vorherigen Beschreibungen entspricht. Dazu betont er, dass die Persistenz der Auffälligkeiten beweist, dass diese mit dem erlittenen Unfall nichts zu tun haben, da sich EEG-Veränderungen bei Schädelhirntraumen in aller Regel im Verlauf einiger Wochen, oft sogar im Verlauf einiger Tage, zurückbilden. Nur schwere substanzielle Hirnschäden führen zu bleibenden EEG-Veränderungen. Solche Schäden sind aber, wie er zutreffend darlegt, schon durch die kernspintomographischen Untersuchungen ausgeschlossen. Die Analyse der Initialphase, die initial erhobenen klinisch-neurologischen Untersuchungsbefunde, die weitere Diagnostik, insbesondere das craniale und spinale Kernspintomogramm schließen traumatische Schäden des Gehirns, des Rückenmarks und der cervikalen Nervenwurzeln aus. Eine posttraumatische Komplikation kommt nach dem Verlauf nicht in Beracht. Den anders lautenden Beurteilungen des Dr.M. in seinen zahlreichen Berichten kann danach nicht gefolgt werden. Dr.G. weist auch mit Recht darauf hin, dass die von der Psychologin Dr.K. der Klägerin bescheinigten Verhaltensweisen nach dem Unfall mit dem Unfall nicht in kausaler Beziehung stehen können, da in diesem Fall ein umgekehrter Verlauf mit allmählicher Besserung zu erwarten gewesen wäre. Ganz davon abgesehen, sind dieser Bescheinigung die Arztbriefe des Nervenarztes Dr.P. an Frau Dr.Z. vom 01.08.1984 und 30.06.1989 entgegenzuhalten, wonach die Klägerin bereits im Jahr 1984 über intensive Kopfschmerzen geklagt hat, die meist im Laufe des Vormittags unter Belastung des Unterrichts auftraten. Zudem bestanden allgemeine Nervosität, Reizbarkeit und Lärmempfindlichkeit. Im Jahr 1989 berichtete die Klägerin über anfallsartig auftretende Zustände von Übelkeit, Ohnmachtsgefühl, rohrförmige Einengung des Gesichtsfelds, starre Augen. Sie traue sich dann nicht mehr, zurückzusehen, könne sich nicht orientieren und werde gelegentlich auch ohnmächtig. Am 12.06. sei es zu einem letzten dieser Anfälle gekommen. Sie habe ihren Pkw stehen lassen müssen und mit der S-Bahn nach Hause zurückkehren müssen. Unter diesen Umständen habe sie mit ihrem Pkw schon einen Verkehrsunfall verursacht. Die Schilderungen der Frau Dr.K. über Befindlichkeit und Verhalten der Klägerin vor dem Unfall nehmen sich danach als einseitig und unvollständig aus. Vielmehr lagen bei der Klägerin denmach auch bereits vor dem Unfall erhebliche psychische Auffälligkeiten vor. Auch legt Dr.G. zutreffend dar, dass mit dem Unfall kein punktuelles seelisches Trauma und schon gar nicht eine seelische Dauerbelastung vorhanden gewesen sei, die die von Dr.K. geschilderte Entwicklung hätte auslösen oder unterhalten können. Eine unfallbedingte MdE auf psychiatrischem und neurologischem Gebiet ist, wie Dr.G. feststellt, zu keinem Zeitpunkt zu begründen. Auch Dr.K. legt dar, dass die von Dr.M. mitgeteilten Befunde in keiner Weise nachvollziehbar sind und dass dies die mitgeteilten klinischen Untersuchungsbefunde und auch die Befunde der apparativen Zusatzuntersuchungen betrifft. Er schließt sich diesbezüglich ausdrücklich den Ausführungen des Dr.G. an. Zu Recht legt er dar, dass auch den Beurteilungen des Prof. Dr.C. nicht gefolgt werden kann, wenn dieser ausgeprägte Hirnleistungsstörungen diagnostiziert. Dies kann schon deshalb nicht der Fall sein, da es bei dem Unfall nicht zu einer feingeweblichen Hirnschädigung im Sinn einer Contusio cerebri gekommen ist und nur eine solche in der Lage wäre, psychoorganische Beeinträchtigungen nach sich zu ziehen. Unter Berücksichtigung der bereits genannten Gegebenheiten, der erhobenen Befunde, der geltend gemachten Beschwerden, des Verlaufs der Beschwerden ist dem Sachverständigen Dr.K. zuzustimmen, dass die auf Seiten 78 und 79 des Gutachtens aufgeführten Diagnosen insgesamt dem Unfall nicht zur Last gelegt werden können. Dem Sachverständigen Dr.K. ist auch zuzustimmen, dass der Beurteilung des Prof.Dr.N. , der von ihm erhobene Befund der Ligamenta alaria sei Folge der vorausgegangenen traumatischen Schädigung des intrakanalikulären Bandapparates, nicht gefolgt werden kann. Diesbezüglich betont Dr.K. , dass der von Prof.N. beschriebenen Befund unspezifisch ist und ebenso Ausdruck degenerativer Veränderungen sein kann, wie es in dem Alter, in dem sich die Klägerin befindet, eher die Regel ist. Auch Prof.Dr.F. ist in seinem Gutachten zu Unrecht davon ausgegangen, dass es durch den Unfall zu einer Verletzung der Ligamenta alaria gekommen ist. Zudem hat die Beklagte zu Recht bemängelt, dass er die bei der Klägerin vorhandenen Vorschäden und Vorerkrankungen nicht hinreichend gewürdigt hat. Der Senat stimmt auch der Beurteilung des Dr.K. zu, dass im Fall der Klägerin nicht der organische Teil der Gesundheitsstörungen dominiert, sondern der psychiatrische Teil und dass keine begründeten Zweifel daran bestehen, dass es sich dabei um eine bewusstseinsnah ablaufende seelische Fehlhaltung handelt. Der Sachverständige Prof.Dr.B. wendet sich auf Seite 29 seines Gutachtens mit überzeugender Begründung gegen die Beurteilung durch den behandelnden Arzt Dr.M ... Er betont, dass sich weder bei der computertomographischen Gehirnuntersuchung von März 1991 noch bei der kernspintomographischen Untersuchung von Mai 1991 Folgen einer abgelaufenen Durchblutungsstörung oder einer gedeckten Hirn- oder Kleinhirnverletzung hätten erkennen lassen. Aus teilweise denselben Gründen ist, wie der Sachverständige betont, auch dem Gutachten des Prof.Dr.C. nicht beizupflichten. Die Ergebnisse der ersten nervenärztlichen Untersuchungen, bis einschließlich 15.04.1991, ließen ebenso wenig wie die Ergebnisse der stationären Untersuchung in der Unfallklinik in M. vom Oktober 1991, einschließlich der damaligen ohrenärztlichen Untersuchung, krankhafte Befunde des Hirnstamms oder des Kleinhirns oder der Augenbewegungen erkennen. Die bildgebenden Untersuchungen haben niemals einen Unfallschaden des Hirnstamms oder des Kleinhirns gezeigt. Die in den Unterlagen teilweise und auch im Gutachten von Prof. Dr.C. beschriebenen Auffälligkeiten der Gleichgewichtssteuerung können schon wegen der unauffälligen Befunde der ersten Untersuchungen und der fehlenden Spätschäden nicht mit Wahrscheinlichkeit als Unfallfolge begründet werden. Die von Prof.Dr.C. beschriebene Störung des Riechens und Schmeckens hat die Klägerin nach ihren Angaben bei Prof.Dr.B. erst während des Klinikaufenthalts in M. bemerkt. Nach dem damaligen Untersuchungsbefund wurden aromatische Geruchsstoffe wahrgenommen, unterschieden, teilweise erkannt. Dagegen finden sich Störungen des Riechens und des Schmeckens nicht in den Berichten der ersten Untersuchungen des Dr.M ... Es ist deshalb durch den Unfall nicht zu einer hochgradigen Einschränkung oder zu einem Verlust des Riech- oder Schmeckvermögens gekommen. Dr.G. hatte in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass auch die HNO-ärztliche Untersuchung durch Dr.G. am 29.10.1991 keinen Anhalt für eine Störung des Riech- und Geschmackvermögens ergeben hatte. Dr.G. hatte diesbezüglich angemerkt, dass reine Riechstoffe teilweise richtig erkannt und teilweise auch nicht erkannt wurden und dass eine Störung des Riechvermögens bei diesem Befund nicht wahrscheinlich ist. Auch sonst konnten keine Unfallfolgen auf HNO-ärztlichem Gebiet festgestellt werden. So fand sich ein normales Hörvermögen beidseits mit minimaler Innenohrschwerhörigkeit im Hochtongebiet links ohne Auswirkungen auf das Sprachgehör, keine otogenen Schwindelerscheinungen und keine latenten Spontanzeichen. Dr.K. hebt hervor, dass aus seiner Sicht der Unfall nicht geeignet erscheint, eine Hörstörung hervorzurufen, wie sie bei der Klägerin vorliegt. Bei der Hörprüfung durch Dr.G. lag im Tonaudiogramm ein normaler Hörkurvenverlauf beidseits mit nur angedeuteter Innenohrsenke links bei 2.000 Hertz und Herabsetzung der oberen Tongrenze vor. Der Sachverständige Dr.K. führt aus, dass acht Monate nach dem Unfallereignis damit keine Schwerhörigkeit vorlag, die der heutigen vergleichbar wäre. Die Entwicklung einer unfallbedingten Schwerhörigkeit über acht Monate nach dem akuten Ereignis ist aber, wie er betont, als unwahrscheinlich anzusehen. Ein Abriss der Riechfäden ist vom Unfallhergang, wie Dr.K. darlegt, nicht wahrscheinlich zu machen. Er weist darauf hin, dass anfänglich auch nur von einer Abschwächung des Riechvermögens

gesprochen, heute dagegen ein völliger Ausfall des Geruchsempfindens angegeben wird. Gleichgewichtsstörungen, die auf den Unfall zurückgeführt werden könnten, konnte Dr.K. ebenfalls nicht objektivieren. Er legt dar, dass die MdE für die Schwerhörigkeit der Klägerin, unabhängig von der Ursache, auf 0 v.H. einzuschätzen ist. Auch auf dem von der Klägerin angegebenen gelegentlich bestehenden Ohrgeräusch ergibt sich nach Darlegung des Dr.K. keine MdE. Dem HNO-Gutachten des Prof.Dr.L. kann dagegen nicht gefolgt werden, da diesem offensichtlich, wie sich aus seinem Gutachten ergibt, nur ein Teil der Unfallunterlagen vorlagen. Auch geht Prof. Dr.L. unrichtigerweise davon aus, dass es durch den Unfall zu einer posttraumatischen diskoligamentären Verletzung gekommen ist. Urologischerseits liegen, wie sich aus dem im Weg des Urkundenbeweises verwerteten Gutachtens des Prof.Dr.A. vom 12.04.1999 ergibt, keine Unfallfolgen mit Wahrscheinlichkeit vor. Vielmehr hat der Sachverständige ausgeführt, dass bei der Klägerin nicht neurogene Faktoren und Veränderungen des unteren Harntraktes wie Harnröhrenenge, trabekulierte Blase, urologische Voranamnese mit rezidivierenden Zystitiden und Pyeloniphritiden bis ein Jahr vor dem Unfall gegeben sind. Auch der tonometrische Untersuchungsbefund spricht nicht eindeutig für eine neurogene Blasenentleerungsstörung. Danach hält der Sachverständige eine neurogene Komponente zwar für "mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit möglich"; in Zusammenschau mit den Feststellungen der Sachverständigen auf neurologischem Fachgebiet ist aber nach allem nicht wahrscheinlich zu machen, dass die bestehende Blasenentleerungsstörung bei der Klägerin durch den Unfall bedingt ist. Daran ändert nichts das Gutachten des Prof.Dr.A. vom 15.12.1999. Der Sachverständige weist darin darauf hin, dass die Klägerin erst sieben Monate nach dem Unfall Störungen der Blasenentleerung geltend gemacht hat und dass das Fehlen der Brückensymptome gegen einen Zusammenhang zwischen Blasenstörungen und Unfall spricht. Lediglich weil Prof.Dr.A. ausgeführt hatte, dass Störungen der Blasenentleerung von einem Teil der davon betroffenen Menschen erst nach einiger Zeit oder auf gerichtete Fragen geltend gemacht würden, hält er die fehlenden Brückensymptome nicht mehr für entgegenstehend. Hierbei sind aber die völlig unterschiedlichen Angaben der Klägerin bei Dr.N. im Oktober 1991 und bei Prof.Dr.A. am 22.09.1999 zu berücksichtigen. Bei ersterem gab die Klägerin auf gezieltes Befragen zu Blasen- und Mastdarmentleerungsstörungen an, "schon", aber das sei ihr damals gar nicht aufgefallen und sie habe das auch nicht in einen Unfallzusammenhang gebracht. In der Folge nach dem Unfall habe sie immer wieder am Tag einmal den Schlüpfer wechseln müssen, weil dieser feucht gewesen sei. Im Jahr 1999 wusste sie dann ganz genau, dass sie in der Nacht nach dem Unfall Unruhe zusammen mit Harndrang verspürt habe. Seitdem habe sie kein Blasengefühl mehr verspürt. Nachts erwache sie und leide an Nykturie von zwei bis fünf Mal pro Nacht. Der Senat hält es für ausgeschlossen, dass die Klägerin diese Angaben bei Dr.N. auf dessen Befragen nicht gemacht hätte, wenn sie tatsächlich seit dem Unfall derartige Beschwerden gehabt hätte. Zu Recht weist Prof.Dr.A. im Gutachten voom 12.04.1999 darauf hin, dass die später von der Klägerin geschilderte Blasenstörungen stark variieren. Deshalb kann auch das von Prof.Dr.A. angenommene mögliche Vorliegen einer partiellen Störung der Blasensensibilität - ungeachtet des Umstands, dass diese Störung auch von Prof.Dr.A. nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festgestellt wird - nicht auf den Unfall zurückgeführt werden. Auch nach der Aussage des Prof.Dr.A. im Termin am 08.11.2000, es bestehe eine "hinreichende Wahrscheinlichkeit" für eine unfallbedingte neurogene Blasenstörung kann eine "Wahrscheinlichkeit" i.S.d. gesetzlichen Unfallversicherung nicht bejaht werden, da, wie dargelegt, gewichtigere Gründe gegen als für den Kausalzusammenhang zwischen geltend gemachtem Leiden und Unfall sprechen. Schließlich liegen auch auf zahn- und kieferärztlichem Gebiet bei der Klägerin nicht mit der im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung erforderlichen Wahrscheinlichkeit Unfallfolgen vor. Der Gutachter K. geht in dem von der Klägerin vorgelegten Gutachten vom 20.04.1995 bei seiner Beurteilung offensichtlich von falschen Grundlagen aus. Auf Seite 4 seines Gutachtens führt er in der Beurteilung zu den röntgenologischen Befunden aus: "traumatische Schädigung des intrakanalikulären Bandapparates". Eine solche liegt jedoch, wie bereits oben ausgeführt, nicht vor. Zwar gelangt der Gutachter zu dem Ergebnis, dass bei der Klägerin eine ausgeprägte craniomandibuläre Dysfunktion bei degenerativen Veränderungen der Kiefergelenke beidseits vorliegen, doch führt er die Erkrankung zugleich auf Veränderungen des unteren und mittleren HWS-Bereichs zurück, die nachweislich schon vor dem Unfall vorlagen. Dass die degenerativen Veränderungen der Kiefergelenke auf dem Unfall beruhen, stellt danach eine reine Spekulation des Gutachters dar, für die er auch keine weitere Begründung gibt. Auch aus dem Gutachten des Sachverständigen Prof.Dr.F. lässt sich das Vorliegen eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen der bei der KLägerin angemessen CMD und dem Unfall nicht entnehmen. Der Kausalzusammenhang muss mit Wahrscheinlichkeit vorliegen; d.h. es muss deutlich mehr dafür als dagegen sprechen. Der Sachverständige Prof.Dr.F. legt zunächst dar, dass bei der Klägerin eine Reihe von Faktoren vorliegen, die dafür sprechen, dass bereits vor dem Unfall eine CMD bei ihr bestand. So weist er zu Recht darauf hin, dass die Klägerin schon vor dem Unfall wegen Wirbelsäulensyndroms, Migräne, Neuritis und und Myogelosen behandelt wurde und dyscraniale Dysfunktionen häufig mit CMD vergesellschaftet sind. Auch fortschreitender Zahnverlust und unzureichende Versorgung, wie sie Dr.C. im Attest vom 28.04.1992 beschreibt, können eine latente CMD zur Manifestationen bringen. Demgegenüber besteht lediglich theoretisch die Möglichkeit eines Zusammenhangs zwischen Autounfällen und Symptomen, wie sie bei einer CMD auftreten. Prof.Dr.F. spricht lediglich davon, dass derartige Zusammenhänge bekannt sind. Dass er es dann im nächsten Satz ohne Begründung als wahrscheinlich bezeichnet, dass durch den Unfall vom 06.20.1991 eine bereits bestehende latente CMD richtungweisend verschlechtert wurde, ist nicht nachvollziehbar. Dabei setzt er sich auch mit den unfallbedingten Einwirkungen auf die Kiefergelenke der Klägerin nicht näher auseinander. Ein Zusammenhang zwischen CMD und Unfall der Klägerin kann danach auch nach dem Gutachten des Prof.Dr.F. allenfalls für möglich erachtet werden. Zwar nimmt auch Dr.C. an, dass ein Zusammenhang zwischen den degenerativen Veränderungen in beiden Kiefergelenken und dem Unfall anzunehmen ist, doch bezieht er sich dabei auf Dr.S. , der in einem Brief vom 19.03.1992 darauf hingewiesen hat, dass am 03.01.1991 "keine Kieferanomalie zu diagnostizieren war". Eine Anfrage des Senats hat indessen ergeben, dass es sich bei diesem Attest um eine reine Gefälligkeitsbescheinigung des Zahnarztes handelte. Auf Nachfrage des Gerichts hat Dr.S. mit Schreiben vom 15.05.2000 mitgeteilt, dass in seinen Unterlagen keine Befunde über die Occlusionsverhältnisse bei der Klägerin vermerkt seien. Aus dem Gedächtnis seien ihm keine Besonderheiten erinnerlich. Mit Schreiben vom 18.04.2000 hatte er mitgeteilt, die Klägerin sei nach seinen Unterlagen am 03.01.1991 letztmalig wegen einer allgemeinen zahnärztlichen Behandlung in seiner Praxis gewesen. Das Gericht hatte angefragt, ob er vor dem Unfall der Klägerin Feststellungen zum Zustand der Kiefergelenke der Klägerin getroffen gehabt habe und gegebenenfalls, welche Feststellungen. Dr.C. ist demnach zu Unrecht davon ausgegangen, dass bei der Klägerin vor dem Unfall regelrechte Kieferverhältnisse festgestellt worden waren. Im Kernspintomogramm vom 28.10.1991 war der Zahnbestand, nach Ausführung des Prof.Dr.F. , nur partiell erkennbar. Im Oberkiefer waren drei einwurzelige Zähne, wahrscheinlich der Eckzahn und zwei Prämularen, zu erkennen. Distal davon bestand eine Freiendsituation. Im Kernspintomogramm vom 28.10.1991 war zwar der Zahnbestand nur partiell erkennbar, doch waren im Oberkiefer Lücken zu erkennen. Im Ortopantomogramm vom 24.02.1994 waren im Oberkiefer nur die Zähne 15, 14, 13, 12, 11, 23 und 24 vorhanden. Im Unterkiefer fehlten die Zähne 38, 31 und 41. Es waren danach durch die Zahnsituation Voraussetzungen für eine cranomandibuläre Dysfunktion, unabhängig vom Unfall, gegeben. Inwiefern der Unfall diese Situation noch richtunggebend verschlechtert haben könnte, ist nicht nachvollziehbar. Davon abgesehen bemisst auch Prof.Dr.F. die von ihm angenommenen Folgen der richtunggebenden Verschlechterung der craniomandibulären Dysfunktion mit einer MdE von nur 5 v.H. Dies bedeutet, dass insgesamt eine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit rentenberechtigenden Grades bei der Klägerin nicht vorliegt und auch nach dem Unfall nicht vorgelegen hat.

Der Sachverhalt ist durch die zahlreichen Arztberichte und Gutachten, die, soweit sie beigezogen wurden, im Weg des Urkundenbeweises verwertet werden konnten, vollumfänglich ermittelt. Die Einholung weiterer Gutachten ist nicht veranlasst. Bezüglich der zahlreichen vorliegenden neurologisch-psychiatrischen Gutachten oblag es dem Senat, die Gutachten - wie durchgeführt - zu würdigen. Der Senat stützt sich insbesondere auf die schlüssigen und überzeugenden Gutachten des Dr.G. und Dr.K ... Wie insbesondere Dr.M. in seiner im Weg des Urkundenbeweises verwerteten Stellungnahme vom 30.03.1998 ausführt, ließen die von Prof.Dr.N. , Dr.V. und Dr.M. erhobenen Befunde nur dann Rückschlüsse auf die Verursachung zu, wenn die gleichen bildgebenden Techniken vor dem Unfall intakte Bandstrukturen gezeigt hätten. Auch können die sich durch bildgebende Techniken zeigenden Gegebenheiten nicht losgelöst vom klinischen Befund beurteilt werden. Diesbezüglich weisen Dr.M. und Dr.K. darauf hin, dass die von der Klägerin geschilderten Beschwerden nicht zu dem Symptombild der Ruptur der Ligamenta alaria passen. Schließlich hat auch Dr.S. , wie dargelegt, darauf hingewiesen, dass durch eine Funktionskernspintomographie eine traumatisch bedingte Ruptur der Ligamenta alaria nicht nachgewiesen werden kann. Da Dr.K. eine weitere neurologische Abklärung in der Stellungnahme vom 05.05.1996 im Hinblick auf die z.B. von Dr.V. behauptete Bandverletzung im Halswirbelbereich angeregt hat, zwischenzeitlich jedoch, wie ausgeführt, feststeht, dass eine derartige traumatische Bandverletzung nach dem klinischen Befund der Klägerin nach dem Unfall nicht vorgelegen haben kann, ist eine weitere radiologische bzw. neurologische Abklärung nicht angezeigt. Ein weiteres urologisches Gutachten ist ebenfalls nicht veranlasst, da sich aus den Gutachten des Urologen Prof.Dr.A. in Verbindung mit der urologischen Vorgeschichte der Klägerin, ihren Angaben zu den Beschwerden nach dem Unfall, wie dargelegt, zur Überzeugung des Gerichts hinreichend sicher ergibt, dass bei der Klägerin keine unfallbedingte Störungen auf urologischem Fachgebiet vorliegen. Der diesbezügliche Antrag der Klägerin wurde auch in keiner Weise begründet.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor (§ 160 Abs.2 Nr.1 und 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2003-11-24